Second Session
Fortieth Parliament, 2009

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Aboriginal Peoples

Chair:
The Honourable GERRY ST. GERMAIN, P.C.

Tuesday, June 23, 2009

Issue No. 13

Twenty-second meeting on:
The federal government's constitutional, treaty, political and legal responsibilities to First Nations, Inuit and Metis peoples and on other matters generally relating to the Aboriginal Peoples of Canada
(Update on efforts to address the spread of H1N1 in First Nations communities)

WITNESSES:
(*See back cover*)

Deuxième session de la
quarantième législature, 2009

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Peuples autochtones

Président :
L'honorable GERRY ST. GERMAIN, C.P.

Le mardi 23 juin 2009

Fascicule n^{o} 13

Vingt-deuxième réunion concernant :
Les responsabilités constitutionnelles, conventionnelles, politiques et juridiques du gouvernement fédéral à l'égard des Premières nations, des Inuits et des Métis et d'autres questions générales relatives aux peuples autochtones du Canada
(Mise à jour sur les efforts pour contrer la vague de grippe H1N1 au sein des collectivités des Premières nations)

TÉMOINS :
(*Voir à l'endos*)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON ABORIGINAL PEOPLES

The Honourable Gerry St. Germain, P.C., *Chair*

The Honourable Nick G. Sibbeston, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Brazeau	Hubley
Brown	Lang
Campbell	* LeBreton, C.P.
Carstairs, C.P.	(or Comeau)
* Cowan	Lovelace Nicholas
(or Tardif)	Peterson
Dyck	Raine

*Ex officio members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The Hounourable Senator Brown replaced the Honourable Senator Stratton (*June 23, 2009*).

The Hounourable Senator Raine replaced the Honourable Senator Johnson (*June 23, 2009*).

The Hounourable Senator Stratton replaced the Honourable Senator Brown (*June 23, 2009*).

The Hounourable Senator Johnson replaced the Honourable Senator Raine (*June 19, 2009*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES PEUPLES AUTOCHTONES

Président : L'honorable Gerry St. Germain, C.P.

Vice-président : L'honorable Nick G. Sibbeston

et

Les honorables sénateurs :

Brazeau	Hubley
Brown	Lang
Campbell	* LeBreton, C.P.
Carstairs, C.P.	(ou Comeau)
* Cowan	Lovelace Nicholas
(ou Tardif)	Peterson
Dyck	Raine

*Membres d'office

(Quorum 4)

Modifications de la compisition du comité :

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit :

L'honorable sénateur Brown a remplacé l'honorable sénateur Stratton (*le 23 juin 2009*).

L'honorable sénateur Raine a remplacé l'honorable sénateur Johnson (*le 23 juin 2009*).

L'honorable sénateur Stratton a remplacé l'honorable sénateur Brown (*le 23 juin 2009*).

L'honorable sénateur Johnson a remplacé l'honorable sénateur Raine (*le 19 juin 2009*).

Published by the Senate of Canada

Available from: Public Works and Government Services Canada
Publishing and Depository Services, Ottawa, Ontario K1A 0S5

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada

Disponible auprès des: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt, Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, June 23, 2009
(27)

[*English*]

The Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples met this day at 9:30 a.m., in room 160-S, Centre Block, the chair, the Honourable Gerry St. Germain, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Brazeau, Campbell, Carstairs, P.C., Dyck, Hubley, Johnson, Lang, Lovelace Nicholas, Peterson, St. Germain, P.C., Sibbeston and Stratton (12).

Other senator present: The Honourable Senator Watt (1).

In attendance: Tonina Simeone and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Wednesday, February 25, 2009, the committee continued its consideration of the federal government's constitutional, treaty, political and legal responsibilities to First Nations, Inuit and Metis peoples and on other matters generally relating to the Aboriginal Peoples of Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

Assembly of First Nations:

Dr. Kim Barker, Senior Public Health Advisor.

Health Canada:

Anne-Marie Robinson, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch;

Michelle Kovacevic, Director General, Strategic Policy, Planning and Analysis Directorate, First Nations and Inuit Health Branch;

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch.

Public Health Agency of Canada:

Dr. Danielle Grondin, Acting Assistant Deputy Minister, Infectious Disease and Emergency Preparedness Branch.

The chair made opening remarks.

Dr. Barker made a statement and responded to questions.

At 10:28 a.m., the committee suspended.

At 10:32 a.m., the committee resumed.

Ms. Robinson made a statement and, with Ms. Woods and Dr. Grondin, responded to questions.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mardi 23 juin 2009
(27)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones se réunit aujourd'hui, à 9 h 30, dans la pièce 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable sénateur Gerry St. Germain, C.P. (*président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Brazeau, Campbell, Carstairs, C.P., Dyck, Hubley, Johnson, Lang, Lovelace, Nicholas, Peterson, St. Germain, C.P., Sibbeston et Stratton (12).

Autre sénateur présent : L'honorable sénateur Watt (1).

Également présentes : Tonina Simeone et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 25 février 2009, le comité poursuit son étude sur les responsabilités constitutionnelles, conventionnelles, politiques et juridiques du gouvernement fédéral à l'égard des Premières nations, des Inuits et des Métis et d'autres questions générales relatives aux peuples autochtones du Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure au fascicule nº 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Assemblée des Premières nations :

Dre Kim Barker, conseillère principale en santé publique.

Santé Canada :

Anne-Marie Robinson, sous-ministre adjointe, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Michelle Kovacevic, directrice générale, Direction des politiques, planification et analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Agence de la santé publique du Canada :

Dre Danielle Grondin, sous-ministre adjointe par intérim, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence.

Le président ouvre la séance.

Dre Baker fait une déclaration, puis répond aux questions.

À 10 h 28, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 32, le comité reprend ses travaux.

Mme Robinson fait une déclaration, puis avec l'aide de Mmes Woods et Grondin, répond aux questions.

It was agreed that a follow up letter to Health Canada, Indian and Northern Affairs Canada, and health officials from the Province of Manitoba be drafted, stating the observations of the committee on the issue of the spread of H1N1 in First Nations communities, and that the Subcommittee on Agenda and Procedure be empowered to approve the final version.

At 11:23 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the chair.

ATTEST:

Il est convenu d'envoyer une lettre de suivi aux ministères de la Santé et des Affaires indiennes et du Nord canadien, de même qu'aux responsables de la santé du Manitoba, pour leur faire part des observations du comité sur la propagation du virus de la grippe H1N1 au sein des collectivités des Premières nations, et d'autoriser le Sous-comité du programme et de la procédure à approuver la version finale de la lettre.

À 11 h 23, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Gaëtane Lemay

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, June 23, 2009

The Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples met this day at 9:30 a.m. to study on the federal government's constitutional, treaty, political and legal responsibilities to First Nations, Inuit and Metis peoples; and on other matters generally relating to the Aboriginal Peoples of Canada (topic: update on efforts to address the spread of H1N1 in First Nations communities.)

Senator Gerry St. Germain (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good morning. I would like to welcome all honourable senators, members of the public and all viewers across the country who are watching these proceedings on CPAC or on the Web.

I am Senator St. Germain, from British Columbia, chair of this committee. Our mandate on this committee is to examine legislation and matters relating to Aboriginal peoples of Canada. Today, the committee is looking for answers. Members have expressed their desire to get an update on the efforts made to address the spread of H1N1 in First Nations communities.

[*Translation*]

Today, we welcome witnesses from a national First Nations organization, as well as officials; they are going to provide us with an update on the efforts to address the spread of H1N1 influenza in First Nations communities.

[*English*]

First, let me introduce the members of the committee who are present. On my left is the Deputy Chair, Senator Sibbeston, from the Northwest Territories. Next to Senator Sibbeston is Senator Brazeau from the Province of Quebec. Then we have Senator Lang, from the Yukon; Senator Lovelace Nicholas, from New Brunswick; Senator Dyck, from Saskatchewan; and Senator Hubley, from Prince Edward Island. On my right is Senator Peterson, from Saskatchewan; Senator Campbell, from British Columbia; and next is Senator Watt, from Quebec; and Senator Carstairs, from the Province of Manitoba.

Senators, let me introduce the witness who will address us this morning. First, from the Assembly of First Nations, we have Dr. Kim Barker, Senior Public Health Advisor.

Dr. Barker, we thank you for coming this morning. I know it was on short notice, but thankfully you made it here. If you would be so kind to keep opening remarks as precise and concise as you can to leave time for the senators to ask questions of you.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 23 juin 2009

Le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones se réunit aujourd'hui, à 9 h 30, afin d'étudier les responsabilités constitutionnelles, conventionnelles, politiques et juridiques du gouvernement fédéral à l'égard des Premières nations, des Inuits et des Métis et d'autres questions générales relatives aux peuples autochtones du Canada (sujet : mise à jour sur les efforts pour contrer la vague de grippe H1N1 au sein des collectivités des les Premières nations.)

Le sénateur Gerry St. Germain (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Bonjour. J'aimerais souhaiter la bienvenue à tous les honorables sénateurs, au public et à tous ceux dans le pays qui regardent ces délibérations sur CPAC ou sur Internet.

Je suis le sénateur St. Germain, de Colombie-Britannique, et je suis également le président de ce comité, dont le mandat est d'examiner les projets de loi ainsi que toute autre question concernant les peuples autochtones du Canada. Aujourd'hui, notre comité cherche à obtenir des réponses. Les membres du comité ont exprimé leur souhait d'avoir une mise à jour sur les efforts déployés pour faire face à la vague de grippe H1N1 dans les Premières nations.

[*Français*]

Nous recevons aujourd'hui des témoins d'une organisation autochtone nationale ainsi que des fonctionnaires pour nous tracer le portrait de la situation en ce qui a trait aux efforts déployés pour contrer la vague de grippe H1N1 chez les Premières nations.

[*Traduction*]

Laissez-moi d'abord vous présenter les membres du comité ici présents. À ma gauche se trouve le vice-président, le sénateur Sibbeston, des Territoires du Nord-Ouest. À côté de lui est assis le sénateur Brazeau, du Québec. Nous avons ensuite le sénateur Lang, du Yukon; le sénateur Lovelace Nicholas, du Nouveau-Brunswick; le sénateur Dyck, de la Saskatchewan, et le sénateur Hubley, de l'Île-du-Prince-Édouard. À ma droite, vous voyez le sénateur Peterson, de la Saskatchewan; ensuite, le sénateur Campbell, de Colombie-Britannique; le sénateur Watt, du Québec; et enfin, le sénateur Carstairs, du Manitoba.

Sénateurs, permettez-moi de vous présenter les témoins que nous entendrons ce matin. D'abord, de l'Assemblée des Premières Nations, nous recevons Dre Kim Barker, conseillère principale en santé publique.

Docteure Barker, nous vous remercions d'être parmi nous ce matin. Je sais que vous avez eu un court préavis, mais heureusement, vous avez pu venir. Je vous demanderais de bien vouloir garder vos remarques préliminaires les plus précises et concises possibles afin de laisser aux sénateurs le temps de vous poser des questions.

If you are comfortable and ready, you have the floor.

Dr. Kim Barker, Senior Public Health Advisor, Assembly of First Nations: Thank you very much.

[*Translation*]

First, I would like to tell you that I will be speaking in English today.

[*English*]

I would like to thank the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples for providing this opportunity to present on behalf of the Assembly of First Nations. I congratulate the committee for its speed and diligence in addressing this important health issue. As you know, the Assembly of First Nations is the national organization representing First Nation citizens across Canada.

It has become increasingly reported that the H1N1 virus is striking very hard at a growing number of First Nations communities. I think there are three very important points to make immediately about this pandemic. First, H1N1 has thus far resulted in mild symptoms, and there have been few deaths across Canada. In fact, as of last week, the total number of infections in Canada was 6,457, of which 404 have required hospitalization and caused death in 15 cases.

You may have heard some media reporting that H1N1 has caused fewer deaths than normally occur during a regular flu season. It is certainly fortunate that H1N1 was not a more virulent virus because, if it had been, the impact on First Nations communities would have been devastating. I will speak to that a bit more in a moment.

However, I want to raise a second important point: Despite the fact that majority of H1N1 cases have been mild so far, we do have great cause to be concerned about the potential impact of this virus upon First Nations. We need to be concerned about H1N1 because, as the World Health Organization has warned, H1N1 could return in a more virulent form this autumn. If there is no improvement in planning and services, we fear that any increase in the virulence of this virus could have a tragic impact on First Nation communities.

Third, the World Health Organization has been very clear that there is a link between the severity of influenza cases in First Nation communities and pre-existing chronic diseases: living in poor and overcrowded housing, poor access to clean water and substandard health care.

The Senate Subcommittee on Population Health has recently issued an excellent report addressing the impact of social determinants upon health and health outcomes. The impact social determinants have upon health must also be considered during an outbreak of pandemic influenza.

Si vous êtes prête à commencer, je vous cède la parole.

Dre Kim Baker, conseillère principale en santé publique, Assemblée des Premières Nations : Merci beaucoup.

[*Français*]

D'abord, je veux vous dire que je parlerai en anglais aujourd'hui.

[*Traduction*]

Je tiens à remercier le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones de m'accorder cette occasion de témoigner au nom de l'Assemblée des Premières Nations. Je félicite votre comité pour la rapidité et la diligence dont il fait preuve pour s'occuper de cet important problème de santé. Comme vous le savez, l'Assemblée des Premières Nations est l'organisme national qui représente les citoyens des Premières nations de partout au Canada.

On a signalé de plus en plus que le virus H1N1 frappait très durement un nombre croissant de collectivités des Premières nations. Il convient d'apporter immédiatement trois précisions très importantes au sujet de cette pandémie. D'abord, le virus H1N1 a jusqu'à présent entraîné des symptômes bénins, et il y a eu peu de décès au Canada. En fait, en date de la semaine dernière, le nombre total d'infections au Canada était de 6 457, dont 404 cas ayant nécessité une hospitalisation et 15 autres ayant causé la mort.

Vous avez peut-être entendu certains médias rapporter que le virus H1N1 avait entraîné moins de décès que c'est habituellement le cas pendant une saison de grippe normale. Il est certainement heureux que le virus H1N1 n'ait pas été plus virulent, car si tel avait été le cas, les effets auraient été dévastateurs pour les collectivités des Premières nations. J'y reviendrai plus en détail dans un moment.

Quoi qu'il en soit, j'aimerais soulever un deuxième point important : malgré le fait que la majorité des cas de grippe H1N1 aient été bénins jusqu'ici, nous avons de bonnes raisons de nous inquiéter des effets potentiels de ce virus sur les membres des Premières nations. Nous devons nous soucier du virus H1N1 car, conformément à la mise en garde de l'Organisation mondiale de la santé, le virus H1N1 pourrait revenir sous une forme plus virulente cet automne. Si l'on n'apporte aucune amélioration à la planification et aux services, nous craignons qu'une augmentation de la virulence de ce virus puisse avoir des conséquences tragiques pour les collectivités des Premières nations.

Troisièmement, l'Organisation mondiale de la santé a indiqué clairement qu'il existait un lien entre la gravité des cas d'influenza au sein des collectivités des Premières nations et les maladies chroniques préexistantes : on vit dans des logements médiocres et surpeuplés, l'accès à l'eau potable est déficient et les soins de santé sont de qualité inférieure.

Le Sous-comité sénatorial sur la santé des populations a récemment publié un excellent rapport traitant des impacts des déterminants sociaux sur la santé et sur les résultats en matière de santé. Il faut également tenir compte de l'impact des déterminants sociaux sur la santé en cas de pandémie de grippe.

We know that conditions akin to those of the developing world exist in many First Nations communities. This has placed our communities at the highest level of risk in Canada. As Dr. Joel Kettner, Manitoba's Chief Medical Officer of Health, has pointed out, First Nations people are among the most severe cases in his province. From a population and demographic perspective, First Nations are overrepresented in the severe cases.

According to Dr. Kettner's numbers, two-thirds of the 24 Manitobans with H1N1 in intensive care units requiring mechanical ventilation are First Nations peoples. Given that Aboriginal peoples make up only 10 per cent to 15 per cent of the population of the province, two-thirds on mechanical ventilation surely shows an unduly large proportion of illness.

In addition, we know from experience that whether it was the pandemic of 1918 or the frequent outbreaks of tuberculosis in the provinces of Manitoba and Saskatchewan, First Nations have been most vulnerable in the past and present. It is necessary for the federal government to act upon its fiduciary responsibility to First Nations to ensure they enjoy the same level and quality of health care and protection as others in Canada. However, achieving the same level of care is not possible by simply applying pan-Canadian approaches to pandemic preparedness; doing so would not achieve the same results.

A pandemic plan for First Nations must take into account geography, social determinants of health, pre-existing health conditions and the unique cross-jurisdictional arrangements that make up the health care system for First Nations.

I would now like to return to the point I made earlier when I said that it is fortunate that the H1N1 virus was not more virulent because it could have wreaked devastation on First Nation communities.

Knowing already that First Nations are a highly-vulnerable group for a pandemic and knowing the social realities that exist in far too many of our communities, we have further concerns about how the outbreaks have been managed so far. As outbreaks of H1N1 spread through Northern Manitoba and Ontario over the last two months, First Nations communities witnessed delays in receiving urgently-needed medical supplies, breakdown in communication between provincial and federal governments, and a lack in consistency in managing the outbreak between the provinces.

It was also clear that measures aimed at containing the virus were ill-suited to the social realities of First Nations. For example, First Nations were told to avoid contact with others, even though most live in cramped and overcrowded conditions. Similarly, they

Nous savons que des conditions comparables à celles des pays en développement existent dans bien des collectivités des Premières nations. Au Canada, cela a placé nos collectivités au plus haut niveau de risque qui soit. Comme l'a fait remarquer le Dr Joel Kettner, médecin-hygiéniste en chef du Manitoba, c'est parmi les peuples des Premières nations qu'on compte les cas les plus graves dans cette province. D'un point de vue démographique, les Premières nations sont surreprésentées en matière de cas graves.

D'après les chiffres du Dr Kettner, les deux tiers des 24 Manitobains atteints du virus H1N1 qui se sont retrouvés dans les unités de soins intensifs en ayant besoin d'une ventilation artificielle sont des membres des Premières nations. Étant donné que les Autochtones représentent seulement 10 à 15 p. 100 de la population de la province, ces deux tiers des patients branchés à un ventilateur mécanique attestent d'une trop grande proportion de maladie chez cette population.

En outre, qu'il soit question de la pandémie de 1918 ou des fréquentes manifestations de tuberculose dans les provinces du Manitoba et de la Saskatchewan, nous savons d'expérience que ce sont les Premières nations qui ont été et qui sont les plus vulnérables. Le gouvernement fédéral doit s'acquitter de sa responsabilité de fiduciaire à l'égard des Premières nations afin qu'elles jouissent du même niveau et de la même qualité de soins de santé et de protection que les autres Canadiens. Toutefois, il n'est pas possible d'atteindre ce même niveau de soins par la simple application de stratégies pancanadiennes d'intervention en cas de pandémie. Ce n'est pas ainsi qu'on parviendra aux mêmes résultats.

Un plan de lutte contre la pandémie pour les Premières nations doit tenir compte des facteurs géographiques, des déterminants sociaux de la santé, des problèmes de santé préexistants et des arrangements intersectoriels uniques qui composent le système de soins de santé des Premières nations.

J'aimerais maintenant revenir sur la remarque que j'ai faite plus tôt, lorsque j'ai déclaré que c'était une bonne chose que le virus H1N1 n'ait pas été pas plus virulent, car il aurait pu dévaster les collectivités des Premières nations.

Sachant déjà que les Premières nations constituent un groupe hautement vulnérable à une pandémie, et étant conscients des réalités sociales qui existent dans beaucoup trop de nos collectivités, nous avons d'autres préoccupations quant à la manière dont les épidémies ont été gérées jusqu'à maintenant. Ces deux derniers mois, alors que le virus H1N1 se propageait dans le nord du Manitoba et en Ontario, des collectivités des Premières nations ont été victimes de retards dans la réception de fournitures médicales dont on avait besoin de toute urgence, d'une rupture de communication entre les gouvernements provinciaux et fédéral et d'un manque d'uniformité dans la gestion de l'épidémie entre les provinces.

