

# Revels, Reviews and Renewal: Looking Back, Looking Ahead

TEN YEARS ON, Y2K SEEMS A DISTANT MEMORY. THIS YEAR, COMPUTER glitches were far from the minds of most revellers as they marked the beginning of 2010 with the blast and blaze of fireworks. Instead, 2009 was the year of H1N1. It led health news coverage in the global media (Madison 2009; Branswell 2010) and was also one of the most common topics of general conversation, as reflected in posts to social networking sites (Backstrom 2009; @Abdur 2009).

In most countries, Google search volumes for H1N1 peaked in the early stages of the outbreak.<sup>1</sup> Canada, though, saw a second spike in October/November. I was not surprised to see the data. From chats with taxi drivers to exchanges with health experts, conversations during a trip to Toronto last fall all seemed to turn to H1N1. The balance was noticeably different at home in Denmark, in London where I was the week before and in Colombia where I travelled the following week. Ironically, the same trip also brought to my attention differences in public communications strategies regarding the pandemic. Before I left, I scoured a large number of government travel advisories. At the time, both Australia and the United Kingdom started their advice for travellers to Colombia with bold-font announcements about H1N1. They then went on to highlight the risk of violent attacks, kidnapping and other crime. Canada, the United States and Denmark reversed this order or did not mention H1N1 at all in their country-specific travel advice. (In the end, I received a warm welcome and my trip was entirely trouble-free.)

In this and much more serious ways, H1N1 tested existing communications protocols; stretched the boundaries of what we know about influenza, pandemics and how best to prepare and respond; and led to many new questions. While experience and the evidence base are growing, challenges existed at all levels, from GPs who cared for worried patients to the corridors of the World Health Organization's headquarters in Geneva.

The differences that I saw in my travels piqued my interest in how various jurisdictions were managing their H1N1 response. My colleagues and I at the International Health Terminology Standards Development Organisation in Copenhagen conducted an informal scan of vaccination policies and programs in mid-November 2009. We looked at government websites from European countries to identify when H1N1 immunization began, how vaccination was being done (e.g., through physician offices

or public vaccination clinics) and which groups were being offered the vaccine. We also reviewed news stories posted on the websites of the country's largest-circulation newspaper and the national broadcaster in the first two weeks after vaccination began in the country. The approach was necessarily a convenience sample, albeit a fairly large one; it was limited to countries that had information in a language that at least one of us could read well enough to interpret short articles (Danish, English, French, German, Greek, Italian, Norwegian, Spanish or Swedish).

A key question that policy makers had to answer was whether or not to target priority groups for vaccination, and if so, which groups. Answers varied widely and often changed as immunization campaigns progressed. Technical data informed decisions, but other factors also swayed minds in many nations. Most, but not all, countries chose to target specific priority groups, at least initially. Healthcare providers were on the list almost everywhere. Children of different ages were sometimes in and sometimes out, as were pregnant women. There were also variations in which chronic conditions were included on priority lists. Decisions affected how much vaccine needed to be acquired, roll-out plans and much more.

Choices also needed to be made about how to distribute vaccines. Countries chose a range of approaches, including providing services through physician offices, mass vaccination clinics and targeted immunization programs. In Canada, while vaccines were distributed in a variety of ways, many jurisdictions used mass immunization clinics. Queues at these clinics became big news in several parts of the country. Friends who waited in line for shots also shared their experiences with me. (The winning war story: hours queuing with four young kids at a vaccination clinic that had no available toilet facilities.) "Is it the same elsewhere?" they asked.

Answer: yes and no. Our scan did find media reports of queues for vaccination clinics in other countries, but they were by no means universal. One reason may be differences in the uptake of immunization, including spikes in interest that took place during campaigns. Another is that some countries placed much less emphasis on open, mass vaccination clinics. Instead, several regions were able to identify and schedule appointments for patients who qualified for the vaccine. In the United Kingdom, for instance, the H1N1 vaccination program for high-risk patients was run within primary care. National protocols could be used to identify eligible patients in a general practice, incorporating information about a patient's medical history and past health problems that had been captured using standardized terminology. Many practices in Denmark were able to employ similar approaches.<sup>2</sup> The result at a personal level: rather than going to a clinic, a friend with a qualifying chronic disease was contacted by her general practitioner's office prior to the start of the vaccination program to schedule an appointment for her shot. Similar strategies were reported in Sault Ste. Marie in Canada, where the Group Health Centre has been an early adopter of electronic health records (Purvis 2009).

“N=1” personal experiences like those described above can help to trigger questions and new lines of inquiry, but broad data on comparative vaccination rates, the distribution of who received shots, their effectiveness, costs and benefits continue to emerge. Clearly, there are pros and cons to different approaches, some or all of which may depend on the context in which they are applied. Public health officials and epidemiologists, among others, have many important questions to address in the coming months and years. I hope that interesting results from their in-depth, thoughtful analyses of what went right and what went wrong in the pandemic preparations and response will appear in this journal’s pages. And I hope that those analyses will help us to improve health and healthcare in the future.

To help steer the discussion and debate in *Healthcare Policy/Politiques de santé*, we are welcoming two new editors to the journal. Patricia Martens from the Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba will be taking over from Rick Rogers in leading the journal’s Data Matters column. Likewise, Mark Dobrow (based at the University of Toronto and Cancer Care Ontario) will be joining the editorial team as John Horne steps down. Please join me in thanking Rick and John for their stellar service over the past five years and in welcoming Patricia and Mark to the team.

JENNIFER ZELMER, BSC, MA, PHD

*Editor-in-chief*

#### NOTES

1. Technically, this refers to searches for “H1N1” and “swine flu.” Although public health authorities in many countries encouraged a switch in language, the early terminology persisted for some time. Google Trends data show that news references to H1N1 outpaced those to swine flu as early as May, but terminology used by the public changed more slowly (<http://www.google.com/trends?q=h1n1%2C+swine+flu&ctab=0&geo=all&date=ytd&sort=0>). H1N1 became a more popular search term for the first time in September, about the same time as Facebook reported a shift in language on its site.
2. See, for example, the sample report, “Risk Patients for H1N1 Vaccination” at <http://www.dak-it.dk/demo.html>. (Retrieved January 14, 2010.)

#### REFERENCES

- @Abdur. 2009 (December 15). Twitter Blog: Top Twitter Trends of 2009. Retrieved January 14, 2010. <<http://blog.twitter.com/2009/12/top-twitter-trends-of-2009.html>>.
- Backstrom, L. 2009 (December 21). Facebook Memology: Top Status Trends of 2009. Retrieved January 14, 2010. <<http://blog.facebook.com/blog.php?post=215076352130>>.

Branswell, H. 2010. "H1N1 Flu Virus Voted Top News Story of 2009 in Canadian Press Survey." Retrieved January 14, 2010. <<http://www.thecanadianpress.com/english/online/OnlineFullStory.aspx?filename=n122737A&newsitemid=22143321&languageid=1>>.

Madison, P. 2009. "H1N1 and Health Reform Dominated 2009 Medical News." Retrieved January 14, 2010. <<http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/12/30/top.health.stories/index.html>>.

Purvis, M. 2009. "Sault H1N1 Response Envy of the Nation." Retrieved January 14, 2010. <<http://www.thesudburystar.com/ArticleDisplay.aspx?e=2155965>>.

---

## Nouvel An, révision et renouvellement : retour sur le passé, regard vers l'avenir

**A** PRÈS DIX ANS, LE BOGUE DE L'AN 2000 SEMBLE UN SOUVENIR LOINTAIN. Cette année, la perturbation informatique était loin de l'esprit des convives alors qu'ils célébraient la venue de 2010. L'an 2009 a plutôt été l'année du virus H1N1. L'événement a fait la une des nouvelles dans les médias du monde (Madison 2009; Branswell 2010) et a été l'un des sujets de l'heure dans presque toutes les conversations, tel que le démontrent les sites de réseaux sociaux en ligne (Backstrom 2009; @Abdur 2009).

Dans la plupart des pays, le volume des recherches sur Google pour le H1N1 était à son plus fort au début de l'écllosion.<sup>1</sup> Au Canada, cependant, on a observé une deuxième pointe en octobre et novembre. Je n'étais pas surprise par ces données. Que ce soit au cours d'un bref échange avec les chauffeurs de taxi ou dans un entretien avec les experts de la santé, toutes les conversations pendant mon voyage à Toronto, l'automne dernier, semblaient tourner autour du H1N1. La situation était bien différente chez moi au Danemark, à Londres où je me trouvais la semaine précédente et en Colombie où j'avais voyagé la semaine suivante. Ce voyage m'a aussi permis de constater des différences dans les stratégies de communication publique au sujet de la pandémie. Avant de m'envoler, j'avais passé en revue un grand nombre d'avis aux voyageurs publiés par les gouvernements. À ce moment, les avis de l'Australie et du Royaume-Uni sur la Colombie commençaient tous deux par un message en caractères gras sur le virus H1N1; puis venaient les risques liés aux attaques violentes, aux enlèvements et aux autres crimes. Les avis du Canada, des États-Unis et du Danemark présentaient un ordre inverse ou ne faisaient pas mention au H1N1. (Finalement, j'ai été accueillie chaleureusement et mon voyage s'est déroulé sans encombre.)