Il est également apparu clairement que les mesures destinées à contenir le virus n'étaient pas adaptées aux réalités sociales des membres des Premières nations. Par exemple, on a dit à ces derniers d'éviter les contacts avec les autres, même si la plupart

were told to wash their hands frequently, even though many did not have running water in their homes. This is not an effective approach to dealing with this crisis.

I would like to flag some of our other concerns regarding the Manitoba breakout. In the case of St. Theresa Point, Manitoba, the nursing station in that community with a population of 3,200 people had 1,356 people in the community — more than one third of their population — reporting an illness to that nursing station during the month of May. Five hundred and sixty-seven of the people living in that community reported respiratory-like symptoms.

During that month of May, there was no increase in access to health care services. In fact, other First Nations communities had to sacrifice their own nurses from Norway House, for example, to be able to service other communities that were suffering with these high burdens of illness. Furthermore, no antivirals were sent to the community until June 3, the day it was revealed that 12 residents of St. Theresa's Point had been sent by medevac to Winnipeg and hospitalized with the virus. By this time, hundreds of community members from St. Theresa Point were suffering from flu-like symptoms.

As the outbreak spread to Garden Hill, Manitoba, the response continued to be slow. On June 3, the first H1N1 case was confirmed in Garden Hill. Supplies such as masks, gloves, sanitization equipment and antivirals were ordered for the community. However, they took so long to arrive that the chief himself had to drive hundreds of miles to purchase these supplies. When he came to Ottawa last week and met with the Minister of Health and the Public Health Agency of Canada, he was told masks were not required and therefore he would not be reimbursed for the purchases that he made for his community.

Again, I assert that if H1N1 had been more virulent, these communities would have been devastated.

Let us compare the scenario in Manitoba with the more recent outbreak in Ontario. When 10 cases of H1N1 were confirmed in Sandy Lake First Nation in Northern Ontario on June 13 and 14, a shipment of 500 treatments of Tamiflu, the antiviral drug that combats the flu, was sent immediately. The instructions were to provide the drug to anyone showing signs of illness, forgoing the usual testing to determine if patients indeed had the H1N1 virus.

The Assembly of First Nations does not wish to point fingers at anyone. What we want to highlight to this committee is the lack of consistency in managing these outbreaks and, as important, how crippled the health care system became in Manitoba with only a few communities involved. Let us imagine in fall if there is

d'entre eux vivent dans des logements exigus et surpeuplés. De la même façon, on leur a dit de se laver les mains fréquemment, malgré le fait qu'ils soient nombreux à ne pas avoir l'eau courante dans leurs maisons. Ce n'est pas une stratégie efficace pour faire face à la crise.

J'aimerais vous signaler certaines de nos autres inquiétudes à l'égard de l'épidémie au Manitoba. Dans le cas de St. Theresa Point, au Manitoba, le poste de soins infirmiers de cette collectivité de 3 200 habitants a enregistré 1 356 personnes de la collectivité — soit plus d'un tiers de sa population — ayant signalé une maladie au cours du mois de mai. Cinq cent soixante-sept habitants de cette communauté ont fait état de symptômes respiratoires.

Au cours de ce mois de mai, l'accès aux services de soins de santé n'a pas augmenté. En fait, d'autres collectivités des Premières nations, comme celle de Norway House, par exemple, ont dû sacrifier leurs propres infirmières pour pouvoir offrir des services à d'autres collectivités aux prises avec des taux élevés de maladie. Qui plus est, on n'a envoyé aucun antiviral à la collectivité avant le 3 juin, date où on a révélé que 12 résidents de St. Theresa Point avaient été envoyés à Winnipeg au moyen des services d'évacuation sanitaire, puis hospitalisés parce qu'ils étaient atteints du virus. Entre-temps, des centaines de résidents de St. Theresa Point souffraient de symptômes apparentés à ceux de la grippe.

Alors que le virus gagnait Garden Hill, au Manitoba, on tardait toujours à intervenir. Le 3 juin, on confirmait le premier cas de virus H1N1 à Garden Hill. Des fournitures telles que des masques, des gants, du matériel de désinfection et des antiviraux ont été commandés pour la communauté. Néanmoins, ces fournitures ont mis tellement de temps à arriver que le chef lui-même a dû parcourir des centaines de milles en automobile pour en acheter. Lorsqu'il est venu à Ottawa la semaine dernière, et qu'il a rencontré le ministre de la Santé ainsi que des représentants de l'Agence de la santé publique du Canada, on lui a dit que les masques n'étaient pas nécessaires et que, par conséquent, on ne lui rembourserait pas les achats qu'il avait effectués pour sa communauté.

Encore une fois, j'insiste sur le fait que si le virus H1N1 avait été plus virulent, ces collectivités auraient été dévastées.

Comparons la situation qui a eu lieu au Manitoba avec la récente éclosion du virus en Ontario. Les 13 et 14 juin, lorsque 10 cas du virus H1N1 ont été confirmés dans la Première nation de Sandy Lake, dans le Nord de l'Ontario, 500 traitements de Tamiflu, le médicament antiviral contre la grippe, ont été envoyés sur-le-champ. Les directives étaient de fournir le médicament à quiconque présentait des signes de maladie, en renonçant à mener les tests habituels pour déterminer si les patients étaient effectivement atteints du virus H1N1.

L'Assemblée des Premières Nations ne veut accuser personne en particulier, mais nous tenons à souligner à ce comité l'absence d'uniformité sur le plan de la gestion de ces épidémies et, de manière tout aussi importante, à quel point le système de soins de santé manitobain est devenu paralysé avec seulement quelques

an increase in the number of communities. How prepared will the Province of Manitoba and other provinces of Canada be to be able to respond appropriately?

However, with sincere respect to the good people working at Health Canada, the Public Health Agency of Canada and in provincial health care systems, we must discover the full facts and identify any gaps or barriers in the system if we are to ensure that First Nations are equally prepared and protected in the event of a more severe outbreak this fall.

For this reason, the Assembly of First Nations is recommending that an independent task force be struck to study the recent outbreaks in Ontario, Manitoba and Saskatchewan and make recommendations to ensure a more seamless service approach. First Nations health experts must also be on this task force for it to produce effective and targeted results. There is also a need for the federal government to review with the provinces and First Nations the inter-agency protocols in place during an outbreak, including the public communication and information sharing components and conduct real-scale simulations to validate these protocols.

There must be an agreed-upon approach and standards to prevent the feeling that varying approaches across the country might create a sense of some regions servicing First Nations more appropriately than in other regions. Further, we would like to recommend that the government work with First Nations to develop and implement national guidelines for emergency health services to First Nations. It is our hope that this work will take place and be implemented by the fall.

Your committee may wish to request an annual state of preparedness report from the federal departments involved until such point that you are assured a plan is in place and simulations have been performed to ensure it will function as planned.

I would now like to turn the committee's attention to *Annex B: Influenza Pandemic Planning Considerations in On Reserve First Nations Communities*, which I believe was provided to you over the weekend, both in English and French. I would like to say that this is an annex to the Canadian Pandemic Influenza Plan of which the Public Health Agency of Canada has the lead. I would also like to let this committee know that the Assembly of First Nations was involved in the development of this annex and we support it fully.

However, we have concerns regarding this annex that I would like to turn your attention to. We have repeatedly heard over the last few weeks the federal Minister of Health assuring the public that the $1-billion investment into Canada's pandemic plan has resulted in a robust preparedness and several activities across the country. This investment was indeed made. However, it was made

collectivités touchées. Imaginons un instant que l'automne prochain, il y ait un accroissement du nombre de ces collectivités. Jusqu'à quel point le Manitoba et d'autres provinces du Canada seront-elles en mesure de faire face à la situation de manière appropriée?

Quoi qu'il en soit, avec tout le respect sincère que nous vouons aux braves personnes qui travaillent à Santé Canada, à l'Agence de la santé publique du Canada et dans les systèmes de soins de santé provinciaux, nous devons découvrir tous les faits et déceler les lacunes ou les obstacles qu'il pourrait y avoir dans le système, si nous voulons nous assurer que les Premières nations soient également préparées et protégées advenant une épidémie plus grave cet automne.

C'est pourquoi l'Assemblée des Premières Nations recommande qu'un groupe de travail indépendant soit chargé d'étudier les récentes éclosions du virus en Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan, et de formuler des recommandations en vue d'assurer un modèle de service sans discontinuité. Les spécialistes de la santé chez les Premières nations doivent également participer à ce groupe de travail afin que celui-ci produise des résultats tangibles et ciblés. Il est également nécessaire que le gouvernement fédéral examine, de concert avec les provinces et les Premières nations, les protocoles de coopération entre organismes en vigueur en situation d'épidémie. Cela comprend la fonction de communication avec le public et de partage de l'information, de même qu'une simulation en grandeur réelle pour valider ces protocoles.

Il faut qu'il y ait une approche convenue et des normes pour empêcher qu'il y ait différentes approches dans le pays, ce qui pourrait laisser croire que dans certaines régions, on assure des services plus adéquats aux Premières nations que dans d'autres. De plus, nous souhaitons recommander que le gouvernement collabore avec les Premières nations afin d'élaborer et de mettre en œuvre des lignes directrices nationales en matière de services de santé d'urgence pour les Premières nations. Nous espérons que ce travail sera entrepris et réalisé d'ici l'automne.

Votre comité pourrait vouloir demander un rapport annuel sur l'état de préparation des divers ministères fédéraux concernés, jusqu'à ce qu'il soit assuré qu'un plan est en place et qu'on a procédé à des simulations pour s'assurer qu'il fonctionne comme prévu.

J'aimerais maintenant attirer votre attention sur le document intitulé *Annexe B : Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves*, qu'on vous a remis au cours de la fin de semaine, je crois, dans ses versions anglaise et française. Je voudrais préciser qu'il s'agit d'une annexe au Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, dont l'Agence de la santé publique du Canada est responsable. J'aimerais également laisser savoir à ce comité que l'Assemblée des Premières Nations a participé à l'élaboration de cette annexe, que nous appuyons pleinement.

Toutefois, je voudrais porter votre attention sur certaines réserves que nous avons à l'égard de cette annexe. Au cours des dernières semaines, nous avons entendu à maintes reprises le ministre fédéral de la Santé assurer au public que le milliard de dollars investi dans le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza avait donné lieu à une solide préparation et à plusieurs

and funds were allocated in advance of the development of Annex B. The $1 billion investment has not been allocated to activities of Annex B that is the portion of the Canadian Pandemic Influenza Plan to address outbreaks in First Nations. We know that insufficient numbers of First Nations communities have pandemic plans in place. The majority of communities are unprepared for a pandemic outbreak.

Furthermore, we are gravely concerned that the level of activities listed in Annex B for the provincial, territorial and federal governments are not sufficiently supported in order to implement the guidelines as listed. We are even more concerned because the Assembly of First Nations has been raising the issue with the federal government since the SARS outbreak a few years ago. We had hoped lessons from SARS would have been learned and applied to pandemic planning.

It is our recommendation that immediate investments be made into Annex B to ensure First Nations, federal, provincial and territorial governments can carry out the activities outlined in Annex B.

Finally, we have two other points concerning the annex. First, Annex B does not contain language inclusive of First Nations communities north of 60. It is our hope that governments will work with the Assembly of First Nations to ensure that communities in the Yukon and the Northwest Territories are protected equally. Should an outbreak occur, we do not wish for confusion over the language contained in Annex B to prevent urgently-needed health services from reaching these communities.

Second, we are concerned that the Department of Indian and Northern Affairs may not be prepared for its role as outlined in Annex B. According to Annex B, in preparing for and responding to the threat of an influenza pandemic in on-reserve First Nations communities, INAC is responsible for the following:

> Ensuring the continuity of its governance and provision of essential services through implementation of the department's Pandemic Influenza Business Continuity Plan; and
>
> Emergency management on all reserve lands across Canada, except where the responsibility (e.g. public health) falls within the mandate of another federal department (i.e. Health Canada).

To date, we do not know if INAC has plans in place to fulfill its responsibilities. If it does, we have not seen them. It is critical to ensure these plans are established and in place and that funding is available to support them. We recommend that your committee approach INAC to seek clarification on this matter.

activités partout au pays. Cet investissement a effectivement été fait. Il a été versé, et des fonds ont été attribués à l'avance pour l'élaboration de l'Annexe B. Cependant, le montant d'un milliard de dollars n'a pas servi à financer les activités prévues dans l'Annexe B, laquelle forme la portion du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza visant les épidémies dans les Premières nations. Nous savons qu'un nombre insuffisant de collectivités des Premières nations ont en place des plans de lutte contre la pandémie. La majorité d'entre elles ne sont pas prêtes à faire face à une éclosion pandémique.

De plus, nous sommes grandement préoccupés par le fait que les niveaux d'activités énumérés dans l'Annexe B pour les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral ne sont pas suffisamment appuyés pour qu'on puisse mettre en œuvre les lignes directrices telles qu'indiquées. Nous sommes d'autant plus inquiets que l'Assemblée des Premières Nations a soulevé plusieurs fois la question auprès du gouvernement fédéral depuis l'épidémie de SRAS, il y a quelques années. Nous espérions qu'on tirerait des leçons du SRAS et qu'on les appliquerait aux plans d'intervention en cas de pandémie.

Nous recommandons qu'on fasse des investissements immédiats au titre de l'Annexe B pour permettre aux Premières nations, ainsi qu'aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de mettre en œuvre les activités décrites à l'Annexe B.

Enfin, nous avons deux autres points à souligner en ce qui concerne l'Annexe B. Premièrement, elle ne contient pas de termes qui incluent les communautés des Premières nations au nord du 60^{e} parallèle. Nous espérons que les gouvernements collaboreront avec l'Assemblée des Premières Nations pour faire en sorte que les collectivités du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest soient également protégées. En cas d'éclosion de la maladie, nous ne voudrions pas qu'une confusion à l'égard des termes utilisés dans l'Annexe B empêche des services de santé requis de toute urgence de se rendre dans ces collectivités.

Deuxièmement, nous nous inquiétons du fait que le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien n'est peut-être pas prêt à jouer son rôle tel que décrit dans l'Annexe B. Selon ce document, à des fins de préparation et d'intervention face à la menace d'une pandémie d'influenza dans les collectivités des Premières nations vivant dans les réserves, MAINC est responsable de ce qui suit :

> Assurer la continuité de sa gouvernance et de la prestation des services essentiels par la mise en œuvre de son plan opérationnel permanent de lutte contre la pandémie d'influenza; et
>
> Gérer les urgences dans toutes les réserves du Canada, sauf lorsque la responsabilité (par exemple la santé publique) tombe sous le mandat d'un autre ministère fédéral (c'est-à-dire Santé Canada).

Jusqu'à maintenant, nous ignorons si MAINC s'est doté de plans pour s'acquitter de ses obligations. Si c'est le cas, nous ne les avons pas vus. Il est essentiel de veiller à ce que ces plans soient mis en place et que le financement voulu soit disponible pour les appuyer. Nous recommandons à votre comité d'approcher MAINC pour lui demander des éclaircissements à ce sujet.

The health and success of First Nations peoples, in my opinion, is the single-most important public health goal in Canada. The system must be inclusive, fair and it must also fit the unique needs of First Nations. The Canadian pandemic plan is only as strong as its weakest link. We have all borne witness to that weak link in the last two months.

I would like to thank the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples for this opportunity to speak. I would welcome questions.

Senator Brazeau: Dr. Barker, you cited a few statistics with respect to individuals that have been affected by this disease as well as those who have had respiratory problems. Is this data that the Assembly of First Nations has gathered or is this data already cited in the media?

Dr. Barker: We receive this data daily from the provincial medical officer of health. We have teleconferences with Dr. Joel Kettner.

Senator Brazeau: Could you elaborate on the level of engagement that you have had with both federal and provincial governments and the affected leadership of the First Nations communities in dealing with this issue?

Dr. Barker: We have had daily teleconferences with the Assistant Deputy Minister of Health for FNIP, and occasionally the Public Health Agency of Canada participated in that teleconference. There has been an opportunity for us to raise our concerns and, similarly, for them to attempt to reassure us that everything is under control.

Senator Brazeau: You mentioned the fact that we should not be looking toward a pan-Canadian approach. Can you elaborate on that, please?

Dr. Barker: At the moment, the pandemic plan services all Canadians as though everyone was at the same level of risk. The plan assumes that all Canadians are able to access services within the same level.

Our concern is that having stockpiles of antivirals in Edmonton, for example, and assuming they can be distributed equally and quickly to all communities is probably shortsighted, given the access issues.

We are looking to develop guidelines, and encourage the government to develop guidelines, for remote communities to ensure they are not treated as downtown Edmonton or downtown Toronto.

Senator Brazeau: Obviously, we are dealing with an urgent matter, an important matter. I think every Canadian sees this as being a serious matter. What I have heard this morning is the recommendation to strike a task force; the fact that perhaps some are not happy with language utilized in the preparedness or the strategies that have been put in place; the fact that, in your opinion, the federal government has not properly addressed

La santé et la réussite de nos peuples des Premières nations, à mon avis, sont le plus important objectif de santé publique au Canada. Le système doit être inclusif, juste, et doit également correspondre aux besoins uniques des Premières nations. Le Plan canadien de lutte contre la pandémie n'est pas plus fort que le plus faible de ses éléments. Nous avons tous été témoins de la faiblesse de cet élément au cours des deux derniers mois.

Je tiens à remercier le Comité sénatorial permanent des peuples autochtones de m'avoir donné cette occasion de m'adresser à lui. Vos questions sont les bienvenues.

Le sénateur Brazeau : Docteure Barker, vous avez cité quelques statistiques concernant des personnes ayant été atteintes par ce virus et d'autres ayant éprouvé des problèmes respiratoires. S'agit-il de données recueillies par l'Assemblée des Premières Nations, ou de données déjà citées dans les médias?

Dre Barker : Le médecin-hygiéniste provincial en chef nous envoie quotidiennement ces données. Nous tenons des téléconférences avec le Dr. Joel Kettner.

Le sénateur Brazeau : Pourriez-vous nous en dire plus sur le niveau d'engagement que vous avez obtenu du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, de même que des dirigeants des collectivités des Premières nations concernés pour ce qui est de s'attaquer à ce dossier?

Dre Barker : Nous avons eu des téléconférences quotidiennes avec le sous-ministre adjoint de la Santé pour les Premières nations, les Inuits et les Métis, et l'Agence de la santé publique du Canada a occasionnellement participé à ces téléconférences. Nous avons pu soulever nos préoccupations et eux, de leur côté, ont pu tâcher de nous rassurer quant au fait qu'on maîtrise la situation.

Le sénateur Brazeau : Vous avez affirmé que nous ne devrions pas nous tourner vers une approche pancanadienne. Pourriez-vous nous fournir des précisions là-dessus, je vous prie?

Dre Barker : En ce moment, le plan de lutte contre la pandémie prévoit des services pour l'ensemble des Canadiens, comme si tout le monde présentait le même niveau de risque. Le plan suppose que tous les Canadiens ont la même capacité d'accéder aux services.

Ce qui nous préoccupe, c'est que le fait d'avoir des réserves d'antiviraux à Edmonton, par exemple, et de présumer qu'ils pourront être distribués également et rapidement à toutes les communautés témoigne probablement d'une vision à courte vue, compte tenu des problèmes d'accès.

Nous cherchons à élaborer des lignes directrices et à inciter le gouvernement à faire de même, pour les communautés éloignées, afin de ne pas les traiter comme les centres-villes d'Edmonton ou de Toronto.

Le sénateur Brazeau : Visiblement, la question est urgente et importante. Je crois que tous les Canadiens la prennent au sérieux. Ce matin, j'ai entendu qu'on recommande la création d'un groupe de travail; que certains, peut-être, ne sont pas d'accord avec la terminologie des préparatifs ou des stratégies mis en place; que, d'après vous, le gouvernement fédéral n'a pas donné suite convenablement aux recommandations formulées

recommendations following the SARS outbreak — we are talking about responsibilities and jurisdiction, which are important; and the fact that this pan-Canadian approach is not the desired approach.

Is not the most important goal to ensure that Aboriginal peoples have access to the supplies and treatment that they need, first and foremost, before talking about these processes to be set up that would take a longer period of time? Instead of getting to the action, we would be embroiled in processes and a lot of talk and very little action.

Dr. Barker: That is always the concern. However, I think you would agree, senator, that in order for change to happen, there is a process that one must respect. Unfortunately, it tends to be a lengthy bureaucratic process, but that is why we are requesting that this action happen before the fall.

Senator Lang: I just want to put a couple things on the record. I do not know how the nurses' stations run in these small communities. I have not been in these small communities personally. However, I first want to say that for those people that are working on the ground, I think that we should give them accolades for what they do and how they do it. It concerns me that there seems to be a lot of ability to always lay a lot of blame on whomever. Hindsight is 20-20.

From the evidence you have provided us so far, I gather that you are in constant communication with the AFN and Health Canada in respect to this issue.

In May, when this first became known, what advice did you give Health Canada that they could do to help accommodate the situation that obviously came as a surprise to everyone?

Dr. Barker: We were concerned about the lack of nursing in the community and the delay in identifying the outbreak. We suspect that is linked to the rapid turnover of nurses that come in and go within 24 hours. Therefore, our first approach was to suggest an increase the number of permanent health care workers so that they recognize an outbreak much sooner.

With respect to antivirals, we were very concerned about the number of Medevacs. We suggested that antivirals be implemented much earlier in a more aggressive early-treatment approach in the community. However, we were told there was not sufficient scientific evidence to support that implementation.

Senator Lang: You mentioned planning and service, looking ahead in respect to the autumn. I share Senator Brazeau's concern. A committee will not fix this, even in the fall, I suspect.

What have you requested that Health Canada do to meet the situation that these people may face on a day-to-day basis? What can be improved?

dans le sillage de la flambée du SRAS — nous parlons de responsabilités et de partage des compétences, ce qui est important; que, enfin, l'approche pancanadienne n'est pas souhaitable.

L'objectif le plus important n'est-il pas que les peuples autochtones aient accès, d'abord et avant tout, aux fournitures et aux traitements dont ils ont besoin, avant de parler des processus à mettre sur pied, ce qui prendrait plus de temps? Au lieu d'agir, nous nous empêtrerions dans ces processus et beaucoup de discussions.

Dre Barker : C'est ce que l'on craint toujours. Toutefois, je pense que vous conviendrez qu'il y a un processus à suivre si l'on veut que les choses changent. Malheureusement, ce processus est plutôt bureaucratique et lent, et c'est la raison pour laquelle nous demandons qu'il soit mis en branle avant l'automne.

Le sénateur Lang : Je tiens à ce que deux ou trois choses figurent dans le compte-rendu. Je ne sais pas comment fonctionnent les postes de soins infirmiers dans ces petites communautés. Je n'y suis jamais allé personnellement. Toutefois, je tiens d'abord à féliciter le personnel de terrain pour ce qu'il fait et pour la manière dont il s'y prend. Je suis préoccupé par l'apparente facilité avec laquelle on rejette toujours la responsabilité de beaucoup de choses sur autrui. Après coup, il est très facile de voir tous les défauts.

De votre témoignage je déduis que vous êtes en rapport constant avec l'Assemblée des Premières nations et Santé Canada sur cette question.

En mai, quand le fait a été révélé, quels conseils avez-vous donnés à Santé Canada pour que l'on puisse réagir à la situation qui a manifestement surpris tout le monde?

Dre Barker : Nous étions préoccupés par le manque de soins infirmiers dans la communauté et par le temps qu'il a fallu pour identifier l'épidémie. D'après nous, cela s'expliquerait par la rotation rapide du personnel infirmier qui ne reste sur place que 24 heures. C'est pourquoi nous avons d'abord proposé d'accroître le nombre de travailleurs permanents de la santé pour permettre une identification beaucoup plus rapide d'une épidémie.

Pour ce qui concerne les antiviraux, nous étions très préoccupés par le nombre d'évacuations sanitaires. Nous avons proposé l'emploi d'antiviraux beaucoup plus tôt dans une stratégie de traitement précoce plus énergique appliquée à la communauté. Toutefois, on nous a dit que les fondements scientifiques de cette stratégie étaient insuffisants.

Le sénateur Lang : Vous avez parlé de planification et de service d'ici à l'automne. Je partage l'inquiétude du sénateur Brazeau. Un comité ne règlera pas ce problème, pas même à l'automne, je le crains.

Qu'avez-vous demandé à Santé Canada de faire dans cette situation qui peut affecter le quotidien des gens touchés? Qu'est-ce qui peut être amélioré?

Dr. Barker: Senator, I think the biggest success we could hope for is that funding to support the activities listed in Annex B be provided. We have all signed off on it; every Deputy Minister of Health from across the country has signed off on Annex B, and we have approved Annex B from all of our communities.

What we need is financing to support the activities listed. As you can see, there is a ton of activities that provinces are expected to take on. No province will undertake those activities if they do not have a commitment from the federal government that they can keep their receipts and be reimbursed afterwards.

The Chair: I have a quick question. In view of the fact this is possibly affecting First Nations more severely than other communities, it has to be a concern of the provinces and all of us. Unless these communities are put under quarantine, this disease could spread. We know that these people move around and with them the virus.

I can see why we have to focus on the First Nations, but I think all Canadians are concerned. Most of us travel on airplanes continually; and our exposure, as politicians, is most likely greater than most.

I sympathize with your concerns in dealing with the First Nations because that is why we are here this morning. Senator Carstairs suggested this hearing and I think it was the right move, but what I am trying to get through my mind is this must be as important to the provinces and their populations as it is to anyone.

To me, this is important right across the population. What is your reaction to that, Dr. Barker?

Dr. Barker: I think that is a very valid point. The one comment I would make to that is to reassure this group that as a healthy, wealthy group of gentlemen and ladies sitting around this table, the likelihood of you having a severe illness is minimal. We have noticed that mild cases in Canadians tend to be among our healthy and wealthy.

What we do not see is that First Nations, who generally represent a more impoverished group, are having the same reaction to the infection. We are suggesting that we need to identify at-risk populations. Given that, for the most part, First Nations communities are living in poverty, we feel that is what largely puts them at risk — just like the people who live in the Mexican slums.

Senator Carstairs: I was informed that the pandemic plan for Aboriginal communities provides $3,000 for each community. If you live in any of those communities that you mentioned today — St. Theresa Point, Garden Hill — that would amount to taking a maximum of three people out of the community to have any discussions whatsoever.

How are Aboriginal communities supposed to develop, within Annex B, the kind of pandemic planning that is necessary on $3,000 per community?

Dre Barker : Notre plus grand espoir serait que les activités énumérées à l'Annexe B soient financées. Nous sommes tous d'accord; tous les sous-ministres de la santé de partout au pays ont avalisé l'Annexe B, et nous l'avons approuvée à partir de toutes nos communautés.

Nous avons besoin du financement des activités énumérées. Comme vous pouvez le voir, on s'attend à ce que les provinces se chargent d'une multitude d'activités. Aucune ne le fera si le gouvernement fédéral ne s'engage pas à lui consentir le soutien financier nécessaire.

Le président : J'ai une petite question à vous poser. Les Premières nations étant plus touchées que les autres communautés, nous devons tous, ainsi que les provinces, être inquiets. À moins de mettre en quarantaine ces communautés, la maladie pourrait se répandre. Nous connaissons la mobilité de ces gens et, par le fait même, celle du virus.

Je comprends pourquoi nous devons nous concentrer sur les Premières nations, mais je pense que tous les Canadiens sont concernés. La plupart d'entre nous voyageons sans cesse par avion; et nous sommes probablement plus exposés, en notre qualité de politiciens, que la plupart des gens.

Je partage vos inquiétudes pour les Premières nations. C'est la raison pour laquelle nous sommes ici ce matin. Le sénateur Carstairs a proposé la tenue de cette séance. Je crois que c'était une bonne idée. Je crois cependant qu'il nous faut bien comprendre que ce problème doit revêtir une importance tout aussi grande pour les provinces et leurs populations.

Pour moi, la situation est importante pour toute la population. Qu'en pensez-vous?

Dre Barker : Je pense que vous soulevez un très bon point. J'ajouterais à cela un mot pour rassurer votre groupe : la probabilité est minime que des personnes fortunées et en bonne santé telles que vous tombent gravement malades. Nous avons observé que, chez les Canadiens comme vous, on relève des cas plutôt légers.

La réaction constatée dans les Premières nations, en général moins bien nanties, est différente. D'après nous, il faut identifier les populations à risque. Comme, en majorité, les communautés des Premières nations vivent dans la pauvreté, nous estimons que c'est le facteur qui les expose le plus au risque — tout comme les habitants des bidonvilles du Mexique.

Le sénateur Carstairs : J'ai appris que le plan élaboré pour les communautés autochtones en cas de pandémie prévoyait 3 000 $ pour chaque communauté. Dans tous les endroits dont vous avez parlé aujourd'hui — St. Theresa Point, Garden Hill —, cela équivaudrait à sortir au plus trois personnes de la communauté pour des discussions quelconques.

Comment une communauté autochtone est-elle censée pouvoir élaborer, dans le cadre de l'Annexe B, le type de planification nécessaire en cas de pandémie en disposant de 3 000 $ seulement?

Dr. Barker: We agree with you and that is an ongoing concern. The point behind *Annex B* is not that it necessarily needs funding just to First Nations communities, but it needs funding to facilitate greater partnership between regional health authorities and the provinces.

Frankly, if there was to be a widespread outbreak, we cannot expect that Ottawa will be able to service all 633 communities. It is absolutely essential that the regional health authorities and provinces have strong relationships to be able to service communities in a given outbreak.

Similarly, another challenge is that many of these communities have experienced epidemics of suicide, diabetes, and mental health issues. Asking chiefs to make this a priority is difficult when they are struggling with so many other priorities. It is incumbent upon us to ensure that they have the resources, partnerships and facilitated communications to ensure that community members are prepared.

Senator Carstairs: Dr. Allison McGeer, who was on the front line of the SARS epidemic and contacted SARS, has urged the implementation of a pilot program whereby Tamiflu would be used as a prophylactic.

Has there been any discussion with Aboriginal communities, in particular with the AFN, about using Tamiflu in this way to determine whether it might significantly reduce the number of cases within a community?

Dr. Barker: There has been a great deal of discussion, in particular in Ontario where we saw that early aggressive treatment was very effective in reducing the number of severe cases. Certainly, many chiefs came forward and said they would like to be able to identify people with chronic underlying conditions that make them more at risk to go on prophylaxis before they become sick. The chiefs are interested. Unfortunately, there are many other considerations, such as the side effects. Might we potentially cause a mutation within the virus? Might Tamiflu no longer work in the fall when we have a new outbreak? There are many other questions that need to be considered, but I agree that we need to look at prophylactic use as a sincere option.

Senator Carstairs: One of the real problems in communities like Garden Hill and St. Theresa Point, as you said, is that they do not have running water. The need for alcohol-based hand sanitizers became critical but they were not available in the community. As you indicated, Chief Harper had to drive out of the community to obtain hand sanitizers. Meanwhile, empty medevac planes were flying into the communities.

An issue was raised that concerned me greatly. There was some discussion about whether hand sanitizers should be made available because they are alcohol based.

Dr. Barker: I must say that I was equally devastated. I quickly pointed out that it is as easy to get a bottle of Lysol in these communities as anything else. If people think that Purell will be

Dre Barker : Nous sommes d'accord avec vous et c'est la question que nous nous posons sans cesse. L'annexe B ne vise pas à obtenir des fonds pour les communautés des Premières nations uniquement, mais du financement pour faciliter un partenariat élargi entre les régies régionales de la santé et les provinces.

Pour parler franchement, si l'épidémie se propage, nous ne pouvons pas nous attendre à ce qu'Ottawa puisse desservir les 633 communautés. Il est indispensable que les autorités régionales et les provinces tissent des rapports solides pour pouvoir desservir les communautés en cas d'épidémie.

De même, une autre difficulté se pose : beaucoup de ces communautés ont connu des épidémies de suicides, de diabète et de maladie mentale. Il est difficile de demander aux chefs de faire du problème qui nous occupe une priorité alors qu'ils ont déjà tant de chats à fouetter. Il nous revient donc de nous assurer qu'ils ont les ressources, les partenariats et les moyens de communication pour préparer les membres de leur communauté.

Le sénateur Carstairs : La Dre Allison McGeer, qui était sur la première ligne de la lutte contre l'épidémie de SRAS et qui a contracté la maladie, a conseillé vivement la mise sur pied d'un programme pilote de prophylaxie utilisant le Tamiflu.

Y a-t-il eu des discussions avec les communautés autochtones, notamment avec l'Assemblée des Premières nations sur cette utilisation prophylactique du Tamiflu afin de déterminer si, de cette manière, on peut sensiblement réduire le nombre de cas dans la communauté?

Dre Barker : Il y a eu beaucoup de discussions, en Ontario notamment, où nous avons constaté qu'un traitement précoce énergique réduisait très efficacement le nombre de cas graves. Certes, beaucoup de chefs ont affirmé qu'ils aimeraient identifier les personnes dont l'état pathologique chronique les expose à un plus grand risque, pour qu'elles reçoivent le traitement prophylactique. Les chefs sont intéressés. Malheureusement, il faut tenir compte de beaucoup d'autres facteurs, comme les effets secondaires. Risquons-nous de provoquer une mutation chez le virus? Se pourrait-il que le Tamiflu ne soit plus efficace à l'automne contre une nouvelle épidémie? Il faut envisager beaucoup d'autres questions, mais, j'en conviens, nous devons considérer la prophylaxie comme une option véritable.

Le sénateur Carstairs : L'un des gros problèmes de certaines communautés telles que Garden Hill et St. Theresa Point, comme vous l'avez dit, est l'absence d'eau courante. Le besoin de désinfectants à base d'alcool pour les mains est devenu impérieux, mais il n'y en avait pas dans la communauté. Comme vous l'avez mentionné, le chef Harper a dû prendre la route pour s'en procurer à l'extérieur de sa communauté. Entre-temps, les communautés recevaient des avions d'évacuation sanitaire qui étaient vides.

Quelque chose m'a beaucoup préoccupée. Des discussions ont porté sur l'à-propos de distribuer des désinfectants pour les mains parce qu'ils renfermaient de l'alcool.

Dre Barker : Je dois vous avouer que cela m'a aussi donné un coup terrible. J'ai rapidement fait valoir qu'il était aussi facile de se procurer du Lysol dans ces communautés que n'importe quoi

purchased so they can become intoxicated, then that is an outrageous leap to make. We heard that argument and that people were spending days discussing the pros and cons of a non-alcohol-based hand sanitizer versus an alcohol-based sanitizer because of the concerns about addictions in communities. It was absolutely outrageous.

Senator Carstairs: I have many other questions for the second round, if I may.

Senator Stratton: I will follow Senator Carstairs line of questions. I had the good fortune, if you want to call it that, of having a mother-in-law who was a public health nurse on northern reserves for years. I had the experience of visiting most of these communities. I can understand fully the problems that these communities face today.

I will relate anecdotal evidence of Southern Manitoba. I take French language training at St. Boniface College. My French professor looks after special education children in Southern Manitoba communities and small villages. I asked her what the incidence of H1N1 was in the francophone school division and she said that there were very few cases. She explained that in the francophone school divisions, the children wash their hands as soon as they enter the school at nine o'clock in the morning. They wash their hands when they go to recess and when they return. At lunch, they wash their hands and when they come back from lunch, they wash their hands. They wash their hands before leaving for the day. I am not saying that is the complete solution to the problem, but it is part of the procedure in the francophone school divisions. Is that happening in schools in Northern Manitoba? If not, why not?

Dr. Barker: I am not familiar with whether schools are following that routine. Senator, I think that is a good idea, but I have to ask whether the schools have running water.

Senator Stratton: I have been in many schools up North, and they have running water. I would be surprised to learn that they did not have it, at least in any of the schools that I have seen.

Dr. Barker: I have been to a few schools that do not have running water. I agree that it is a terrific public health measure.

Senator Stratton: It accomplishes two things. It teaches the children how critical hand washing is to health, because young children can be walking plagues. I have six grandchildren and know about all the germs they might pick up from other children at school. Surely, we have to try to take the simple measure of keeping those kids' hands as clean as possible.

Dr. Barker: I agree. As well, it highlights another point: Collectively, we are responsible for recognizing the roles that we can play. It is not simply up to the nurses and doctors but up to leadership, schools and even the grocery store manager to ensure that he is stocking nutritious food. Everyone has a role in this issue.

d'autre. On dépasse les bornes quand on laisse entendre que des personnes achèteront du Purell pour s'enivrer. J'ai entendu cette allégation et j'ai également entendu dire que l'on passait des journées à discuter des avantages d'un désinfectant non alcoolisé en raison des problèmes d'intoxication dans les communautés. C'était absolument scandaleux.

Le sénateur Carstairs : J'ai beaucoup d'autres questions pour la seconde intervention, si je peux.

Le sénateur Stratton : Je poursuivrai dans la même veine que le sénateur Carstairs. J'ai eu la chance que ma belle-mère soit une infirmière affectée aux réserves du Nord pendant des années. J'ai visité la plupart de ces communautés. Je suis en mesure de comprendre entièrement les problèmes qu'elles affrontent aujourd'hui.

Je peux vous parler d'une situation qui a été portée à ma connaissance dans le sud du Manitoba. Je prends des leçons de français au Collège St. Boniface. Mon professeur s'occupe d'enfants recevant une éducation spécialisée dans les communautés et les petits villages du sud du Manitoba. Je lui ai demandé quelle était l'incidence de la grippe H1N1 dans les districts scolaires francophones. Elle m'a répondu que les cas étaient très peu nombreux. Elle m'a expliqué que les enfants se lavent les mains dès leur arrivée à l'école, à 9 heures, puis avant la récréation, puis au retour de la récréation. À l'heure du dîner, ils se relavent les mains, puis encore, au retour du dîner. Ils se les lavent à nouveau avant de quitter l'école. Je ne prétends pas que c'est la solution complète au problème, mais c'est la méthode adoptée dans les commissions scolaires francophones. Est-ce la même chose dans les écoles du Nord du Manitoba? Sinon, pourquoi pas?

Dre Barker : Je ne sais pas si les écoles ont adopté cette marche à suivre. C'est une bonne idée, je pense, mais il faudrait se demander si les écoles disposent de l'eau courante.

Le sénateur Stratton : J'ai visité beaucoup d'écoles dans le Nord, et elles ont l'eau courante. Je serais surpris du contraire, du moins dans le cas des écoles que j'ai visitées.

Dre Barker : J'ai visité quelques écoles sans eau courante. J'en conviens, c'est une mesure formidable pour la santé publique.

Le sénateur Stratton : Elle atteint deux objectifs. Elle enseigne également aux enfants à quel point le lavage des mains est bon pour la santé, parce que les jeunes enfants sont des réservoirs mobiles de microbes. J'ai six petits-enfants et je connais tous les germes qu'ils peuvent contracter au contact des autres écoliers. Nous pouvons assurément essayer d'appliquer cette mesure si simple qui consiste à garder les mains des enfants aussi propres que possible.

Dre Barker : Je suis d'accord. En outre, cela met en évidence une autre vérité : collectivement, nous sommes chargés de reconnaître des rôles que nous pouvons jouer. Il n'incombe pas seulement aux infirmières et aux médecins, mais également aux élites, aux écoles et même au gérant de l'épicerie, qui doit s'assurer d'offrir des aliments nourrissants. Nous avons tous un rôle à jouer à cet égard.

Senator Dyck: Thank you for your clear presentation, Dr. Barker. My question is about the age of the people who have contracted the disease. You were saying that two-thirds are on mechanical ventilation and that chronic disease and social determinants are playing a role. I assume that the people who have been affected most seriously are adults. Is that the case?

Dr. Barker: They are young adults and older youth.

Senator Dyck: In general, the virus seems to have targeted people that are 5 years to 24 years of age. As you well know, 50 per cent of the Aboriginal population is 24 years old and younger. Does this demographic add a greater emphasis to the need to put plans in place?

Dr. Barker: Absolutely, yes. That is a very good point.

Senator Dyck: Presumably that age group is the healthiest in a population.

Dr. Barker: One would presume so, but there are other reasons that a virus would cause more severe symptoms. It can occur when an immune system is not well nourished and overreacts to certain infections, causing greater damage to lungs and so on.