De façon plus sérieuse, la présence du H1N1 a permis de tester les protocoles de communication et de repousser les limites des connaissances sur la grippe, sur les pandémies et sur la façon d'y répondre; elle a aussi soulevé plusieurs nouvelles questions.

Bien que l'expérience et le fonds de données s'accroissent, les défis sont présents à tous les niveaux, que ce soit pour le médecin généraliste qui prend soin de patients inquiets ou dans les corridors du siège social de l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève.

Les différences que j'ai observées au cours de mes voyages ont piqué ma curiosité et j'ai voulu savoir comment les différents gouvernements ont géré leur réponse au H1N1. Avec mes collègues de l'Organisation internationale pour le développement de normes terminologiques de santé (IHTSDO), à Copenhague, nous avons procédé à une étude officieuse sur les politiques et programmes de vaccination, à la mi-novembre 2009. Nous avons consulté les sites Web des pays européens pour déterminer le moment où la vaccination contre le H1N1 avait commencé, pour savoir comment on y procédait (par exemple, dans les cabinets médicaux ou dans des cliniques publiques de vaccination) et pour connaître les groupes visés. Nous avons également consulté les nouvelles affichées sur les sites Web des principaux journaux ainsi que les nouvelles nationales diffusées pendant les deux premières semaines suivant le début de la vaccination, pour un pays donné. Il s'agissait évidemment d'un échantillon de commodité, quoique notable; c'est-à-dire les pays qui offraient de courts articles informatifs dans une langue qu'au moins l'un de nous pouvait lire et interpréter (anglais, allemand, danois, espagnol, français, italien, norvégien, ou suédois).

Une des questions clés pour les responsables de politiques était de savoir si oui ou non la vaccination devait cibler des groupes prioritaires et, le cas échéant, déterminer lesquels. Les stratégies employées étaient très variées et se modifiaient souvent au fur et à mesure que les campagnes de vaccination se déroulaient. Les décisions s'appuyaient sur des données techniques, mais dans plusieurs nations d'autres facteurs entraient aussi en compte. La plupart des pays, mais pas tous, ont choisi de cibler des groupes précis, du moins au début. Presque partout, les prestataires de services de santé figuraient sur la liste. Les enfants de divers âges y étaient inscrits ou non, de même que les femmes enceintes. Il y avait également des variations sur les états chroniques à inclure dans la liste prioritaire. Ces décisions déterminaient la quantité de vaccins à acquérir, les plans de mise en place et plusieurs autres aspects.

Il fallait aussi faire des choix quant à la façon de distribuer les vaccins. Les pays ont optés pour un éventail d'approches, par exemple, par le biais des cabinets médicaux, dans des cliniques de vaccination de masse ou encore par des programmes de vaccination ciblée. Au Canada, bien que les vaccins aient été distribués de nombreuses façons, plusieurs autorités ont choisi la vaccination de masse. Les files d'attente qui se sont formées à ces cliniques ont fait la une des nouvelles dans plusieurs régions du pays. Certains amis qui ont dû faire la queue pour recevoir le vaccin m'ont raconté leur expérience. (L'anecdote la plus déconcertante étant celle d'une amie qui a attendu pendant des heures avec quatre jeunes enfants dans une clinique où il n'y avait pas de toilettes.) « Est-ce que c'est partout pareil? », me demandait-on.

La réponse est oui et non. Notre étude nous a permis de répertorier, dans d'autres