Senator Dyck: How do we identify the most vulnerable, which seems to be the younger-aged group? Perhaps developing a program for use in the school system might help to control the spread of infection there but not necessarily at home. You said that there are 633 First Nations across Canada. Do we have any way of knowing which of these communities would be most vulnerable?

Dr. Barker: The hope is that once we have a vaccine, we will target Canadians at large, beginning with those who are under 40 years of age and children, as well as all Aboriginal Canadians. Our hope is that before we see the next major flu, we will have that vaccine in place for everyone.

Senator Dyck: That would include all 633 First Nations.

Dr. Barker: Yes. I do not think we would try to figure out which one over which other. That would be tricky.

Senator Sibbeston: Dr. Barker, apart from the poverty that exists amongst Aboriginal people, do have any information as to whether the fact that they may be less immune to viruses like H1N1 plays a part in Aboriginal people being more vulnerable to this sickness?

Historically, we know that diseases have ravaged Aboriginal people since their first contact with Europeans. Is there any information to suggest that Aboriginal people are perhaps more vulnerable to these diseases than other people?

Le sénateur Dyck : Merci, docteure Barker, de la clarté de votre présentation. Ma question porte sur l'âge des personnes qui ont contracté la maladie. Vous avez dit que les deux tiers étaient branchées sur la ventilation artificielle et que les maladies chroniques ainsi que les déterminants sociaux jouent un rôle important. Je suppose que les victimes les plus touchées étaient des adultes. Est-ce le cas?

Dre Barker : Il s'agit de jeunes adultes et d'enfants plus âgés.

Le sénateur Dyck : En général, le virus semble s'attaquer à des personnes âgées entre 5 et 24 ans. Comme vous le savez sans doute, la moitié de la population autochtone est âgée de 24 ans ou moins. Est-ce que ce facteur démographique vient ajouter à l'urgence de mettre en place des plans d'intervention?

Dre Barker : Oui, absolument. Vous avez entièrement raison.

Le sénateur Dyck : En principe, ce devrait être le groupe d'âge le plus en santé au sein d'une population.

Dre Barker : C'est ce qu'on pourrait croire, mais d'autres facteurs peuvent entraîner de graves symptômes chez les personnes atteintes du virus. C'est le cas notamment lorsque le système immunitaire du patient est mal nourri et qu'il répond de façon excessive à certaines infections, pouvant ainsi causer des dommages importants aux poumons.

Le sénateur Dyck : Comment pouvons-nous reconnaître les personnes les plus à risque? La maladie semble surtout toucher les jeunes. Peut-être qu'un programme à l'intention du système scolaire contribuerait à maîtriser la dissémination de la maladie dans les écoles, mais pas nécessairement à la maison. Vous nous avez dit qu'il y avait 633 Premières nations au Canada. Y a-t-il un moyen de savoir lesquelles de ces communautés seraient les plus vulnérables?

Dre Barker : Ce que nous espérons faire une fois un vaccin mis au point, c'est de vacciner l'ensemble de la population canadienne, en commençant par les personnes âgées de moins de 40 ans et les enfants, y compris les Canadiens autochtones. Nous espérons pouvoir procéder à une campagne de vaccination majeure avant l'éclosion d'un nouveau virus de la grippe.

Le sénateur Dyck : Et les 633 Premières nations seraient visées par cette initiative.

Dre Barker : Oui, je ne crois pas qu'il serait réaliste de tenter d'en cibler une plus qu'une autre. Cela pourrait être risqué.

Le sénateur Sibbeston : Docteure Barker, mis à part la pauvreté qui sévit chez les peuples autochtones, est-ce que d'autres facteurs les rendent moins immunisés contre des virus comme celui du H1N1?

L'histoire nous a appris que des maladies avaient ravagé les peuples autochtones à partir de leur premier contact avec les Européens. Est-ce que des données nous indiquent que les peuples autochtones sont peut-être plus vulnérables que d'autres face à ces maladies?

Dr. Barker: That is a very good question and one that was raised during our meetings. First, we know that the immune response of First Nations and Inuit people to tuberculosis is completely different to the immune response of non-Aboriginal Canadians.

We also know that the Public Health Agency of Canada has been focusing on H5N1, anticipating we would be looking at chickens from China rather than pigs from Mexico as the cause of the outbreak. Within that, the agency specified that they really did want to ensure they had done studies on serum from First Nations to ensure that their response to the vaccine and to the virus was similar. Of course, our concern is that the vaccine may not actually work on First Nations or may be less effective on First Nations communities because of the way in which the immune system is stimulated.

Now that we are focusing on H1N1 and not H5N1, we hope we will be looking at another opportunity for funding for such studies. You are absolutely right; it is necessary to look at that.

Senator Lovelace Nicholas: Do you think the pandemic would have gone as far as it did if the government and INAC had done their jobs, such as ensuring there is running water and proper housing?

Dr. Barker: I think we would have seen a very different situation if First Nations had proper housing without overcrowded conditions, with running water and proper food security. I think we would have seen a very different situation.

Senator Lovelace Nicholas: They are responsible for essential services in First Nations communities. Why do you think there was a gap in this type of situation? Not every community was as bad as Manitoba and remote places. Why do you think there was such a gap?

Dr. Barker: I think it was just unlucky that communities in Manitoba were struck. If the virus had reached any other location that had similar demographics and similar social determinants, it would have behaved in a similar way.

I think this is a major wakeup call and I hope that Canadians will recognize the need to address the underlying social determinants of health if we are to make any progress in First Nations communities.

Senator Lovelace Nicholas: I have noticed that health care in general has diminished in First Nations. What was covered previously is not covered now. I would like you to explain, if you can, who is responsible for that.

Dr. Barker: That is a very complex question. However, I would say that every one of us who has the power to elect our government is responsible.

Dre Barker : C'est une excellente question. Elle a d'ailleurs été soulevée lors de nos réunions. D'abord, nous savons que la réponse immunitaire des peuples des Premières nations et des peuples inuits face à la tuberculose est complètement différente de celle des Canadiens non autochtones.

Nous savons également que l'Agence de la santé publique du Canada concentrait ses recherches sur le H5N1, prévoyant que des poulets de la Chine seraient à l'origine de l'éclosion, plutôt que des porcs du Mexique. Dans ce contexte, l'agence a précisé qu'elle tenait d'abord à effectuer des tests sérologiques sur des sujets issus des Premières nations pour s'assurer que leur réaction au vaccin et leur réaction au virus étaient semblables. Évidemment, notre crainte est que le vaccin ne soit pas efficace, ou qu'il le soit moins, pour les peuples des Premières nations, en raison de la façon dont leur système immunitaire est stimulé.

Maintenant que nous concentrons nos études sur le H1N1 et non plus sur le H5N1, nous espérons pouvoir trouver un autre moyen pour financer nos recherches. Vous avez absolument raison, il est essentiel d'examiner la question.

Le sénateur Lovelace Nicholas : Croyez-vous que la pandémie aurait pris de telles proportions si le gouvernement et le MAINC avaient fait leur travail, comme s'assurer de fournir de l'eau potable et des logements décents?

Dre Barker : Je pense que la situation aurait été tout autre si les peuples des Premières nations avaient eu des logements décents et non surpeuplés à leur disposition et s'ils avaient pu compter sur des sources d'eau potable et une véritable sécurité alimentaire. Les résultats n'auraient sans doute pas été les mêmes.

Le sénateur Lovelace Nicholas : Ils sont responsables des services essentiels dans les communautés des Premières nations. Pourquoi, selon vous, y a-t-il eu un tel écart entre les différentes communautés? C'est au Manitoba et dans les endroits isolés qu'on a été le plus durement touché. À votre avis, pourquoi l'écart a-t-il été aussi marqué?

Dre Barker : Je crois que c'est tout simplement un coup de malchance si les communautés manitobaines ont été plus durement touchées. Si le virus avait été introduit dans une autre collectivité présentant le même profil démographique et les mêmes déterminants sociaux, la situation n'aurait pas été différente.

Je crois que cela a été un véritable coup de fouet. J'espère que les Canadiens reconnaîtront maintenant l'importance de se pencher sur les déterminants sociaux sous-jacents de la santé pour améliorer la condition des communautés des Premières nations.

Le sénateur Lovelace Nicholas : J'ai constaté que moins de services de santé étaient offerts en général chez les Premières nations. Les soins autrefois couverts ne le sont plus aujourd'hui. J'aimerais que vous nous expliquiez, si vous le pouvez, qui est responsable de cette situation.

Dre Barker : C'est une question très complexe. Toutefois, je vous dirais que chacun d'entre nous qui a le pouvoir d'élire notre gouvernement porte cette responsabilité.

Senator Peterson: Thank you, doctor, for your presentation. It is my understanding that there is not enough vaccine to immunize the Canadian population; in fact, it will be available in batches. As a result, the Public Health Agency of Canada is preparing a priority list. Is that list completed and have you seen it?

Dr. Barker: No, we have not seen it and they are busy preparing it.

Senator Peterson: How long will they be preparing it?

Dr. Barker: I have no idea, but we hope it will be on the agenda this Friday, when we will be meeting with them to discuss rural and remote communities.

Senator Campbell: Thank you very much for appearing today. I find myself looking at this and saying, "We have what we have; this is where we are right now. What will we do?"

I do not see a task force as an answer. We have a situation on our hands where we have an emerging emergency in First Nations and, by the time we get around to a task force, it will be fall before they even figure out who should be on said task force.

You have Annex B and everyone has signed off. There is $1 billion floating around somewhere for something to do with the pandemic. What is the holdup for us getting resources? When I talk about resources, I am talking nurses and, as Senator Stratton said, the basics. I am talking about just having tissues and all that type of stuff.

How do we get this going? This will certainly not be the last we see of this on First Nations, or in other isolated communities. How do we get this moving?

Dr. Barker: The $1 billion is already gone; $657 million went to the Canadian Food Inspection Agency to monitor chickens with H5N1; the remaining $350 million has been allocated and spent. Part of our concern is that part of those dollars was spent in developing Annex B but there is no money left to implement it.

Senator Campbell: Who should we be talking to about getting more money? I will read from Annex B under the First Nations responsibilities. I believe Senator Carstairs brought it up. It is on page 11:

> . . . First Nations leadership and health care providers are responsible for the following:
>
> Developing, testing and regularly updating a community influenza pandemic plan in collaboration with the appropriate partners and stakeholders.

Le sénateur Peterson : Merci, docteure, pour votre exposé. Si je ne m'abuse, nous n'avons pas suffisamment de doses du vaccin pour immuniser l'ensemble de la population canadienne; en fait, le vaccin sera disponible par lots. L'Agence de la santé publique du Canada s'affaire donc à établir une liste de priorité. Est-ce que cette liste est terminée? L'avez-vous consultée?

Dre Barker : Non, nous ne l'avons pas vue et l'agence continue d'y travailler.

Le sénateur Peterson : Combien lui faudra-t-il de temps pour la terminer?

Dre Barker : Je n'en ai aucune idée, mais nous espérons aborder la question à notre réunion de vendredi, lors de laquelle nous devons rencontrer les représentants de l'agence afin de discuter des communautés rurales et éloignées.

Le sénateur Campbell : Merci beaucoup d'être venue témoigner devant nous aujourd'hui. Face à tout cela, je ne peux m'empêcher de me demander ce que l'on peut faire dans l'état actuel des choses.

Je ne crois pas qu'un groupe de travail soit la solution. Il faut intervenir d'urgence si on veut remédier à la situation qui frappe les Premières nations en ce moment, et le seul fait de décider qui devrait faire partie de ce groupe de travail nous amènerait à l'automne.

Tout le monde adhère à l'Annexe B que vous avez présentée. Il y a 1 milliard de dollars réservés quelque part pour traiter de la pandémie. Qu'est-ce qui nous retient d'aller chercher des ressources? Et quand je parle de ressources, je fais référence aux infirmières et aux articles de base, comme l'a dit le sénateur Stratton. Je veux dire fournir des mouchoirs et ce genre de choses.

Comment pouvons-nous lancer le bal? Ce n'est certainement pas la dernière fois que nous assistons à une telle situation dans les communautés des Premières nations ou dans d'autres collectivités isolées. Que devons-nous faire pour aller de l'avant?

Dre Barker : Cet argent est déjà parti; 657 millions de dollars sont allés à l'Agence canadienne d'inspection des aliments afin d'étudier des poulets porteurs du H5N1; les autres 350 millions de dollars ont été alloués et dépensés. Ce qui nous inquiète un peu, c'est qu'une partie de cet argent a servi à l'élaboration de l'Annexe B, mais il ne reste plus de fonds pour mettre en œuvre cette dernière.

Le sénateur Campbell : À qui devrait-on s'adresser pour obtenir plus d'argent? Je vais lire un extrait de l'Annexe B à propos des responsabilités des Premières nations. Je crois que le sénateur Carstairs en a fait mention. C'est à la page 11 :

> [...] au sein des collectivités des Premières nations [...] les dirigeants communautaires et les fournisseurs de services de santé ont la responsabilité de :
>
> Développer, tester et actualiser régulièrement les plans communautaires de lutte contre la pandémie d'influenza, en collaboration avec les partenaires et intervenants appropriés.

It seems to me this is not a tough thing to do. These communities look very much alike and they have many of the same problems. Why are not all of the providers getting together? Why can that not be done? You cannot do it for $3,000 when you have to fly in and out of these remote communities.

All of these communities have commonalities. I do not know why the communities could not be brought together in one spot and develop a plan. Once they have the plan, they could lay down all of the resources and get those resources to where they are needed most. I do not understand the issue. Why does this happen?

Dr. Barker: We do not understand, either.

Senator Campbell: Who is responsible? I hate the term "responsible" but who has the task of taking care of this problem?

Dr. Barker: The First Nation and Inuit Health Branch is responsible for ensuring pandemic plans are in place for First Nations communities. Indian and Northern Affairs Canada is responsible for ensuring that emergency preparedness plans are in place. There are overlapping roles and responsibilities that require financial resources that may not be available.

Senator Watt: Welcome, Dr. Barker. I might be a little bit different from the rest of the senators. I will not focus so much on the disease itself but on the condition of the communities.

Does the AFN have an inventory of all the communities right across the country in terms of the condition of the communities?

Dr. Barker: What would be on that inventory list?

Senator Watt: The list could include quality of water, the quality of communities, housing issues, overcrowding and available health services. It is the information necessary to have a community function properly. Do we have an information inventory that has been prepared and brought up to date? Who has that information? Is it the Department of Indian and Northern Affairs or the Assembly of First Nations?

Dr. Barker: The Department of Indian and Northern Affairs would keep a lot of the information. However, it would be in silos. The person responsible for water would have one bit and the person responsible for housing would have another bit and as a result, no one person could give you a total picture of what every community looks like.

Senator Watt: Unless we have a clear idea of what exists in the community itself, this disease, which seems to be warming up, will not improve until we focus on community requirements.

Cela me paraît assez simple. Ces communautés ont beaucoup en commun et éprouvent souvent les mêmes problèmes. Pourquoi tous les fournisseurs ne font-ils pas front commun? Pourquoi ne pas fonctionner de cette façon? Quand il faut constamment emprunter la voie des airs pour se rendre dans ces communautés éloignées et en revenir, 3000 $, ce n'est pas suffisant.

Toutes ces communautés ont des traits communs. Je ne vois pas pourquoi elles ne pourraient se réunir pour élaborer un plan d'action. Une fois le plan établi, elles pourraient déterminer de quelles ressources elles disposent et allouer ces ressources en fonction des besoins les plus pressants. Je ne comprends pas où est le problème. Pourquoi les choses se passent-elles ainsi?

Dre Barker : Nous ne comprenons pas non plus.

Le sénateur Campbell : Qui est responsable? Je n'aime pas du tout le terme « responsable », mais à qui revient la tâche de remédier à ce problème?

Dre Barker : C'est à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits que revient la tâche d'assurer la mise en place de plans d'intervention en cas de pandémie pour les communautés des Premières nations. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien est quant à lui responsable de la mise en place de plans de préparation aux situations d'urgence. Ce sont des rôles et des responsabilités qui se rejoignent et qui nécessitent des ressources financières n'étant peut-être pas disponibles.

Le sénateur Watt : Bienvenue, docteure Barker. Je tiendrai des propos quelque peu différents de ceux des autres sénateurs. Mes questions ne porteront pas tellement sur la maladie elle-même, mais sur les conditions dans lesquelles vivent les communautés.

Est-ce que l'Assemblée des Premières Nations détient un répertoire de toutes les communautés du pays nous informant des conditions de vie de ces dernières?

Dre Barker : Quelles informations pourrait contenir cette liste?

Le sénateur Watt : La liste pourrait faire état de la qualité de l'eau, de la qualité de vie au sein des communautés, des problèmes de logement, des problèmes de surpeuplement et des services de santé offerts. Ce sont des renseignements nécessaires pour assurer le bon fonctionnement d'une communauté. Est-ce qu'une base de données a été élaborée et tenue à jour? Qui détient cette information? Est-ce le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien ou l'Assemblée des Premières Nations?

Dre Barker : Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien recueille beaucoup de renseignements de ce genre. Toutefois, ces données sont compilées séparément. La personne responsable de l'eau en détient une partie, la personne responsable du logement en détient une autre, et ainsi de suite. Personne ne peut donc vraiment brosser un tableau complet de la situation dans chacune des communautés.

Le sénateur Watt : À moins d'avoir une idée claire de ce qui se passe dans les communautés touchées, nous n'arriverons pas à éradiquer cette maladie, qui semble progresser. Pour y arriver, nous devons concentrer nos efforts sur les besoins des communautés.

What are we doing here? This is my question. We talk a lot about the disease, but we cannot do anything about the disease unless we have a clean community. That is a big part of it.

At some point, this committee will have to make recommendations to the government. The only thing I can think of is to get the military involved because of the urgency. The virus will spread in those communities. Some of my colleagues have indicated, especially the chair of the committee that it will spread not only within the community itself but it will spread on the outskirts into Aboriginal communities and non-Aboriginal communities.

Dr. Barker: We will all be competing for very few ventilators.

Senator Watt: Exactly.

We talk about people on-reserve. What about the people off-reserve? Some communities are even worse off than the reserves. We need to have that report. Maybe it already exists. With all of this information, this committee must make a decision or a recommendation. We cannot handle it ourselves anymore. It is too big. It will get bigger and bigger.

Senator Hubley: A small paragraph in Annex B refers to ethics. It states, "There are a variety of ethical principles that guide decision making during any emergency, including an influenza pandemic."

Does having that paragraph give some protection to our First Nations' communities? Does it bring their conditions to the forefront if we have a plan indicating that we must treat those communities hardest hit during a pandemic? What is your opinion on the ethical principles involved?

Dr. Barker: We felt it was important to include something in the area of ethics. We went across the country speaking to First Nations' communities about pandemic preparedness and use of antivirals.

For example, if elders in the community were not on the Public Health Agency of Canada's list of priority groups in the discussion around decision making, what flexibility might exist within a community who value their elders tremendously to make that decision for themselves? Another issue was around the use of traditional medicine — that its use be respected and ethics around the respect of permitting the use of traditional medicines.

Different ethical issues come out of pandemic planning. We wanted to ensure it was included.

Senator Carstairs: My question has to do with vaccines. There has been some talk that first availability of vaccines would be to Aboriginal communities. Is there such a commitment?

Que faisons-nous au juste? C'est ce que je voudrais savoir. Nous parlons beaucoup de la maladie, mais nous ne pourrons rien contre elle si nous ne voyons pas à l'hygiène des communautés. C'est un élément important de l'équation.

Notre comité devra tôt ou tard formuler des recommandations au gouvernement. La seule solution que je peux voir en ce moment, c'est de recourir à nos forces militaires, vu l'urgence de la situation. Le virus va se répandre dans ces communautés. Certains de mes collègues, notamment le président du comité, ont déjà mentionné que le virus ne se répandra pas seulement au sein des communautés touchées, mais aussi dans les communautés autochtones et non autochtones en périphérie.

Dre Barker : Nous allons nous arracher le peu de ressources dont on dispose.

Le sénateur Watt : Exactement.

Nous avons parlé des personnes qui vivent dans les réserves. Qu'en est-il de celles qui vivent à l'extérieur des réserves? Dans certaines communautés, la situation est encore pire que dans les réserves. Nous avons besoin d'un rapport de ce genre. Peut-être en existe-t-il déjà un. Le comité doit s'appuyer sur toute cette information pour prendre une décision ou formuler une recommandation. Nous ne pouvons plus espérer régler le problème par nous-mêmes, car il est devenu trop important, et il n'a pas fini de prendre de l'ampleur.

Le sénateur Hubley : Un court paragraphe de l'Annexe B parle de l'éthique. Il se lit comme suit : « Il y a toute une série de principes éthiques qui guident les décisions prises au cours d'une urgence, y compris les pandémies d'influenza. »

Est-ce que l'inclusion de ce paragraphe vise d'une certaine façon à protéger nos communautés des Premières nations? Est-ce que cela nous permet de mettre leurs conditions à l'avant-plan si nous avons un plan qui préconise le traitement des communautés les plus durement touchées en cas de pandémie? Que pensez-vous des principes éthiques en cause?

Dre Barker : Nous avons cru qu'il était important d'aborder la question de l'éthique. Nous avons parcouru le pays pour discuter des plans de préparation en cas de pandémie et de l'utilisation d'antiviraux avec les communautés des Premières nations.

Par exemple, si les aînés d'une communauté ne figuraient pas sur la liste de priorité de l'Agence de la santé publique du Canada, de quelle latitude bénéficierait une communauté qui voue une grande admiration à ses aînés pour prendre elle-même la décision de les faire traiter? Il a aussi été question de l'utilisation de la médecine traditionnelle. On veut que soit respectée l'utilisation de la médecine traditionnelle et qu'on applique des principes éthiques pour respecter l'utilisation des méthodes de guérison traditionnelles.

Diverses questions d'ordre éthique ressortent du plan de lutte contre la pandémie. Nous voulions nous assurer d'en tenir compte.

Le sénateur Carstairs : Ma question porte sur les vaccins. On dit que les communautés autochtones seraient les premières à les recevoir. A-t-on pris un tel engagement?

Dr. Barker: This is not a commitment yet; it is a draft in progress. It is important to remember that even once it is written down that Aboriginal people will be getting vaccines first, I would be delighted to see the logistics involved in that.

We saw the delays in getting essential supplies to one community. What will happen when we are trying to get vaccines to 633 communities? The support and logistics will be as important as any commitment to vaccination of a priority population.

Senator Lang: I want to follow up on Senator Watt's observation about the inventory in these communities. I am not familiar with Northern Manitoba. I have not been there. Have you been to all of the communities in Northern Manitoba?

Dr. Barker: I have not been to all of the communities, but I have been to several of them.

Senator Lang: It troubles me with the broad statements made that there are many schools without running water. I would like verification of that statement. In deference to us, it sounds as though there is not a water truck or well or any infrastructure in all of Northern Manitoba. Frankly, I do not believe that statement. It is important that we find out how many communities do not have trucked water, piped water or well water.

Dr. Barker: I certainly did not mean to suggest that none of the schools have water; however, some of the schools I have visited do not.

Senator Lang: I think the committee should have that information.

The Chair: We will try to get that information.

Senator Dyck: Which communities are most vulnerable? You said you needed to identify at-risk communities. That type of information is critical. It could be that the affected communities are the most overcrowded communities without clean drinking water. We must have that information; it is critical to the control of the disease.

We need to know the magnitude of the problems across the country with respect to clean drinking water and overcrowding.

Dr. Barker: Senator, to build on what you are saying, we also have to recognize that this is a new virus. We are still learning who is at risk and what characteristics put an individual or a community at increased risk.

It has been a difficult situation for health care professionals to make difficult decisions in the absence of valid information. Hopefully, with more data and more evaluation over the summer, we will be better able to describe those at-risk populations.

Dre Barker : Ce n'est pas encore un engagement; c'est en cours d'élaboration. Et même une fois qu'il sera écrit noir sur blanc que les peuples autochtones recevront les vaccins en premier, je serai curieuse de voir les aspects logistiques de cette décision.

S'il y a eu des retards dans l'envoi de fournitures essentielles pour une seule communauté, qu'arrivera-t-il quand nous voudrons envoyer des vaccins à 633 communautés? Le soutien et la logistique seront tout aussi importants que dans le cas d'un engagement à vacciner une population considérée comme prioritaire.

Le sénateur Lang : J'aimerais revenir sur l'observation du sénateur Watt à propos d'un inventaire dans les communautés. Je ne connais pas la région du Nord du Manitoba, car je n'y suis jamais allé. Vous êtes-vous rendue dans toutes les communautés de cette région?

Dre Barker : Non, mais j'en ai visité plusieurs.

Le sénateur Lang : L'affirmation répandue selon laquelle il y a beaucoup d'écoles sans eau courante m'inquiète. J'aimerais que l'on vérifie cette affirmation. C'est comme s'il n'y avait ni citerne, ni puits, ni aucune infrastructure dans tout le Nord du Manitoba. Bien franchement, je doute que ce soit vrai. Il est important que nous sachions combien de communautés n'ont pas accès à l'eau transportée par camion-citerne, à l'eau sous conduite ou à l'eau de puits.

Dre Barker : Loin de moi l'idée de laisser entendre qu'aucune école n'a d'eau courante; toutefois, certaines écoles que j'ai visitées n'en ont pas.

Le sénateur Lang : Je pense que le comité devrait avoir cette information.

Le président : Nous allons essayer de l'obtenir.

Le sénateur Dyck : Quelles sont les communautés les plus vulnérables? Vous avez affirmé devoir déterminer les communautés à risque. Cette information est essentielle. Les plus touchées sont peut-être les communautés les plus surpeuplées et celles qui n'ont pas accès à l'eau potable. Il est essentiel que nous obtenions cette information afin de lutter contre le virus.

Il nous faut connaître l'ampleur des problèmes dans l'ensemble du pays en ce qui concerne l'eau potable et la surpopulation.

Dre Barker : Je me permets d'ajouter qu'il nous faut comprendre qu'il s'agit d'un nouveau virus. Nous tentons toujours de déterminer qui sont les personnes à risque et ce qui fait qu'une personne ou une communauté court un risque accru.

C'est très difficile pour les professionnels de la santé de prendre des décisions délicates sans information valable. Nous espérons que grâce aux données supplémentaires et aux résultats des évaluations que nous obtiendrons au cours de l'été, nous serons mieux en mesure d'identifier les populations à risque.

The Chair: Dr. Barker, the chickens are coming home to roost and the lights are going on. This is about all Canadians. It is not a partisan issue. Government after government — provincial and federal — have watched this situation deteriorate. It also includes Aboriginal politics.

Unless we do something different, we will continue to have the same results. We have to do something on First Nations reserves and off-reserve. If we do not, we will have more of these situations. You can blame everyone, but you should not point any fingers. We have created a horror story for First Nations people for the last hundred or more years.

It is time for the AFN and every group — governments, oppositions, whoever — to start working together and to make a difference in the quality of life for our First Nations people. Otherwise, it will victimize all of us.

I want to thank you for being here this morning and for being straightforward and candid. As you point out, we are the healthy and the wealthy. It is up to us to do something.

We now have with us representatives from the federal government to discuss the situation regarding the spread of H1N1 on the reserves in First Nations communities. Ms. Anne-Marie Robinson is the Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch. I would presume you have a presentation to make to the committee, Ms. Robinson.

Anne-Marie Robinson, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: Good morning, honourable chair and senators. I would like to take the opportunity to introduce my colleagues. Dr. Danielle Grondin is the Acting Assistant Deputy Minister, Infectious Disease and Emergency Preparedness Branch. She is here on behalf of the Public Health Agency of Canada. As well, Shelagh Jane Woods is the Director General, Primary Health and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch; and Michelle Kovacevic is the Director General, Strategic Policy, First Nations and Inuit Health Branch. The latter two individuals are from the First Nations and Inuit Health Branch at Health Canada.

I will be providing you with an outline of roles and responsibilities of Health Canada in supporting influenza pandemic preparedness and response in on-reserve First Nations communities.

[*Translation*]

As you are aware, the Public Health Agency of Canada is the overall federal lead for public health emergency preparedness and response, including influenza pandemic planning.

[*English*]

Health Canada, through the Public Health Agency of Canada and the First Nations and Inuit Health Care Branch, which I oversee, along with the regions and program branch, are

Le président : Docteure Barker, nous récoltons ce que nous avons semé et il y a lieu de s'alarmer. Cela concerne tous les Canadiens; ce n'est pas une question partisane. Tous les gouvernements provinciaux et fédéraux qui se sont succédé ont laissé la situation se détériorer et il en a été de même pour les politiques visant les Autochtones.

Si nous n'agissons pas différemment, rien ne changera. Il nous faut intervenir dans les réserves et à l'extérieur des réserves des Premières nations, à défaut de quoi la crise va s'aggraver. On peut blâmer tout le monde, mais on ne doit pointer personne du doigt. Depuis plus de 100 ans, nous plaçons les Premières nations dans une horrible situation.

Il est temps que l'APN et tous les groupes — les gouvernements, les partis de l'opposition ou qui que ce soit d'autre — unissent leurs efforts pour améliorer la qualité de vie de nos Premières nations. Autrement, nous serons tous des victimes.

Je tiens à vous remercier de votre présence ce matin et de votre témoignage franc et direct. Comme vous l'avez souligné, nous sommes riches et bien portants. C'est à nous d'intervenir.

Nous accueillons maintenant des représentants du gouvernement fédéral afin de discuter de la situation relative à la propagation du virus H1N1 dans les réserves des communautés des Premières nations. Mme Anne-Marie Robinson est sous-ministre adjointe à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Je présume que vous allez faire une déclaration d'ouverture, madame Robinson.

Anne-Marie Robinson, sous-ministre adjointe, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : Bonjour, monsieur le président, mesdames et messieurs les sénateurs. J'aimerais profiter de l'occasion pour vous présenter mes collègues : Dre Danielle Grondin, sous-ministre adjointe intérimaire, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada, ainsi que Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, et Michelle Kovacevic, directrice générale, Direction des politiques, de la planification et de l'analyse stratégique, toutes deux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Je vais vous donner un aperçu des rôles et des responsabilités que doit assumer Santé Canada pour appuyer la préparation en vue d'une pandémie d'influenza et les interventions dans les réserves des Premières nations.

[*Français*]

Comme vous le savez, l'Agence de la santé publique du Canada est le principal chef de file du gouvernement fédéral en ce qui concerne la préparation et les interventions en cas d'urgence en santé publique, y compris le plan de lutte contre la pandémie d'influenza.

[*Traduction*]

Santé Canada, par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, que je dirige, et de la Direction générale des régions et des programmes, doit veiller à ce

responsible for ensuring that the special concerns and needs of on-reserve First Nations are considered in planning and response activities of provinces and territories. To ensure a comprehensive and coordinated response to public health emergencies, such as an influenza pandemic, Health Canada works closely with the Public Health Agency of Canada, other federal departments, provinces and national and regional First Nations organizations.

[*Translation*]

Health Canada promotes the delivery of primary care services in approximately 200 remote and isolated on-reserve First Nations communities, where provincial services are not readily available.

[*English*]

Through these services, Health Canada manages the response to health emergencies in communities following provincial guidelines.

Health Canada's planning and response to influenza is guided by the Canadian Pandemic Influenza Plan for the Health Sector and, in particular, Annex B for on-reserve First Nations communities. As part of our plan, we provide technical expertise and financial support to help on-reserve First Nations communities develop, test and revise community level influenza pandemic plans.

We have also positioned a stockpile of personal protective equipment, such as masks, in many locations, including remote and isolated communities; and we are in the process of procuring additional supplies to meet longer-term needs of health care workers providing health care services on-reserve. We are also collaborating with provinces to distribute and administer antiviral drugs and vaccines, once available, and many other types of supplies, as we have done over the past few weeks to First Nations communities in the North.

Finally, with the Public Health Agency of Canada, we have established a proactive communications plan, including a campaign to raise awareness and increase personal protection against the virus. This campaign includes public health notices sent to First Nation communities in print media reaching First Nations audiences, and to over 1,400 Aboriginal health organizations.

Nevertheless, despite our best plans, there are some key risks and challenges when First Nation communities are faced with a public health emergency. There are multiple jurisdictions and parties involved. This requires timely coordination, which has been done effectively in response to outbreaks in these communities.

que les provinces et les territoires tiennent compte, dans leurs activités de planification et d'intervention, des préoccupations et des besoins spéciaux des membres des Premières nations vivant dans les réserves. Pour assurer une intervention globale et coordonnée en cas d'urgence en santé publique, par exemple une pandémie d'influenza, Santé Canada travaille en étroite collaboration avec l'Agence de la santé publique, d'autres ministères fédéraux, les provinces ainsi que les organisations autochtones nationales et régionales.

[*Français*]

Santé Canada appuie la prestation de services de soins primaires dans la réserve d'environ 200 communautés éloignées et isolées des Premières nations, là où les services provinciaux ne sont pas facilement accessibles.

[*Traduction*]

Par le biais de ces services, Santé Canada gère les interventions lorsque des urgences touchant la santé surviennent dans les communautés et ce, conformément aux lignes directrices provinciales.

Le plan et les interventions de Santé Canada en ce qui concerne l'influenza ont été élaborés à partir du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé et en particulier de l'Annexe B, qui concerne les communautés des Premières nations vivant dans les réserves. Conformément à ce plan, nous offrons une expertise technique et un soutien financier aux membres des Premières nations vivant dans les réserves pour les aider à élaborer, à tester et à mettre à jour leur plan communautaire de lutte contre la pandémie d'influenza.

Nous avons également déjà placé à de nombreux endroits, y compris dans les communautés éloignées et isolées, de petites réserves d'équipement de protection individuelle, dont des masques, et nous sommes en train de fournir de l'équipement supplémentaire afin de répondre aux besoins à long terme des travailleurs de la santé qui offrent des soins aux habitants des réserves. De plus, nous travaillons avec les provinces pour être en mesure de distribuer et d'administrer des antiviraux et des vaccins, lorsqu'ils seront disponibles, et de distribuer d'autres types de fournitures, comme nous l'avons fait au cours des dernières semaines pour les communautés des Premières nations dans le Nord.

Enfin, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada, nous avons élaboré un plan de communication proactif, dont une campagne visant à sensibiliser la population et à lui donner les outils nécessaires pour se protéger contre le virus. Cette campagne prévoit notamment la publication d'avis de santé publique dans la presse écrite destinée aux communautés des Premières nations et à plus de 1 400 organismes de santé autochtones.

Néanmoins, malgré tous nos plans, nous devons faire face à d'importants risques et défis lorsqu'une crise sanitaire frappe les communautés des Premières nations. La participation de plusieurs administrations et intervenants est alors nécessaire. Les mesures d'intervention doivent être rapidement coordonnées, ce que nous avons réussi à faire dans le passé lorsque des éclosions sont survenues dans certaines communautés.

The 200 communities in which Health Canada supports the provision of primary care services are remote, isolated and dispersed over a wide geography. This can present a challenge for responding and requires solid planning. We are working with the Public Health Agency of Canada, provinces and territories to develop specific guidelines to address unique challenges as we continue to plan and go forward.

First Nations communities also have higher incidence of respiratory and other chronic diseases. This may make them more vulnerable to complications related to any influenza-like illness, including H1N1.

We also recognize the challenges faced by First Nations communities with respect to overcrowding and safe access to drinking water. In addition to investments in on-reserve housing made in Budget 2009, we continue to coordinate efforts with all levels of government and First Nations leadership to address these challenges.

Finally, any increase in demand on the health care system across the country and on-reserve no doubt stretches everyone's resources. However, to date, we have been able to provide the care needed.

[*Translation*]

I understand that you have a particular interest in the situation in Manitoba. We are concerned with the current situation in some reserves and continue to closely monitor them.

[*English*]

Health Canada has sent, over the past month or so, additional health care professionals, as has the province, to the affected communities in Manitoba to enhance existing primary care services. We have distributed personal protective equipment for front line health care workers in communities and pre-positioned these supplies in other locations in the event of further spread. The Public Health Agency of Canada has also provided ventilators to Manitoba.

Antivirals have been long pre-positioned in some communities in Manitoba to ensure rapid access. Health Canada, in collaboration with its partners, has also distributed hand sanitizers in Manitoba communities, including Garden Hill and door-to-door in St. Theresa Point. We will continue to assess the needs of each community to determine what additional resources are required and to provide ongoing education to residents of First Nations communities on prevention and self-care. Health

Les 200 communautés dans lesquelles Santé Canada offre des services de soins primaires sont éloignées, isolées et disséminées sur un vaste territoire. Cela représente un défi lorsqu'il faut intervenir et nécessite une planification rigoureuse. Nous travaillons avec l'Agence de la santé publique, les provinces et les territoires afin d'élaborer des lignes directrices qui nous permettent de relever des défis uniques tout en continuant d'élaborer des plans et d'aller de l'avant.

Le taux d'incidence des maladies respiratoires et d'autres maladies chroniques est également plus élevé chez les membres des Premières nations, ce qui les rend plus vulnérables aux complications liées au syndrome grippal, y compris à la grippe H1N1.

Nous sommes également conscients des problèmes que représentent la surpopulation et l'accès à l'eau potable pour les communautés des Premières nations. En plus des investissements prévus dans le budget de 2009 pour améliorer les logements dans les réserves, nous continuons de coordonner nos efforts avec ceux des différents ordres de gouvernement et des dirigeants des Premières nations afin de résoudre ces problèmes.

Enfin, toute augmentation de la demande au niveau du système de soins de santé à l'échelle du pays et dans les réserves aura sans doute des conséquences sur les ressources existantes. Toutefois, jusqu'à présent, nous avons été en mesure d'offrir les soins nécessaires.

[*Français*]

Je crois comprendre que la situation au Manitoba vous intéresse particulièrement. Ce qui se passe actuellement dans certaines réserves nous préoccupe et nous continuons de surveiller attentivement la situation.

[*Traduction*]

À l'instar de la province, Santé Canada a envoyé d'autres professionnels de la santé, au cours des dernières semaines, dans les communautés touchées du Manitoba afin d'améliorer les services de soins primaires qui y sont déjà offerts. Nous avons distribué de l'équipement de protection individuelle aux travailleurs de première ligne qui offrent des soins de santé aux membres des communautés et nous en avons placé à d'autres endroits en prévision d'une éventuelle propagation de la maladie. L'Agence de la santé publique a également fourni des ventilateurs au Manitoba.

Des réserves d'antiviraux ont déjà été placées dans certaines communautés du Manitoba pour qu'on y ait rapidement accès. Santé Canada, en collaboration avec ses partenaires, a aussi distribué des désinfectants pour les mains dans plusieurs communautés du Manitoba, y compris les communautés de Garden Hill et les maisons et logements de St. Theresa Point. Nous continuerons d'évaluer les besoins de chaque communauté afin de prévoir les ressources supplémentaires qui seront

Canada and the Public Health Agency of Canada are also doing epidemiological work to better understand the impact of H1N1 on First Nations on-reserve.

As with all severe cases across Canada, information on risk factors is being collected and analyzed, and guidelines have been adapted. We continue to do that on a daily basis. When this evidence becomes available, we will continue to have better ideas about the role that things like chronic disease, pregnancy and age play in terms of the severity of the illness.

In the meantime, we are doing everything possible to ensure that First Nations people have access to quality health care. Responding to the outbreak of H1N1 is our top priority. We will continue to work with the Public Health Agency of Canada, provincial public health officials and First Nations in monitoring the developments and assessing potential impacts to on-reserve First Nations communities to ensure that First Nations receive the care they need when they need it.

The Chair: Ms. Robinson we have heard in the news that the Garden Hill chief had to come off the reserve to pick up supplies for the community. Was there a breakdown and where did it occur? Do you have an explanation as to why supplies were not made available to that area, given the high concentration of population in these particular reserves in Northeast Manitoba?

Ms. Robinson: I can confirm to the committee that we had all the necessary supplies in our nursing stations for the community in terms of hand sanitizers, masks, personal protective equipment and other medications. There was some confusion, and I would concede that we continue to reach out to all chiefs. We need to continue to speak to them about what, from a public health perspective, is important to have in communities. In that case, I believe there was some confusion about whether we needed to have, for example, N95 masks being used by health care professionals and other surgical masks for people in the waiting room, as recommended in the guidelines, versus whether people needed N95 masks in their homes, which, from a public health perspective, has not been recommended. There was some confusion about what kinds of supplies were needed. I met with the chiefs last week and we sorted it out. I believe we increased the understanding.