pays, certaines manchettes faisant état de files d'attente pour la vaccination, mais la situation n'était pas partout la même. Cela peut s'expliquer par les différences dans la demande pour recevoir le vaccin, notamment les pointes d'affluence qui ont eu lieu au cours des campagnes. Une autre des raisons peut être que certains pays ont mis beaucoup moins d'accent sur les cliniques de vaccination de masse. Plusieurs régions ont plutôt opté pour cibler les patients, puis leur donner rendez-vous. Au Royaume-Uni, par exemple, le programme de vaccination contre le H1N1 destiné aux patients à haut risque était offert par le secteur des soins primaires. Les protocoles nationaux servaient à cibler les patients dans une clinique de médecine générale, en tenant compte de l'historial et des dossiers médicaux grâce à des données saisies au moyen d'une terminologie normalisée. Plusieurs cliniques au Danemark ont été en mesure d'utiliser une approche similaire.<sup>2</sup> Le résultat, au niveau personnel : plutôt que de se rendre à une clinique, une amie souffrant d'une maladie chronique ciblée a reçu un appel du cabinet de son omnipraticien pour prendre rendez-vous et recevoir le vaccin, et ce, avant le début du programme de vaccination. Des stratégies similaires ont été employées à Sault Ste. Marie, au Canada, où le Group Health Centre a été l'un des premiers à adopter le système de dossiers médicaux informatisés (Purvis 2009).

Les expériences personnelles comme celles décrites ci-dessus soulèvent des questions et laissent entrevoir de nouveaux champs de recherche. Cependant, on continue d'amasser des données générales sur les taux comparatifs de vaccination, sur la distribution des vaccins, sur leur efficacité ou sur les coûts et les avantages. Les diverses approches présentent clairement des avantages et des inconvénients, lesquels dépendent sans doute du contexte. Les épidémiologistes et les officiels de la santé, entre autres, devront aborder nombre de questions dans les mois et les années à venir. J'espère que les résultats des analyses approfondies, visant à connaître ce qui a fonctionné ou non dans le cadre de la pandémie, apparaîtront dans les pages de cette revue. Et j'espère que ces analyses nous aideront à améliorer la santé et les services de santé, pour l'avenir.

Afin de stimuler les discussions et les débats dans *Politiques de Santé/Healthcare Policy*, nous accueillons deux nouveaux éditeurs. Patricia Martens, du Centre manitobain des politiques en matière de santé, prendra la place de Rick Rogers pour diriger la chronique Questions de données. D'autre part, Mark Dobrow (de l'Université de Toronto et d'Action Cancer Ontario) se joindra à l'équipe de rédaction, alors que John Horne la quittera. Veuillez vous joindre à moi pour dire merci à Rick et à John pour l'excellent travail qu'ils ont accompli au cours des cinq dernières années, et pour souhaiter la bienvenue à Patricia et à Mark.

JENNIFER ZELMER, BSC, MA, PHD

*Rédactrice en chef*

NOTES

1. Techniquement, il s'agit d'une recherche pour les termes « H1N1 » et « swine flu (grippe porcine). » Bien que, dans plusieurs pays, les autorités de santé publique aient favorisé un changement de termes, la terminologie initiale s'est maintenue pendant quelque temps. Les données de Google Trends montrent que, dans les bulletins d'informations, les références au terme « H1N1 » ont dépassé celles du terme « swine flu » dès le mois de mai. Cependant, la terminologie utilisée par le grand public a changé plus lentement (<http://www.google.com/trends?q=h1n1%2C+swine+flu&crab=0&geo=all&date=ytd&sort=0>). Le terme « H1N1 » est devenu plus populaire, pour la première fois, en septembre, à peu près en même temps que l'on observait un changement de terminologie sur le site de Facebook.
2. Voir, par exemple, le rapport "Risk Patients for H1N1 Vaccination" à <http://www.dak-it.dk/demo.html>. (Consulté le 14 janvier 2010.)

RÉFÉRENCES

- @Abdur. 2009 (15 décembre). Twitter Blog: Top Twitter Trends of 2009. Consulté le 14 janvier 2010. <<http://blog.twitter.com/2009/12/top-twitter-trends-of-2009.html>>.
- Backstrom, L. 2009 (21 décembre). Facebook Memology: Top Status Trends of 2009. Consulté le 14 janvier 2010. <<http://blog.facebook.com/blog.php?post=215076352130>>.
- Branswell, H. 2010. "H1N1 Flu Virus Voted Top News Story of 2009 in Canadian Press Survey." Consulté le 14 janvier 2010. <<http://www.thecanadianpress.com/english/online/OnlineFullStory.aspx?filename=n122737A&newsitemid=22143321&languageid=1>>.
- Madison, P. 2009. "H1N1 and Health Reform Dominated 2009 Medical News." Consulté le 14 janvier 2010. <<http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/12/30/top.health.stories/index.html>>.
- Purvis, M. 2009. "Sault H1N1 Response Envy of the Nation." Consulté le 14 janvier 2010. <<http://www.thesudburystar.com/ArticleDisplay.aspx?e=2155965>>.