As well, the chiefs had asked for hand sanitizers, and those items have been delivered. We had some difficulty procuring those items but we got them into the communities. In addition to that, we are working with communities about other effective ways to deal with the issue. As we heard in the previous testimony, water is a key concern in some of these communities. Some households, not all, have challenges accessing water. We work with

nécessaires et d'offrir aux résidants des communautés des Premières nations de la formation continue sur les pratiques de prévention et les soins autonomes. Santé Canada et l'Agence de la santé publique mènent aussi des travaux d'épidémiologie afin de mieux comprendre l'impact du virus H1N1 sur les réserves des Premières nations.

Comme nous le faisons chaque fois qu'un cas grave se déclare au Canada, nous recueillons et analysons quotidiennement les données sur les facteurs de risque et nous adaptons des lignes directrices. Lorsque ces données nous auront permis d'accumuler des preuves, nous devrions avoir une meilleure idée du rôle que jouent les facteurs tels que le mode de vie, la grossesse et l'âge dans la gravité des cas recensés.

Entre-temps, nous déployons tous les efforts possibles pour que les membres des Premières nations aient accès à des soins de santé de qualité. La lutte contre l'éclosion d'infections au virus H1N1 est notre priorité. Nous continuerons de travailler en étroite collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada, les responsables provinciaux de la santé publique et les Premières nations afin de suivre l'évolution de la situation et d'évaluer les conséquences qu'elle pourrait avoir sur les réserves des Premières nations pour faire en sorte que leurs habitants reçoivent les soins dont ils ont besoin, au moment voulu.

Le président : Madame Robinson, nous avons appris aux nouvelles que le chef de la bande de Garden Hill avait dû se rendre à l'extérieur de la réserve pour obtenir des fournitures pour sa communauté. Y a-t-il eu une interruption des services? Où s'est-elle produite? Pouvez-vous nous expliquer pourquoi les fournitures n'ont pas été distribuées dans cette région, étant donné la forte concentration démographique dans ces réserves du nord-est du Manitoba?

Mme Robinson : Je peux confirmer au comité que nous avions toutes les fournitures qu'il nous fallait pour la communauté dans nos postes de soins infirmiers, à savoir des désinfectants pour les mains, des masques, de l'équipement de protection individuelle et d'autres médicaments. Il y a eu une certaine confusion, je le reconnais, mais nous tendons la main à tous les chefs. Il nous faut continuer à discuter avec eux de ce qui est important dans les communautés sur le plan de la santé publique. Je crois que nous ne savions pas trop si, par exemple, les professionnels de la santé devaient utiliser des masques N95, et les gens dans la salle d'attente, d'autres masques chirurgicaux, comme les lignes directrices le recommandaient, ou si les gens avaient besoin de masques N95 chez eux, ce que les lignes directrices de santé publique ne recommandaient pas. On ne savait pas trop quel équipement était requis. J'ai rencontré les chefs la semaine dernière, et nous avons tiré les choses au clair. Je crois que cela a amélioré la compréhension.

De plus, les chefs ont demandé des désinfectants pour les mains, qui leur ont été envoyés. Nous avons eu de la difficulté à nous en procurer, mais nous en avons distribué dans les communautés. En outre, nous collaborons avec les communautés pour trouver d'autres moyens efficaces d'améliorer la situation. Comme nous l'a dit le témoin précédent, l'approvisionnement en eau constitue une préoccupation majeure dans certaines de ces communautés.

communities to ensure that their water supply is functioning. We do that through our partnership with the Department of Indian and Northern Affairs.

Senator Carstairs: We know that the chief from Garden Hill went into Winnipeg on June 12 to pick up supplies. He informed me that the nursing station did not receive an adequate supply until June 15, which was three days after he brought supplies into the community. Given that the first case was diagnosed on June 3, why were supplies not brought up to speed immediately? Why was there not a physician on site until after June 11?

Ms. Robinson: I can confirm that we have had supplies in nursing stations throughout Northern Manitoba in response to preparations for the pandemic. There is generally a shortage of physicians who are able to go to the North, but we have been able to put physicians in the communities to see patients as required. The Province of Manitoba provides physicians and, through our coordination with the province, we prioritize where the physicians go based on the severity of the outbreak.

We did not always have 24-7 coverage of physicians in Garden Hill, but we significantly improved the coverage. During times when a physician is not available, other safeguards are put in place. For example, we use Telehealth so that a nurse can access a physician for a patient as required. Of course, we also have access to medevac services and LifeFlight, which is an air ambulance for Manitoba Health. LifeFlight can medevac critical patients in remote communities to larger hospital facilities.

Senator Carstairs: That is interesting because I am told that the average amount of time to medevac someone out of the community is between 10 hours and 15 hours, and at times it has taken 24 hours. I understand that the medevac service has been turned over to the province of Manitoba without any consultation with First Nations. Why are they flying out of Brandon as opposed to flying out of Winnipeg, which is faster?

Ms. Robinson: We do not operate a medevac service in First Nations and Inuit Health. I am new in my position but it is my understanding that we never operated medevac as they are provincially operated.

I heard the concerns from chiefs about the length of time for medevac services, so I inquired with the province. Even though it is a provincially-run service, we would be concerned about that because we have to ensure that people diagnosed in communities receive timely access. The province shared a report with us. In that report, I saw that in a one-week period at the height of the flu, the medevac response in the St. Theresa Point-Garden Hill

Certains ménages ont de la difficulté à s'approvisionner en eau. Par le truchement de notre partenariat avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, nous travaillons avec les communautés pour faciliter l'approvisionnement en eau.

Le sénateur Carstairs : Nous savons que le chef de Garden Hill s'est rendu à Winnipeg, le 12 juin, pour aller y acheter des approvisionnements. Selon lui, l'infirmerie n'a reçu des stocks suffisants que le 15 juin, soit trois jours après qu'il soit allé en chercher à Winnipeg. Étant donné que le premier cas a été diagnostiqué le 3 juin, j'aimerais savoir pourquoi il a fallu tant de temps pour en envoyer là-bas. Pourquoi n'a-t-on pas dépêché de médecin sur place avant le 11 juin?

Mme Robinson : Je peux vous confirmer que nos infirmeries du Nord du Manitoba avaient les fournitures requises pour faire face à la pandémie. Ce qui manque habituellement, ce sont des médecins capables de se rendre dans le Nord, mais nous avons réussi à en envoyer dans les collectivités pour examiner les malades, s'il le fallait. C'est la province qui fournit les médecins et, grâce à notre travail de coordination avec le gouvernement du Manitoba, nous priorisons les collectivités où il faut dépêcher des médecins en fonction de la gravité de l'éclosion.

Un médecin n'était peut-être pas sur place 24 heures par jour, sept jours par semaine, mais nous avons considérablement amélioré les services médicaux offerts. Lorsqu'un médecin n'est pas disponible, nous avons recours à d'autres mesures, notamment à Télésanté, de sorte qu'au besoin, l'infirmière peut consulter un médecin à distance. Naturellement, nous avons accès également à un service d'évacuation sanitaire et à LifeFlight, un service aérien d'ambulance offert par le ministère de la Santé du Manitoba. LifeFlight permet de transporter par avion jusqu'aux grands hôpitaux les membres gravement malades de collectivités éloignées.

Le sénateur Carstairs : Voilà qui est intéressant parce qu'on me dit qu'il faut en moyenne entre 10 et 15 heures pour évacuer par avion un malade de la collectivité et qu'il faut même parfois compter jusqu'à 24 heures. Je crois savoir que la responsabilité du service aérien d'ambulance a été transférée au gouvernement du Manitoba sans même consulter les Premières nations. Pourquoi les avions partent-ils de Brandon plutôt que de Winnipeg, ce qui serait plus rapide?

Mme Robinson : La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits n'a pas de service aérien d'ambulance. Je n'occupe pas mon poste actuel depuis longtemps, mais je crois savoir que nous n'avons jamais exploité un pareil service, qui est plutôt assuré par la province.

J'ai entendu les chefs exprimer des préoccupations au sujet du temps qu'il faut pour évacuer par avion des malades, de sorte que je me suis renseignée auprès du gouvernement provincial. Bien que le service relève de lui, de pareils délais nous inquiéteraient parce que nous sommes tenus de faire en sorte que les personnes diagnostiquées au sein de la collectivité voient un médecin en temps opportun. Le gouvernement provincial a mis à ma

area ranged from less than one hour to a maximum of eight hours. The average time was in the range of three to four hours.

With all due respect I was looking at the time it took from the call made by the nursing situation to medevac to the time that it arrived. Perhaps someone else looked at another time period. I am just reporting what I found. I was happy to learn from the province that in critical cases, they have the alternative LifeFlight available to fly people out of the community if they are not in stable condition.

Senator Carstairs: We know that 31 ICU beds in Winnipeg were occupied by H1N1 patients, two thirds of whom were Aboriginals on ventilators. What has been the impact on the usual hospital population as a result of this additional number? It would be rare to have 20 Aboriginal patients in ICU units in Winnipeg. What has the impact been on health services for all other Manitobans as a result? For the committee's information, 65 per cent of all Manitobans live in the city of Winnipeg, where most of the ICU beds are located.

What other alternatives are being considered? I know that First Nations requested a field hospital, which, apparently, was denied. How are we dealing with this emergency in order to find the appropriate level of care?

Ms. Robinson: Senator, the Province of Manitoba would have to answer most of your question. However, we have daily communication with the Province of Manitoba, and I know they went to great effort to extend the capacity of the hospitals in Winnipeg and Brandon to ensure that there was sufficient ICU support. The field hospital request was raised by a few chiefs from the Garden Hill-St. Theresa Point area. As well, it was discussed recently with our tripartite chiefs committee in Manitoba. Our concern with the field hospital is that it is primarily designed to deliver primary care and we have been able to provide adequate primary care support to First Nations people through our nursing stations.

When people are ill with this kind of flu, they tend to be either mildly ill or moderately ill and they are able to stay at home. Alternatively, they might be very, very ill and, in our view, a field hospital would not provide adequate care for them. The priority must remain on getting very ill people flown to the best hospitals in the country. Through the Canadian Pandemic Influenza Plan, if space is not available in local provincial hospitals, the plan is

disposition un rapport dans lequel on évaluait que, durant une semaine au plus fort de l'éclosion de grippe, le service aérien d'ambulance pour le secteur St. Theresa Point-Garden Hill répondait en moins d'une heure, mais qu'il pouvait prendre jusqu'à huit heures. Par conséquent, le temps moyen était de trois à quatre heures.

Sauf votre respect, je me suis arrêtée au temps qui s'écoulait entre l'appel de l'infirmière pour faire évacuer un malade par avion jusqu'au moment où l'avion se posait au sol. Peut-être a-t-on examiné une autre période. Je ne fais que vous rapporter ce que j'ai lu. Je me suis réjouie d'apprendre des autorités provinciales que, dans les cas critiques, elles peuvent faire appel à un autre service LifeFlight pour évacuer des membres de la collectivité dont l'état n'est pas stable.

Le sénateur Carstairs : Nous savons que 31 lits de soins intensifs de Winnipeg étaient occupés par des personnes atteintes de la grippe H1N1, dont les deux tiers étaient des Autochtones branchés à un ventilateur. Quel a été l'impact sur la clientèle habituelle des hôpitaux de ce nombre additionnel de malades? Il arrive rarement que 20 patients autochtones se retrouvent aux soins intensifs à Winnipeg en même temps. Quel en a été l'impact sur les services de santé offerts aux autres Manitobains? Je précise, pour la gouverne du comité, que 65 p. 100 de tous les Manitobains vivent à Winnipeg, où sont situés la plupart des lits de soins intensifs.

Quelles autres solutions envisage-t-on? Je sais que les Premières nations ont demandé l'installation d'un hôpital de campagne, demande qui aurait été rejetée. Comment fait-on face à cette situation d'urgence de manière à offrir le niveau approprié de soins?

Mme Robinson : Madame le sénateur, il faudrait le demander aux autorités provinciales du Manitoba, car ce sont elles qui ont la réponse à la plus grande partie de votre question. Toutefois, nous communiquons quotidiennement avec elles, et je sais qu'elles ont déployé d'immenses efforts en vue d'accroître la capacité des hôpitaux de Winnipeg et de Brandon de manière à ce que les soins intensifs puissent répondre à la demande. Quelques chefs de la région de Garden Hill-St. Theresa Point ont soulevé la question d'un hôpital de campagne. La question a aussi fait l'objet d'une discussion récemment au sein de notre comité tripartite des chefs du Manitoba. La demande d'installation d'un hôpital de campagne nous préoccupait parce que ce genre d'hôpital est essentiellement conçu pour prodiguer des soins primaires, alors que nos infirmeries ont parfaitement réussi à fournir ce genre de soins aux Premières nations.

Quand quelqu'un est atteint de ce genre de grippe, il a tendance à être légèrement ou modérément malade et il peut demeurer chez lui. Par contre, il pourrait être extrêmement malade et, à notre avis, un hôpital de campagne ne pourrait lui prodiguer les soins requis. Il faut que notre priorité demeure le transport des personnes gravement malades par avion jusqu'aux meilleurs hôpitaux du pays. Grâce à notre Plan canadien de lutte contre

designed so there is support all across the country. I have already seen that happen. I have seen people from other jurisdictions come into hospitals in other provinces.

Senator Lang: I want to follow up on two areas. First of all, on the question of water, once again we are left with the impression that many of these communities have no water, are very poorly serviced by the water they have or whatever. I would ask any one of the witnesses to tell me how many schools in these reserves in Northern Manitoba are without water. I should say I cannot believe that a school could function without water. I would think it would have to be closed down for health reasons.

Ms. Robinson: I do not have the exact answer to the question because I do not know. We work closely with the Department of Indian and Northern Affairs and we do have data on which communities have trouble with water supply in general. In those communities, we are able to work with the community to look at alternatives and, more importantly, ensure what water supply is actually functioning.

If they have cisterns and they need to have water trucked in, then it is critical. It is critical all the time, but it is particularly critical through this outbreak that we ensure water is trucked in.

We have some communities in Ontario, as well, where INAC is working through us and working, of course, with the chief and council. Every community is different, so it is critical that the chief and council play a key role in this planning. In some communities we have taken in bottled water to assist people in terms of personal hygiene with bottled water where other water is not available.

I cannot give you that information today, but I am quite confident that our regional director generals in our communities, who work very closely with INAC, know which communities are vulnerable from a pandemic perspective, not just because of water but because of many other issues.

We have identified those communities and are working with them to figure out what gaps exist and how we can fill those gaps.

Senator Lang: I want to follow up a little further on Senator Stratton's questioning on hygiene. Have you given instructions or worked out agreements with the schools in these communities where there is water — I am assuming there is water — that children wash their hands four times a day so they get in the habit of doing it and may subsequently prevent something from happening?

Ms. Robinson: I cannot confirm that we have given that specific instruction that you have outlined to schools, but we have widely distributed and had meetings with communities and chiefs, providing information about public health. This is to ensure that

la pandémie d'influenza, si des lits ne sont pas disponibles dans les hôpitaux de la province où habitent les malades, on peut faire appel aux autres hôpitaux du Canada. J'ai eu connaissance d'un cas de ce genre. Des personnes ont été hospitalisées dans d'autres provinces.

Le sénateur Lang : J'aimerais continuer de creuser deux questions. Tout d'abord, en ce qui concerne l'eau, à nouveau, on nous donne l'impression que beaucoup de ces localités n'ont pas d'eau ou ont une piètre alimentation en eau. J'aimerais que les témoins me disent combien d'écoles situées dans les réserves du Nord du Manitoba n'ont pas d'eau. Soit dit en passant, je n'arrive pas à croire qu'une école peut fonctionner sans eau. Selon moi, il faudrait la fermer pour des raisons sanitaires.

Mme Robinson : Je ne puis vous fournir le nombre exact, car je l'ignore. Nous travaillons en étroite collaboration avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et nous disposons des données sur les localités où l'alimentation en eau est en règle générale problématique. Nous travaillons alors de concert avec les autorités locales pour trouver des solutions de rechange et, fait plus important encore, faire en sorte qu'elles sont vraiment alimentées en eau.

Si elles ont des citernes et qu'elles ont besoin de faire venir de l'eau par camion, alors c'est un service essentiel. L'alimentation en eau est bien sûr toujours essentielle, mais elle l'est particulièrement durant l'éclosion actuelle. Il faut voir à ce que de l'eau y soit transportée par camion.

Il existe également en Ontario des collectivités aux prises avec le même problème, et le MAINC tente de le résorber par notre intermédiaire et en collaborant, naturellement, avec le chef et le conseil. Chaque localité est différente, de sorte qu'il est absolument essentiel que les chefs et les conseils tiennent un rôle clef dans la planification. Dans certaines collectivités, nous avons livré de l'eau embouteillée pour aider la population à voir à son hygiène personnelle quand il n'existe pas d'autres sources d'eau.

Je ne puis vous fournir ces renseignements aujourd'hui, mais je suis convaincue que nos directeurs généraux régionaux, qui travaillent de très près avec le MAINC, savent quelles collectivités sont vulnérables, sur le plan d'une pandémie, non pas en raison uniquement de l'eau, mais de nombreux autres problèmes.

Nous avons repéré ces collectivités et travaillons en tandem avec elles à cerner les lacunes et à y trouver des solutions.

Le sénateur Lang : J'aimerais que nous revenions aux questions posées par le sénateur Stratton sur l'hygiène. Avez-vous donné des consignes aux écoles des collectivités alimentées en eau ou conclu des ententes avec elles — je suppose qu'elles ont de l'eau — pour que les enfants puissent se laver les mains quatre fois par jour de manière à en prendre l'habitude et ainsi peut-être prévenir d'autres éclosions?

Mme Robinson : Je ne puis confirmer que nous avons donné des consignes aussi précises aux écoles, mais nous avons distribué à grande échelle de l'information sur les mesures de santé publique et nous avons rencontré les collectivités et les chefs.

in addition to schools, public gatherings, festivals, social gatherings, at home, band council meetings, and every kind of event, people continue to use good hygiene.

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: One of the key responsibilities of our nurses in the nursing stations is to continue to spread public health messages. For this, we rely on the messages put out by each individual province. Our nursing stations operate as though they were under the jurisdiction of a province. They take all of the public information a province provides to all of its citizens and ensure the appropriate people in the communities have access to that information.

As Ms. Robinson said, we communicate with the Deputy Minister of Health in Manitoba and her staff each day. We are relentlessly reinforcing those messages and ensuring that communication is going forward to the communities.

As I say, the nurses take responsibility, but they then work with all of the allied health workers in the community to ensure that message is going out. Therefore, the home-care nurses get it, the janitors in the schools get it, the leaders in the school get it; everyone is getting those public health messages.

Senator Lang: This is just an observation, but it seems to me that the principals of each school should be giving these instructions to the students. It is not enough to send this message electronically or through the media. The message should come first hand from the principal of the school.

We have 200 remote communities, and I assume that in most cases, the only access is by plane. Have you considered quarantining those communities that have not had any flu symptoms for a period of time, or at least in part, so these communities can stay healthy without people coming in or out until this thing is sorted out?

Dr. Danielle Grondin, Acting Assistant Deputy Minister, Infectious Disease and Emergency Preparedness Branch, Public Health Agency of Canada: It has been very much entrenched in the communities. On the question of quarantine, based on the evidence, there is no benefit to apply quarantine when dealing with respiratory viruses. We are in discussions with provinces, territories, as well as with our partners to review the whole question of "borders." At this point, quarantine and restricting travel are not necessarily the most effective measures.

In short, at this stage, no, there is no quarantine question. Quarantine issues are part of public health measures. It is one of the six key elements of the Canadian Pandemic Influenza Plan. That is one of the key guides we use for public health measures. Although we say that we are not quarantining those communities, quarantine is looked at in terms of whether it will be effective or not.

Nous tentons par ce moyen de faire en sorte qu'en plus de prendre des précautions à l'école, lors d'assemblées publiques, de festivals, de réunions sociales, à la maison, lors des réunions du conseil de bande et de tout autre événement, les gens continuent d'avoir une bonne hygiène.

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : Une des principales responsabilités du personnel qui travaille dans nos infirmeries est de continuer de faire passer les messages de santé publique. À cette fin, nous nous en remettons aux messages véhiculés par chaque province. Nos infirmeries fonctionnent comme si elles relevaient d'une province. Elles véhiculent toute l'information publique fournie par la province à tous ses citoyens et voient à ce que les personnes compétentes au sein de chaque localité ont accès à cette information.

Comme l'a déclaré Mme Robinson, nous communiquons avec le sous-ministre de la Santé du Manitoba et son personnel tous les jours. Nous renforçons les messages sans relâche et veillons à ce que la communication se fasse au sein des collectivités.

Comme je l'ai dit, les infirmières en assument la responsabilité, mais elles travaillent avec tous leurs alliés du milieu de la santé au sein de la collectivité pour s'assurer que le message parvient à tous. Donc, les messages sont envoyés aux infirmières qui assurent les soins à domicile, aux concierges des écoles, aux directeurs d'école et ainsi de suite. Tout le monde en est informé.

Le sénateur Lang : Ce n'est qu'une observation, mais il me semble que le directeur de chaque école devrait transmettre lui-même ces consignes aux élèves. Il ne suffit pas d'envoyer des messages électroniques ou de les faire publier dans les médias. Le message devrait être transmis directement par le directeur de l'école.

Il y a 200 collectivités isolées, et je suppose que la plupart du temps, le seul moyen de s'y rendre est par avion. Avez-vous envisagé l'idée de placer ces collectivités en quarantaine s'il n'y a pas eu de manifestation de symptômes de la grippe pendant un certain temps ou du moins en partie, de manière à préserver la santé de leurs membres jusqu'à ce que se résorbe la crise?

Dre Danielle Grondin, sous-ministre adjointe par intérim, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Agence de la santé publique du Canada : Le phénomène est bien enraciné dans les collectivités. Pour ce qui est de la quarantaine, les faits révèlent qu'elle ne serait pas avantageuse dans le cas de virus respiratoires. Nous sommes en pourparlers actuellement avec les provinces, les territoires et nos partenaires afin de revoir toute la question des « frontières ». À ce stade-ci, la quarantaine et la limitation des déplacements ne sont pas forcément les mesures les plus efficaces.

En bref, actuellement, non, nous n'envisageons pas de mise en quarantaine. La quarantaine fait partie des mesures de santé publique. Elle représente un des six principaux éléments du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza, un des principaux guides que nous utilisons pour décider des mesures de santé publique. Bien que nous affirmions que nous ne plaçons pas ces collectivités en quarantaine, nous en étudions la possibilité pour voir si elle serait efficace.

At this stage, quarantine will likely have no benefit at all. It is more important to go with other measures as explained by Ms. Robinson, and what is being done as well in ensuring people know what to do and practice good hygiene. Particularly people who are ill should stay at home and have access to antiviral medication. That plan has been put in place. Those who are ill are to seek medical care.

Senator Brazeau: Good morning to you all, and thank you for being here.

Earlier there was discussion here about the use of hand sanitizers, and that perhaps one of the reasons they were not distributed was because they were alcohol-based. To your knowledge, have those discussions actually taken place? If you do not know the answer, could you please look into it and get back to the committee?

Ms. Robinson: Yes, I can confirm that those discussions took place, both with chiefs and public health officials. We have had some rare experiences in our communities where we have had theft of hand sanitizers. We are concerned about it. We do have communities where we have large proportions of people who suffer from addiction. We decided on that issue it is best if we work community by community. Everything we do in all 633 communities must be in response to the specific needs of those communities.

We have had a number of people come forward, and some evidence, where this could potentially put people at risk. For the vast majority of people it is not an issue, but that discussion was with the best interests of our clients in mind, and we have now distributed hand sanitizers.

For those communities where we are concerned about having alcohol-based products, we have looked into another product which is not alcohol based. We have some on back order, but unfortunately we have not been able to secure the product in time.

In addition, we think it is most important to ensure a good water supply, not just in those communities, but broadly speaking, so that people also have the option of doing hand cleansing through washing with soap and water.

Senator Brazeau: Were these concerns raised by Health Canada or did leaders in the communities also raise them?

Ms. Robinson: Both have done so over the years.

Senator Brazeau: Today, can you tell this committee if proper basic supplies are in those communities for those who may need to prevent the spread of the disease, or gain treatment, if it is further along?

Ms. Robinson: I can confirm that our communities have adequate supply. Health Canada has a small stockpile of personal protective equipment, such as hand sanitizers and

À ce stade-ci, la quarantaine ne serait probablement pas avantageuse du tout. Il est plus important d'aller de l'avant avec les autres mesures comme l'a expliqué Mme Robinson et avec ce qui est fait pour que les gens sachent quoi faire et pratiquent une bonne hygiène. Les personnes, particulièrement celles qui sont malades, devraient demeurer à la maison et avoir accès à des médicaments antiviraux. Ce plan a été mis en place. Les malades sont avisés de consulter un médecin.

Le sénateur Brazeau : Je vous salue tous et je vous remercie d'être venus.

Il a été question tout à l'heure de désinfectant pour les mains. Une des raisons pour lesquelles il n'a pas été distribué était peut-être attribuable au fait qu'il est à base d'alcool. Que vous sachiez, ces discussions ont-elles réellement eu lieu? Si vous ignorez la réponse, pourriez-vous, je vous prie, aller aux renseignements et nous faire parvenir la réponse?

Mme Robinson : Oui. Je peux confirmer que ces discussions ont eu lieu, tant avec les chefs qu'auprès des dirigeants de la santé publique. Il est arrivé, mais rarement, qu'au sein de nos collectivités, certains de ces produits soient volés. Le problème nous préoccupe. Il est vrai que le taux d'alcoolisme est très élevé dans certaines collectivités. C'est pourquoi nous avons décidé, sur ce point, qu'il valait mieux travailler au cas par cas, de sorte que toutes les mesures que nous prenons au sein des 633 collectivités sont adaptées à leurs besoins particuliers.

Plusieurs personnes nous ont dit qu'une pareille distribution pourrait compromettre la santé de certains, et les faits semblent leur donner raison. Le problème ne se pose pas pour la grande majorité, mais lors de cette discussion, nous cherchions à agir dans le meilleur intérêt de nos clients et nous avons désormais distribué les désinfectants pour les mains.

Dans les collectivités où la présence de produits à base d'alcool nous préoccupe, nous avons prévu de distribuer un autre produit sans alcool. Nos commandes sont en souffrance, et malheureusement, nous avons été incapables d'obtenir le produit jusqu'ici.

De plus, il importe au plus haut point selon nous de faire en sorte qu'il y ait une bonne alimentation en eau, pas juste au sein de ces collectivités, mais partout, pour que leurs membres puissent se laver les mains à l'eau et au savon.

Le sénateur Brazeau : Santé Canada est-il le seul à avoir de pareilles préoccupations ou les chefs des localités ont-ils eux aussi émis des réserves?

Mme Robinson : On a fait valoir des préoccupations de part et d'autre au fil des ans.

Le sénateur Brazeau : Pouvez-vous dire aujourd'hui à notre comité si les fournitures de base qui conviennent ont été livrées dans ces collectivités à l'intention de ceux qui pourraient avoir besoin d'empêcher la maladie de se propager ou de se soigner, s'ils en sont atteints?

Mme Robinson : Je peux confirmer que les localités qui relèvent de notre responsabilité disposent d'approvisionnements suffisants. Santé Canada a des réserves limitées d'équipement de

other things, in a warehouse in Edmonton. However, the backbone of our pandemic plan is to work through the provinces. Therefore, our surge capacity is the province. If the province has a shortage of supplies, then the surge capacity for the province is the federal government, which has stockpiles.

So far, we have access to surge capacity by design of the province, and I can say that has worked seamlessly. The Province of Manitoba has been incredibly helpful to us in ensuring that, when we need supplies in communities and when we need support in terms of health care professionals, those professionals have been made available to us.

Senator Brazeau: Therefore, the province has confirmed that they have forwarded adequate supplies to those communities to the federal health department, is that correct?

Ms. Robinson: Yes. Generally, we transport them but we access their stockpile. If there is any issue with their stockpile, then the federal stockpile has been designed as a backup to the provincial stockpiles.

Senator Lovelace Nicholas: You mentioned that Health Canada works closely with the Public Health Agency of Canada, other federal departments, provinces and national and regional First Nations organizations.

If you work so closely together, why did it take so long to deal with this crisis in First Nations communities?

Ms. Robinson: Again, in terms of managing the outbreak, Canada was first notified that there was a flu situation in Mexico on either the April 17 or April 21. From the beginning of this outbreak and this new flu, the First Nations and Inuit Health Care Branch was included in the public health network across the country, which is comprised of medical officers of health from all of the provinces, as well as our own medical officers of health and all the experts on the facts. We were included right from the beginning in terms of planning. As a result of that, we were able to ensure that First Nations communities had supplies. We also put out lots of information to communities, as previously mentioned, about hygiene and protecting individuals.

When we saw the first outbreaks in the communities in Manitoba, like everyone else, we were very concerned about the severity of some of the illnesses in some of those communities. The next thing we did, as soon as we saw that was our first pattern of severe illness in the country, I believe — Dr. Grondin can confirm that, but I am looking at First Nations communities — it was critical at that point to ensure we understood, from an epidemiological perspective, why First Nations communities were being impacted that way.

We immediately sent in epidemiologists from the Public Health Agency. For me, that is the most critical question to understand. We can put supplies into communities and we can ensure that

protection individuelle, comme des désinfectants pour les mains, dans un entrepôt d'Edmonton. Cependant, notre plan de lutte à la pandémie s'appuie essentiellement sur le travail en collaboration avec les provinces. Par conséquent, notre capacité de pointe vient de la province. Si celle-ci manque de stocks, c'est le gouvernement fédéral qui prend la relève, car il a lui-même des réserves.

Jusqu'ici, nous avons accès eu à une capacité de pointe en passant par la province, et je peux vous affirmer que tout s'est déroulé sans heurt. Le gouvernement du Manitoba nous a été d'une aide incommensurable. Lorsque nous avons eu besoin d'approvisionnements dans les collectivités et du soutien de professionnels de la santé, il a répondu à l'appel.

Le sénateur Brazeau : Par conséquent, le gouvernement de la province a confirmé au ministère fédéral de la Santé qu'il a envoyé des approvisionnements suffisants dans les collectivités, c'est bien cela?

Mme Robinson : Oui. En règle générale, c'est nous qui assurons le transport des stocks, mais les stocks eux-mêmes sont fournis par la province. Si elle vient à manquer de stocks, les réserves fédérales servent de source d'appoint.

Le sénateur Lovelace Nicholas : Vous avez mentionné que Santé Canada travaille en étroite collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada, d'autres ministères fédéraux, les instances provinciales ainsi qu'avec les organismes autochtones nationaux et régionaux.

Si vous travaillez de si près ensemble, pourquoi a-t-il fallu tant de temps pour voir à la crise au sein des collectivités des Premières nations?

Mme Robinson : À nouveau, pour ce qui est de la gestion de l'éclosion, le Canada a été avisé pour la première fois qu'il y avait une éclosion d'une nouvelle souche problématique au Mexique soit le 17 soit le 21 avril. Dès le début d'éclosion de la nouvelle grippe, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a été incluse dans le réseau de santé publique qui s'étend partout au pays, un réseau composé de médecins hygiénistes de toutes les provinces de même que de nos propres hygiénistes et de tous les experts techniques. Dès le début, nous avons participé à la planification. C'est pourquoi nous avons pu faire en sorte que les collectivités des Premières nations avaient les approvisionnements voulus. Nous leur avons aussi envoyé beaucoup d'information, comme nous l'avons dit tout à l'heure, au sujet de l'hygiène et de la protection de leurs membres.

Quand les premiers cas ont été repérés dans des collectivités du Manitoba, comme tout le monde, la gravité de la maladie chez certains nous préoccupait. Dès lors, dès qu'a été décelée une première tendance de maladie grave au pays, je crois — la Dre Grondin peut vous le confirmer, mais je me limite aux collectivités des Premières nations —, il était crucial pour nous de savoir, d'un point de vue épidémiologique, pourquoi les collectivités des Premières nations étaient ainsi touchées.

Nous y avons immédiatement dépêché des épidémiologistes de l'Agence de la santé publique. Il s'agit là, selon moi, de la réponse la plus critique à obtenir. Nous sommes capables de livrer des

First Nations have access to antivirals. Another crucial question was who should receive first-priority vaccines. The risk factors have to be well understood. Those are the critical questions.

Even with all the supply in the communities, we have still seen a cluster of serious respiratory illness. We need to understand that from an epidemiological perspective. Our primary concern is to ensure we have the most effective response in place so we can identify people who are sick and continue to adapt our strategies vis-à-vis using antivirals and targeting people within populations who are the most vulnerable.

Senator Lovelace Nicholas: I think we know why First Nations are mostly affected. I think most senators here know why. However, I agree with the senator over here that something should be done now in order to end this problem.

Senator Dyck: Thank you for your presentations and welcome. You were saying that the First Nations and Inuit Health Branch is responsible for 20 communities in remote and isolated areas of Canada. How many people does that involve?

Ms. Robinson: We are responsible for 200 isolated communities. The number of people on reserve is in the range of 400,000 to 500,000.

I do not know how many people are in the remote communities. It is approximately one-third of all communities. I would not want to say that it is one-third of that population number.

Ms. Woods: We can certainly get that number for you.

Senator Dyck: I think it would be important to know how many people you are concerned about. If you are trying to stockpile antivirals, thinking about vaccinations or targeting those groups for priority, you should probably know how many people you are dealing with.

That leads me to my next question. Much of what you presented this morning seems to be emphasizing personal protection, such as hand-washing in schools, for example. School is out now so that will not work. It is summer recess.

When do we decide that we have gone past the point of personal protection and we need to take more aggressive action? When do we start giving out those antivirals? When will we start vaccinating and how will we decide who will get priority? Will these remote communities get priority in terms of antiviral protection and vaccinations?

approvisionnements dans les collectivités et nous sommes capables de faire en sorte que les Premières nations ont accès aux antiviraux. Une autre question cruciale à laquelle il fallait répondre, c'était de savoir qui devrait recevoir en toute première priorité les vaccins. Pour cela, il faut bien cerner les facteurs de risque. Ce sont là des questions névralgiques.

En dépit de tous les approvisionnements disponibles dans les collectivités, il y a quand même eu des cas de maladies respiratoires graves. Il faut comprendre le phénomène d'un point de vue épidémiologique. Notre principale préoccupation est de faire en sorte que nous mettons en place l'intervention la plus efficace de manière à pouvoir identifier les personnes malades, d'adapter nos stratégies en ce qui concerne le recours aux antiviraux et de repérer les membres les plus vulnérables de la population.

Le sénateur Lovelace Nicholas : Je crois que nous connaissons la raison pour laquelle les Premières nations sont les plus affectées. La plupart des sénateurs ici le savent. Cependant, je conviens avec le sénateur là-bas qu'il faudrait prendre des mesures dès maintenant pour mettre fin au problème.

Le sénateur Dyck : Je vous remercie de vos exposés et je vous souhaite la bienvenue. Vous disiez que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est responsable d'une vingtaine de collectivités dans des régions isolées et éloignées du Canada. Combien de personnes y dénombre-t-on?

Mme Robinson : Nous sommes en fait responsables de 200 collectivités isolées. Le nombre de personnes vivant dans des réserves oscille aux alentours de 400 000 à 500 000.

J'ignore combien de personnes se trouvent dans les collectivités éloignées. Nous parlons ici d'un tiers de toutes les collectivités, mais je n'irais pas jusqu'à dire que c'est un tiers de cette population.

Mme Wood : Nous pouvons certainement vous obtenir ce nombre.

Le sénateur Dyck : Il serait important de savoir combien de personnes vous préoccupent. Si vous tentez de constituer des stocks d'antiviraux, d'envisager l'administration de vaccins ou de cibler ces groupes comme prioritaires, il faudrait probablement que vous sachiez combien de personnes sont visées.

Voilà qui m'amène à la question suivante. Une grande partie de vos exposés de ce matin semble mettre l'accent sur la protection personnelle, comme se laver les mains dans les écoles. Les classes sont maintenant terminées, de sorte que cette méthode ne sera pas efficace. Les vacances d'été ont commencé.

Quand décidera-t-on que la protection personnelle ne suffit plus et qu'il faut passer à des mesures plus énergiques? Quand commencerons-nous à distribuer les antiviraux? Quand commencerons-nous à vacciner et comment déciderons-nous qui devrait avoir la priorité? Ces collectivités éloignées auront-elles la priorité en ce qui concerne la vaccination et l'administration d'antiviraux?

Ms. Robinson: I apologize for not knowing the answer about the number of people because I agree with you it is critical. However, I can assure you that number is well known by our operation and is included in our planning.

Antivirals are available in all of our communities. The physician makes a decision that the patient requires an antiviral. We have had no issue in terms of having antivirals available in communities. The guidelines are evolving as we understand what the risk factors are in the population.

In terms of vaccination, Dr. Grondin may want to comment. However, my understanding is that a vaccination will not be available until the fall.

The critical question now is based on what we are seeing in terms of how this particular flu is impacting the Aboriginal population. We need to feed that information into the process, which is being done as we speak, to ensure that we appropriately prioritize First Nations access to the vaccination. From what we are seeing on the face of it, there are certainly indications that the impact on First Nations communities is severe, which would mean our planning would account for that.

We do have nurses in all of these communities and our nurses are capable and able to deliver vaccines and to give them to the whole population. We do this on a regular basis for children. We have programs in all of these communities where our public health nurses vaccinate Aboriginal children.

Senator Dyck: I think I heard you say the decision as whether to give the antiviral was up to the individual physician, is that correct.

Ms. Robinson: That is correct. Yes, that is the way the public health guidelines are designed. I will ask Dr. Grondin to comment.

Dr. Grondin: The antiviral is not specific to H1N1 flu viruses. It is a medication prescribed for seasonal influenza. There are two of them, Tamiflu and RELENZA. These are medications you can get under prescription. This practice does not change with the H1N1 outbreak.

To decide to give a prescription medication or not is based on the clinical presentation. This does not change; this is part of sound clinical practice in Canada. The reason to prescribe Tamiflu, mainly, or RELENZA is based on a clinical assessment. However, in the context of H1N1, we have put guidelines for health care practitioners on our website. We have also provided explanations to the general public. Guidelines for the prescription of antivirals do not recommend that they be given as prophylaxis. We must understand that we are in a world pandemic. All Canadians are facing this pandemic.

It is very important to note that we now appear to have antivirals that seem effective against H1N1. The last thing we want from a public health perspective is for the virus to develop

Mme Robinson : Je m'excuse de ne pas avoir la réponse au sujet du nombre de personnes concernées, car je conviens avec vous qu'il est essentiel de le savoir. Cependant, je peux vous assurer que mon organisme connaît ce nombre et l'a inclus dans sa planification.

Des antiviraux sont disponibles dans toutes nos collectivités. C'est le médecin qui prend la décision d'administrer ou non un antiviral à un patient. La présence d'antiviraux dans les collectivités n'a jamais posé de problème. Les lignes directrices évoluent à mesure que nous comprenons mieux les facteurs de risque au sein de la population.

Pour ce qui est de la vaccination, la Dre Grondin aura peut-être des observations à faire. Toutefois, d'après ce que j'en sais, il n'y aura pas de vaccination avant l'automne.

L'essentiel actuellement consiste à observer l'impact sur la population autochtone de cette grippe particulière. Il faut intégrer cette information dans le processus, ce que nous sommes en train de faire, de manière à pouvoir prioriser comme il faut l'accès des Premières nations au vaccin. D'après ce que nous constatons à priori, tout porte à croire que l'impact sur les collectivités des Premières nations est grave, et notre planification en tiendra compte.

Nous avons, au sein de toutes ces collectivités, des infirmières qui sont compétentes et capables d'administrer les vaccins à toute la population. Nous le faisons régulièrement pour les enfants. Nous offrons au sein de toutes ces collectivités des programmes dans le cadre desquels nos infirmières de la santé publique vaccinent les enfants autochtones.

Le sénateur Dyck : Je crois vous avoir entendu dire que la décision d'administrer un antiviral revient au médecin. J'ai raison?

Mme Robinson : Oui, c'est effectivement ce que prévoient les lignes directrices en matière de santé publique. Je vais demander à la Dre Grondin de vous répondre.

Dre Grondin : L'antiviral n'est pas réservé exclusivement au virus de la grippe H1N1. C'est un médicament prescrit pour la grippe saisonnière. Il y en deux : le Tamiflu et RELENZA. Ce sont des médicaments qu'on peut obtenir sous ordonnance. L'éclosion de grippe H1N1 ne change rien à cette pratique.

La décision d'offrir un médicament sous ordonnance est fonction des observations cliniques. Rien ne change dans tout cela; c'est ce que prévoient les lignes directrices pour une saine pratique clinique au Canada. On prescrit du Tamiflu ou du RELENZA essentiellement en fonction de l'évaluation clinique. Toutefois, dans le contexte de la grippe H1N1, nous avons affiché sur notre site Web des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé. Nous avons également fourni des explications au grand public. Les lignes directrices pour la prescription d'antiviraux ne conseillent pas d'y avoir recours comme mesure préventive. Il faut comprendre que la pandémie est mondiale. Tous les Canadiens y sont confrontés.

Il est très important de comprendre que nous semblons actuellement avoir des antiviraux qui agissent efficacement contre la grippe H1N1. La dernière chose que nous voulons, sur le plan de

resistance to the antivirals. It is very important to use the antiviral judiciously. That is the reason prophylactic use is not recommended. The recommendation is for use in treatment. This is the present public health recommendation in Canada and other countries. That is the reason the guidelines were issued in this manner.

As Ms. Robinson has said, we have antiviral stockpiles in Canada to treat all Canadians that need treatment. That includes First Nations, Inuit and Metis populations. The provinces are responsible for health care. They have a supply of the antivirals, which they will distribute. Should the province's supply run out, we also have our own federal emergency supply.

Senator Stratton: Schools in Manitoba are not out yet. It varies across the country. Schools in Manitoba are out June 30.

Senator Peterson: Who is the lead agency on this file?

Ms. Robinson: We have different roles. My responsibility is to ensure that supplies and medical response within reserve boundaries takes effect. The Public Health Agency has a broader public health role in surveillance and guidance on pandemic planning. The province is a key partner in ensuring First Nations people have surge capacity in terms of supply, public health information or guidelines; and in providing hospital care.

I am sure you know that we have primary care facilities in communities where our nurses and physicians work to identify and triage people in terms of understanding their illness. When someone is determined to be seriously ill, he or she has to be flown to provincial hospitals where the province is responsible for his or her care.

Senator Peterson: Would a progress report on how things are going come from your department?

Ms. Robinson: Yes, we would be the focal point in coordinating and ensuring that First Nations have access to appropriate health care.

Senator Peterson: Is the priority list for the vaccine completed?

Ms. Robinson: I am not preparing a priority list.

Dr. Grondin: There is no priority list. There has been a misunderstanding.

Canada has a contract with the company to produce vaccine. We expect to have the vaccine ready in the fall as Ms. Robinson has said. We will have enough vaccine available to immunize all

la santé publique, est que le virus développe une résistance aux antiviraux. Il est très important d'en faire un emploi judicieux. C'est l'une des raisons pour lesquelles une utilisation prophylactique n'est pas conseillée. On conseille plutôt d'y avoir recours pour traiter. C'est actuellement la recommandation en matière de santé publique au Canada et ailleurs. C'est la raison pour laquelle ces lignes directrices ont été émises.

Comme l'a déclaré Mme Robinson, le Canada possède suffisamment d'antiviraux pour traiter tous les Canadiens qui en ont besoin, y compris les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis. Ce sont les provinces qui sont responsables de la prestation des soins de santé. Elles ont des stocks d'antiviraux, qu'elles distribueront. Si elles venaient à manquer de stocks, nous avons également nos propres réserves d'urgence fédérales.

Le sénateur Stratton : Les écoles du Manitoba n'ont pas encore fermé pour l'été. La fin de l'année scolaire se fait à des dates différentes selon la région du pays. Les écoles du Manitoba ferment le 30 juin.

Le sénateur Peterson : Quel est l'organisme responsable dans ce dossier?

Mme Robinson : Nous avons tous des rôles différents. Ma responsabilité est de voir aux approvisionnements et aux services médicaux d'intervention dans les réserves. L'Agence de la santé publique joue un rôle plus général en matière de santé publique, en ce sens qu'elle surveille la situation et prodigue des conseils aux fins de la planification. La province est le principal partenaire qui fait en sorte que les membres des Premières nations ont la capacité de pointe en termes d'approvisionnements, d'information en matière de santé publique ou de lignes directrices et c'est elle également qui assure la prestation des soins hospitaliers.

Je suis sûre que vous êtes au courant que nous avons au sein des collectivités des installations de soins primaires où notre personnel infirmier et médical travaille à repérer les personnes atteintes et à faire le triage de manière à comprendre leur maladie. Quand il juge qu'une personne est gravement atteinte, le malade est transporté par avion jusqu'à un hôpital de la province responsable de le soigner.

Le sénateur Peterson : Un rapport d'étape sur l'évolution de la situation viendrait-il de votre ministère?

Mme Robinson : Oui. Nous serions le centre de coordination et verrions à ce que les Premières nations aient accès à des soins de santé adéquats.

Le sénateur Peterson : La liste des priorités pour l'administration du vaccin est-elle dressée?

Mme Robinson : Je ne suis pas en train de travailler à une liste de priorités.

Dre Grondin : Il n'y a pas de liste de priorités. Il y a là un malentendu.

Le Canada a passé un contrat avec le fabricant du vaccin. Nous prévoyons en avoir à l'automne, comme l'a dit Mme Robinson. Nous aurons suffisamment de doses pour vacciner tous les

Canadians who wish to receive it, including First Nations, Inuit, Metis and remote communities. Everyone will be able to be vaccinated if they so wish.

Having said that, you can understand there are complex logistics for mass immunization. Who to start with will be based on epidemiological factors and indicators — who is more at risk, how people react, et cetera. It is also based on the severity of the disease and what we are learning. You have to understand that we do not yet know what will happen in the second wave of this disease. We are watching closely to understand what will happen.

We are working closely with other groups including various provinces as well as Ms. Robinson to establish what you call priorities — who we should start with first. Regardless of what will happen, all Canadians that want a vaccine will get it on time within the flu season.

Senator Watt: What is your relationship with the Department of Indian Affairs in coordinating conditions in communities? We are not dealing with heavily populated communities. Everyone seems to know each other in such communities and there is usually good coordination. Do you have a function to make recommendations concerning housing requirements, drinking water and conditions of the communities and things of that nature to the Department of Indian Affairs?

Ms. Robinson: We coordinate with INAC on two levels. First, in terms of logistics with the flu outbreak, INAC has been on standby to help us if we need to store products, to fly things into communities or we need extra personnel.

Second, in the longer term, I take your point about the determinants of health being amongst the most important issues. Things like the water supply and conditions for housing are of critical importance to Health Canada. It is not only for H1N1, but also as we look at communicable diseases generally. Dr. Barker mentioned outbreaks of tuberculosis and the high incidence of chronic disease. We know some of these things are related to living conditions and poverty.

We have a relationship with INAC on an ongoing basis. We do all the testing for water and we ensure that chiefs, council and the Department of Indian affairs have information about the water supply because our interest in delivering good health care is to ensure First Nations have healthy environments.

The same is true for housing. We have environmental inspectors that go into houses and look for things like mould or vermiculite and other serious health issues. It is not critical not only for H1N1. As Dr. Barker said, we may be seeing more severe result in First Nations with this flu, but it is something we see with

Canadiens qui en font la demande, y compris les membres des Premières nations et des collectivités isolées, les Inuits et les Métis. Tous pourront être vaccinés sur demande.

Cela étant dit, vous pouvez aisément comprendre à quel point l'organisation d'une vaccination de masse est complexe. La décision de savoir à qui l'administrer en premier repose sur des facteurs et des indicateurs épidémiologiques — qui est le plus à risque, comment la personne réagira au vaccin et ainsi de suite. Elle repose également sur la gravité de la maladie et sur ce que nous apprenons. N'oubliez pas que nous ignorons comment se comportera le virus lorsqu'il frappera à nouveau. Nous surveillons la situation de près pour essayer de le savoir.

Nous travaillons de près avec d'autres groupes, y compris diverses provinces et Mme Robinson, en vue d'établir ce que vous qualifiez de priorité — c'est-à-dire quels groupes recevront en premier le vaccin. Quoi qu'il arrive, tous les Canadiens qui souhaitent être vaccinés l'obtiendront à temps durant la saison de la grippe.

Le sénateur Watt : Quelles sont vos relations avec le ministère des Affaires indiennes en vue de coordonner la réaction aux conditions de vie au sein des collectivités? Nous ne parlons pas ici de collectivités densément peuplées. Tout le monde semble connaître son voisin dans de pareilles collectivités, de sorte que la coordination y est habituellement excellente. Contribuez-vous à présenter des recommandations au ministère des Affaires indiennes concernant les besoins en logement, l'eau potable et les conditions de vie des collectivités, ce genre de problèmes?

Mme Robinson : Nous assurons une coordination avec le MAINC sur deux plans. Tout d'abord, pour ce qui est de la logistique en réaction à l'éclosion de grippe, le MAINC se tient prêt à nous aider si nous avons besoin de constituer des réserves, d'envoyer des produits par avion dans les collectivités ou si nous avons besoin de personnel supplémentaire.

Ensuite, à long terme, je prends note de ce que vous dites au sujet des déterminants de la santé qui représentent l'un des plus graves problèmes. L'approvisionnement en eau et les conditions de vie et de logement notamment sont d'une importance névralgique pour Santé Canada. Nous nous occupons des maladies transmissibles en règle générale, pas seulement de la grippe H1N1. La Dre Barker a mentionné les éclosions de tuberculose et la grande incidence de maladies chroniques. Nous savons que certaines de ces maladies sont liées aux conditions de vie et à la pauvreté.

Nous entretenons des relations permanentes avec le MAINC. Nous effectuons également toutes les analyses de l'eau et veillons à ce que les chefs, les conseils et le ministère des Affaires indiennes ont toute l'information voulue sur l'approvisionnement en eau parce que notre mandat d'assurer une bonne prestation de soins de santé nous impose de veiller à ce que les Premières nations vivent dans des milieux sains.

Il en va de même pour le logement. Nos inspecteurs de l'environnement visitent les maisons pour y détecter la présence de moisissures ou de vermiculite, ou encore d'autres sources de problèmes graves de santé. Cette fonction n'est pas essentielle uniquement pour la grippe H1N1. Comme l'a affirmé la

many other illnesses in communities. We know we must focus on the long-term social determinants in order to mitigate and avoid these kinds of outcomes.

Senator Sibbeston: I am always amazed by government, particularly civil servants. Whereas people in the community think there is a problem, civil servants at your level always give the impression that things are okay. I do not know if this is the result of the fact that you live and work in a place like Ottawa, very far from the communities where things are actually happening.

Have you been in contact with or have you been in those places where the epidemic situations are located? Have you been in touch with Minister Aglukkaq yourself? She is an Inuit and ought to be very concerned about this issue. Has she made any difference in dealing with this problem?

Ms. Robinson: Thank you for that question. It is something I struggle with a lot.

We have a very large and complex system. To ensure we are doing our job properly in managing the response, it is not only about logistics to ensure supplies are in place and people have access. Communications is a huge part of this system. We have a communications plan but it is not always perfect. That is probably the area where we need to continue to dialogue.

I have personally not been in those particular communities during the pandemic, due to my duties here. However, I can assure you that senior people in our department have visited those communities and visit them on an ongoing basis.

I have visited many other communities. I am also a First Nations person so I understand many of the realities these communities face. We have a large number of people working in our regional offices and other areas who are in constant contact with these communities and understand the realities.

We are pleased to have a minister who is Aboriginal. She has made a huge difference in terms of our ability to manage this file because she immediately understands the issues. She grew up in an environment in the North, which is not unlike the environment we are facing.

She has made herself available to us when required. We have had numerous meetings. In fact, I am meeting her again at noon today for her regular update on how the pandemic is being managed and what needs to be done next.

The Chair: Thank you, Ms. Robinson, and your entire panel. I have one quick question. Do you think you have a good handle on the situation? Have you got it under control, yes or no?

Ms. Robinson: I think we have the logistics under control in terms of putting supplies in the communities as needed. We have the cooperation of all the governments involved. The piece that none of us understand is what the virus will do next.

Dre Barker, la grippe semble frapper plus durement les Premières nations, mais il en va de même pour de nombreuses autres maladies. Nous savons qu'il faut se concentrer sur les déterminants sociaux à long terme pour atténuer et éviter ce genre de résultats pour la santé.

Le sénateur Sibbeston : Le gouvernement, particulièrement les fonctionnaires, ne cesse de m'étonner. Alors que les membres de la collectivité croient qu'il y a un problème, les fonctionnaires de votre niveau donnent toujours l'impression que tout va bien. J'ignore si cela vient du fait que vous vivez et travaillez dans une ville comme Ottawa, très loin de la réalité quotidienne des collectivités.

Avez-vous été en contact avec des situations épidémiques ou êtes-vous allée dans des endroits où il y en a? Avez-vous communiqué personnellement avec la ministre Aglukkaq? Elle-même inuite, elle devrait être extrêmement préoccupée par le problème. A-t-elle eu une influence sur les réactions au problème?

Mme Robinson : Bonne question. C'est le problème auquel je suis constamment confrontée.

Notre système est très grand et complexe. Pour bien faire notre travail de gestion des interventions, il ne suffit pas de voir à la logistique pour faire en sorte que les approvisionnements sont en place et que les gens y ont accès. Les communications représentent une composante énorme du système. Nous avons un plan de communication, mais il n'est pas toujours parfait. C'est probablement à ce sujet qu'il faut poursuivre le dialogue.

Non, les fonctions que j'assume ici m'empêchent de me rendre sur place durant la pandémie. Toutefois, je puis vous assurer que de hauts fonctionnaires du ministère ont visité les collectivités et qu'ils le font constamment.

J'ai visité de nombreuses autres collectivités. Je suis également membre d'une Première nation, de sorte que je connais bien la réalité qui est la leur. Nous avons dans nos bureaux régionaux et ailleurs de nombreuses personnes qui sont en contact constant avec ces collectivités et qui en comprennent la réalité.

Nous nous réjouissons que la ministre soit autochtone. Elle a eu beaucoup d'influence sur notre gestion de ce dossier parce qu'elle a vite saisi le problème. Elle a grandi dans le Nord, dans un milieu pas mal semblable à celui auquel nous sommes confrontés.

Elle s'est mise à notre disposition au besoin. Nous avons eu plusieurs réunions. En fait, je la rencontre à nouveau à midi aujourd'hui pour la tenir au courant, comme d'habitude, de la manière dont la pandémie est gérée et de ce qu'il y a à faire.

Le président : Madame Robinson, je vous remercie, de même que tout votre groupe. J'aurais une toute petite question à poser. Estimez-vous avoir la situation bien en main? Oui ou non?

Mme Robinson : Nous maîtrisons parfaitement la logistique, pour ce qui est d'envoyer les approvisionnements au sein des collectivités selon les besoins. Nous avons la coopération de tous les gouvernements concernés. Ce qui nous échappe par contre, c'est ce que fera le virus.

I should say that our planning assumption is that going into the fall, this will be a serious event. Even though we do not know what will happen next, from a planning perspective, we have decided to plan for the worst outcome. That is not to say that is what will happen, but I think that is really our only option.

The Chair: I thank you again, Dr. Grondin, Ms. Robinson, Ms. Woods and Ms. Kovacevic.

Colleagues, a suggestion has been made to me that we have the analysts draft a letter, and the steering committee, which is Senator Sibbeston, Senator Hubley and myself, will look at it. The draft letter will itemize the issues of concern; and on behalf of the committee, we will submit to Health Canada some of the observations that have been discussed here today.

Senator Carstairs: I have no difficulty with that. I think that is a reasonable option, but I would not want it just to go to Health Canada. I would also want it to go to INAC.

The Chair: Fine; very well.

Senator Brazeau: I think we should do the same perhaps with the health officials in the province of Manitoba.

The Chair: Fine. Colleagues, we are running really short of time. I want to thank all the support staff for the support they have given us to this point in time. I know they will continue.

Colleagues, our clerk is taking leave from the committee. She is going on to greater things, so I want to thank Gaëtane Lemay on behalf of all of us for the excellent service she has provided as a clerk of this committee.

There is a question about Inuit schools. Senator Watt, the steering committee has looked at this. I will discuss it with you and we will deal with this.

I wish you all a great summer. If anything urgent comes up, please contact me or Senator Hubley or Senator Sibbeston. Have a great summer.

(The committee adjourned.)

Je précise que, dans notre planification, nous partons de l'hypothèse qu'un événement grave surviendra à l'automne. Même si nous en ignorons la nature, nous avons décidé de planifier en fonction du pire scénario. Je ne dis pas que c'est ce qui va se produire, mais je crois que nous n'avons vraiment pas le choix.

Le président : Docteure Grondin, madame Robinson, madame Woods et madame Kovacevic, je vous remercie à nouveau.

Chers collègues, on m'a suggéré que nous demandions aux analystes de rédiger une lettre qui sera soumise au comité de direction, composé comme vous le savez du sénateur Sibbeston, du sénateur Hubley et de moi-même. Cette ébauche fera la liste des sources de préoccupations et nous la soumettrons, au nom du comité, à Santé Canada.

Le sénateur Carstairs : Cela ne me pose pas de problème. L'idée est raisonnable, mais je n'adresserais pas la lettre seulement à Santé Canada. J'aimerais qu'elle s'adresse aussi au MAINC.

Le président : Fort bien.

Le sénateur Brazeau : Il faudrait peut-être l'envoyer également aux responsables de la santé du Manitoba.

Le président : Soit. Chers collègues, nous sommes vraiment à court de temps. Je tiens à remercier tous les membres du personnel de soutien pour la précieuse aide qu'ils ont fournie au comité. Je sais qu'ils continueront de le faire.

Chers collègues, je vous annonce que la greffière du comité nous quitte. Elle a décidé de passer à autre chose. Je tiens donc à remercier Gaëtane Lemay au nom de nous tous pour son excellent travail en tant que greffière.

Il y a la question des écoles inuites. Sénateur Watt, le comité de direction l'a déjà examinée. Nous en discuterons, vous et moi, et règlerons le problème.

Je vous souhaite tous de passer un bel été et de prendre du repos bien mérité. Au besoin, vous pouvez toujours communiquer avec moi, avec le sénateur Hubley ou le sénateur Sibbeston.

(Le comité ajourne ses travaux.)

MAIL POSTE
Canada Post Corporation/Société canadienne des postes
Postage paid
Lettermail
Poste-payé
Poste-lettre
1782711
OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Assembly of First Nations:

Dr. Kim Barker, Senior Public Health Advisor.

Health Canada:

Anne-Marie Robinson, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch;

Michelle Kovacevic, Director General, Strategic Policy, Planning and Analysis Directorate, First Nations and Inuit Health Branch;

Shelagh Jane Woods, Director General, Primary Health and Public Health Directorate, First Nations and Inuit Health Branch.

Public Health Agency of Canada:

Dr. Danielle Grondin, Acting Assistant Deputy Minister, Infectious Disease and Emergency Preparedness Branch.

TÉMOINS

Assemblée des Premières nations :

Dre Kim Barker, conseillère principale en santé publique.

Santé Canada :

Anne-Marie Robinson, sous-ministre adjointe, Direction générale de la santé des Première nations et des Inuits;

Michelle Kovacevic, directrice générale, Direction des politiques, planification et analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;

Shelagh Jane Woods, directrice générale, Direction des soins de santé primaires et de la santé publique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Agence de la santé publique du Canada :

Dre Danielle Grondin, sous-ministre adjointe par intérim, Direction générale des maladies infectieuses et mesures d'urgence.

Available from:
PWGSC – Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Disponible auprès des:
TPGSC – Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5
Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca