

Chapitre 2

LE SRAS AU CANADA :
anatomie d'une éclosion

Depuis toujours, les êtres humains comptent sur les animaux pour se nourrir, travailler, avoir de la compagnie et se divertir. Mais les interactions avec les animaux ont conduit à l'infection des êtres humains par de nombreuses maladies transmissibles. Il semble maintenant que des animaux exotiques provenant d'un marché de Guangdong – peut-être les mouffettes tachetées ou les chiens viverrins – peuvent avoir transmis à la race humaine une autre maladie infectieuse nouvelle, le syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS.

En règle générale, les anciennes maladies se propageaient lentement. La variole, par exemple, a été un fléau en Europe pendant des milliers d'années avant de traverser finalement l'Atlantique avec Christophe Colomb et son équipage. Le SRAS, en revanche, s'est déplacé à la vitesse d'un avion à réaction. Quelques jours seulement après son arrivée à Hong Kong, il avait fait le tour du monde.

Le présent chapitre fournit un bref aperçu de l'épidémie du SRAS au Canada. L'histoire du SRAS est une histoire dont des milliers de travailleurs de première ligne de la santé publique et des soins de santé se sont sortis brillamment et souvent héroïquement en maîtrisant l'épidémie, malgré des systèmes souvent gravement inadaptés. Nous avons constaté sans trop de surprise que les perspectives personnelles et des organisations à l'égard des mêmes événements pendant la crise ont été souvent très divergentes. Et à mesure que de nouvelles données devenaient disponibles, elles étaient de plus en plus le résultat d'un retour sur des décisions prises que d'une volonté d'améliorer les systèmes de santé publique et de soins. Ce compte rendu tronqué a simplement pour objet de rappeler aux Canadiens comment l'épidémie du SRAS s'est propagée et traite de certaines questions essentielles que révèle une étude même superficielle de quatre mois extraordinaires dans l'histoire de la santé publique et des soins de santé au Canada.

Nous avons réduit au maximum l'utilisation des noms des participants et des répondants tout au long de ce compte rendu. D'autres études en cours, notamment l'enquête sur

la santé publique de l'Ontario menée par le juge Archie Campbell, ont le temps et le mandat nécessaires pour étudier les événements en détail. La plupart des principales questions sont formulées de façon adéquate dans la première vague du SRAS au Canada, et le compte rendu porte davantage sur le « SRAS I », en tenant compte du fait que le mandat du juge Campbell résulte en grande partie des événements relatifs à la deuxième vague ou « SRAS II ». Toutefois, nous suivons l'épidémie du SRAS jusqu'à ce qu'elle ait été endiguée en juin 2003. Les futurs historiens seront en mesure de décrire ces événements avec une plus grande exactitude, une perspective internationale plus approfondie et l'avantage d'une analyse à posteriori.

2A. Une nouvelle maladie à Guangdong (27 novembre 2002 – 22 février 2003)

« Avez-vous entendu parlé d'une épidémie à Guangzhou ? Une personne avec qui je communique sur un site de messagerie instantanée (Internet) de professeurs et qui vit là-bas signale que les hôpitaux ont été fermés et que des gens décèdent. »

— Dr Stephen Cunnion (affiché dans un courrier ProMED du 10 février 2003)

Le 14 février 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquait dans son bulletin hebdomadaire que cinq personnes étaient décédées d'une maladie respiratoire aiguë inhabituelle depuis le mois de novembre dernier dans la province de Guangdong, en Chine et que l'on avait signalé l'infection de trois cent autres personnes – dont un tiers environ était des travailleurs de la santé. Six jours plus tard, le ministère de la santé de la Chine informait l'OMS que la cause de la maladie était une bactérie courante, la *Chlamydia pneumoniae*.¹

¹ La *Chlamydia pneumoniae* est une bactérie intracellulaire obligatoire – elle dépend et vit à l'intérieur d'une cellule hôte. La plupart des adultes seront infectés par la *C. pneumoniae* à un certain moment de leur vie. Les infections provoquent une maladie respiratoire dont la gravité varie et peuvent être traitées efficacement à l'aide d'antibiotiques disponibles à grande échelle.

Plus de deux mois auparavant, le Réseau d'information sur la santé mondiale (RISM) de Santé Canada avait reçu un rapport en chinois sur une épidémie de grippe en Chine continentale. Le RISM est un système d'« alerte rapide » qui scrute en permanence les sources d'information sur Internet pour trouver des rapports sur les épidémies de maladies infectieuses dans le monde entier. Le rapport chinois, publié le 27 novembre 2002, avait été envoyé à l'OMS avec un titre en anglais. Le rapport intégral n'a jamais été traduit. Les responsables de Santé Canada ont eu connaissance d'une nouvelle maladie en même temps que le reste du monde en février 2003.

Santé Canada a fait état de l'épidémie de Guangdong dans son bulletin suivant de FluWatch,² qui résumait l'activité grippale entre le 9 et le 15 février 2003. La semaine suivante, FluWatch signalait que les autorités chinoises prétendaient que l'épidémie à Guangdong était terminée.

Simultanément, des responsables de Hong Kong signalaient un cas de grippe aviaire. Le 19 février 2003, au cours d'une conférence téléphonique régulière avec le Comité de la grippe pandémique de Santé Canada, les responsables fédéraux ont recommandé que toutes les provinces se montrent vigilantes à l'égard de toute maladie de type grippale chez les voyageurs, notamment les personnes revenant de Hong Kong ou de Chine. Santé Canada a également envoyé des avis d'alerte écrits les 20 et 21 février au Comité de la grippe pandémique, au Conseil des médecins hygiénistes en chef, au Réseau canadien de laboratoires de santé publique, au réseau FluWatch (y compris les responsables de la lutte contre l'infection dans les hôpitaux) et aux vétérinaires pour les avertir de faire attention à la grippe aviaire. Certains responsables du Comité de la grippe pandémique ont alors déclaré que Santé Canada ne devrait pas traiter directement avec les responsables de la lutte contre l'infection dans les hôpitaux.

À peu près au même moment, le courrier ProMED, un système de déclaration sur Internet qui fournit, comme le RISM, des « alertes rapides » au sujet des épidémies de maladies infectieuses, informait son public que les mystérieuses insuffisances respiratoires de Guangdong n'étaient finalement peut-être pas dues au *Chlamydia pneumoniae* – les tests n'avaient permis de trouver la bactérie que dans deux des échantillons tissulaires des patients décédés.

La combinaison des deux épidémies – la grippe aviaire et la maladie mystérieuse – a suscité des inquiétudes au sein du personnel du Centre d'épidémiologie de Colombie-

Britannique et ses responsables ont envoyé le premier de trois courriers électroniques de diffusion de l'information le 20 février pour aviser les médecins, les responsables de la lutte contre l'infection et les autorités de santé publique de faire attention aux symptômes de la grippe chez les voyageurs revenant de Chine. Les responsables du bureau de santé publique de Toronto ont envoyé une information similaire au sujet de la grippe « sévère » chez les jeunes adultes à une liste de spécialistes des maladies infectieuses et de médecins des salles d'urgence de Toronto le 20 février, et la Direction de la santé publique de la province a diffusé cette information aux unités des services de santé le 21 février.

Pendant ce temps, la chaîne des événements qui allait amener le SRAS au Canada commençait. Un médecin âgé de 65 ans qui avait traité des patients souffrant de pneumonie atypique à Guangdong s'est rendu à Hong Kong pour assister au mariage de son neveu. Au moment où il s'inscrivait au Metropole Hotel, il s'est senti mal. Ce médecin a infecté au moins 12 autres invités et visiteurs originaires de plusieurs pays, y compris une femme âgée de 78 ans venant du Canada, Mme K S-C.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers a informé le Comité que le Canada ne dispose pas d'un système coordonné pour « informer les établissements de soins pour malades aigus d'une alerte médicale mondiale ni recommander des mesures de surveillance et de contrôle » si des personnes soupçonnées d'avoir une nouvelle maladie infectieuse « se présentent dans les établissements de santé canadiens ». Les renseignements pertinents ont été envoyés en Ontario, mais la chaîne de responsabilité en matière d'alerte semble mal définie, et les principaux groupes cibles ont indiqué qu'ils n'avaient reçu aucun avertissement préalable au sujet d'un nouveau virus respiratoire provenant d'Asie. Le Canada possède-t-il un système adéquat de dépistage des maladies émergentes dans le monde ou à l'intérieur même de ses frontières ? Une fois l'épidémie dépistée, quel type de structure de communication serait la plus efficace pour communiquer l'information aux responsables de la santé publique, aux responsables de la lutte contre les infections, aux services des urgences et finalement aux travailleurs de la santé de première ligne – et pour garantir les interventions les plus appropriées?

² Les rapports de FluWatch sont affichés sur le site Web de Santé Canada toutes les semaines pendant la saison grippale (de septembre à avril) et toutes les deux semaines pendant le reste de l'année. Avant la publication sur Internet, Santé Canada envoie les rapports par courrier électronique et par télécopieur à tous les représentants provinciaux et territoriaux de FluWatch, au Comité de la grippe pandémique, un réseau de 250 médecins sentinelles, au Collège des médecins de famille du Canada, aux responsables de la lutte contre les infections dans les hôpitaux, à l'OMS et à l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), au CDC et à plusieurs ministères du gouvernement fédéral (p. ex. le ministère de la Défense nationale).

2B. De Kowloon à Scarborough (23 février 2003 – 12 mars 2003)

Mme K. est retournée à Toronto le 23 février 2003 après un séjour de 10 jours à Hong Kong. Pendant ses vacances, elle a passé trois nuits au Metropole Hotel à Kowloon où elle a brièvement rencontré le médecin de Guangdong. Deux jours après son arrivée à Toronto, Mme K. a développé une forte fièvre et lorsqu'elle a consulté son médecin de famille le 28 février, elle se plaignait également de douleurs musculaires et d'une toux sèche. L'état de Mme K. a continué à se détériorer et elle est décédée à la maison le 5 mars 2003. Les membres de sa famille n'ont pas voulu d'autopsie et le médecin légiste ne l'a pas jugé nécessaire. Sur le certificat de décès, le médecin légiste a inscrit que la cause du décès était une crise cardiaque.

Le 7 mars 2003, deux jours après le décès de sa mère, le fils aîné de Mme K. âgé de 44 ans, T C-K est arrivé au service des urgences de la division Grace du Scarborough Hospital. Il se plaignait d'une forte fièvre, d'une toux grave et d'une respiration laborieuse. Il a été placé dans la salle d'observation ouverte d'un service des urgences très occupé pendant 18 à 20 heures en attendant son admission. Seuls des rideaux le séparaient des patients à proximité immédiate. Le jour suivant, l'état de M. T. s'était suffisamment détérioré pour qu'il soit admis au service des soins intensifs où il a finalement eu besoin d'intubation – les médecins ont inséré un tube par sa bouche dans la trachée et l'ont branché sur un ventilateur pour l'aider à respirer.

Le médecin qui a traité M. T. était un spécialiste des troubles respiratoires et des soins intensifs qui soupçonnait, de façon judicieuse, la tuberculose. Il n'avait pas reçu l'information sur la mystérieuse maladie respiratoire de Guangdong. La tuberculose étant une possibilité, il a isolé M. T. et a demandé au reste de la famille de rester à la maison. Il a communiqué avec le bureau de santé publique de Toronto. Conformément au protocole habituel pour la tuberculose, les responsables de la santé publique ont communiqué avec la famille et pris des dispositions pour prendre des radiographies pulmonaires et faire des tests cutanés de dépistage de la tuberculose. D'après les responsables du bureau de santé publique de Toronto, aucun membre de la famille n'a signalé qu'il ne se sentait pas bien.

De nombreux patients et membres du personnel ont été en contact avec M. T. avant qu'il ne soit placé en isolement et deux des patients traités au service des urgences de Grace en même temps que lui allaient également tomber malades. En raison en partie du trop grand nombre de patients à l'hôpital, M. T. est resté au service des urgences longtemps après que les médecins aient autorisé son admission à l'hôpital. Pendant qu'il attendait qu'un lit se libère, M. T. a reçu de l'oxygène et des médicaments par vaporisation (ayant la capacité éventuelle de transformer des gouttelettes infectieuses en un aérosol infectieux) et a eu de nombreuses visites.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

L'épidémie du SRAS a mis en lumière l'état des services des urgences canadiens – le point de premier contact des patients les plus malades. Comme l'Association canadienne des médecins d'urgence l'a signalé dans son mémoire au Comité, il n'existe pas de normes nationales sur la conception ou l'exploitation des services des urgences, la plupart des services ne disposent pas d'installations d'isolement adéquates, le personnel peut ne pas être formé sur les mesures de lutte contre les infections et « la pratique actuelle consistant à héberger un nombre important de patients malades admis pour des durées prolongées dans des services des urgences ouverts surpeuplés présente un risque potentiel pour la santé publique ». Ces phénomènes sont indicatifs non seulement des problèmes de financement et d'organisation des services des urgences, mais également de l'état de pénurie permanent dans les soins ambulatoires et du besoin d'une réforme des soins primaires.

La nouvelle maladie s'est propagée dans d'autres pays. Un homme d'affaires américain qui avait également séjourné au Metropole Hotel s'est envolé pour Hanoi, au Vietnam. Ne se sentant pas bien, il a visité un hôpital local le 26 février 2003 où, au cours des quelques jours suivants, plusieurs infirmières sont également tombées malades. L'hôpital a appelé le bureau local de l'OMS et le Dr Carlo Urbani a été envoyé pour faire enquête. Le 28 février, il a informé le bureau régional de l'OMS du groupe de la maladie respiratoire. Le 6 mars 2003, ne pouvant toujours pas déterminer la cause de l'épidémie à Hanoi, il a appelé directement le siège de l'OMS à Genève. Le Dr Urbani a également commencé à ressentir les symptômes de la maladie le 11 mars et il est décédé 18 jours plus tard. L'alerte qu'il a donnée a contribué à circonscrire l'épidémie au Vietnam.

Entre-temps à Hong Kong, plusieurs dizaines de travailleurs de la santé de l'hôpital Prince of Wales ont commencé à avoir des symptômes. Vingt-trois ont été admis dans une salle d'isolement le 11 mars 2003.

Le 12 mars 2003, l'OMS émettait une alerte mondiale au sujet de la mystérieuse maladie (qui sera bientôt appelée le syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS) qui se déclarait principalement parmi les travailleurs de la santé à Hanoi et à Hong Kong. Les médecins de plusieurs hôpitaux de Toronto ayant traité des patients au cours de la première vague de l'épidémie ont signalé par la suite qu'ils n'avaient été informés de l'alerte par aucun palier de la santé publique – local, provincial ou national. Le jour suivant, ces médecins ont découvert l'alerte de l'OMS grâce à leur propre système de collecte des renseignements.

2C. SRAS I : L'épidémie commence (13 mars 2003 – 25 mars 2003)

M. T. est décédé le 13 mars 2003. À cette date, les résultats des tests de dépistage de la tuberculose étaient connus et négatifs et plusieurs autres membres de la famille étaient malades. Les responsables de la santé publique, après consultation avec des spécialistes comme le Dr Allison McGeer et le Dr Andrew Simor, ont fait un rapport entre ces événements. Il y avait une maladie respiratoire inhabituelle à Guangdong qui s'était apparemment propagée à Hong Kong. Mme K. avait récemment voyagé à Hong Kong. Elle était décédée à son domicile. Peu après, son fils avait une maladie respiratoire qui n'avait pas répondu au traitement habituel. Il était également décédé et d'autres membres de la famille manifestaient maintenant les symptômes.

Les médecins traitants se sont rendu compte qu'il fallait prévenir la transmission d'une maladie qui était de toute évidence contagieuse, mais dont le mode de transmission n'était pas connu. Ils ont organisé le transfert des membres de la famille de Mme K. vers des hôpitaux ayant des chambres d'isolement en pression négative, pour prévenir la transmission aéro-gène des maladies. Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, le Mount Sinai et le Toronto Western Hospital du University Health Network ont tous accepté les membres de la famille. Une petite-fille a été admise au Hospital for Sick Children.

M. P., qui avait été traité dans le lit du service des urgences adjacent à celui de M. T. le 7 mars 2003 est retourné au Scarborough Hospital le 16 mars avec des symptômes respiratoires et une fièvre. Il a été admis dans une chambre d'isolement pour les maladies aéro-gènes au service des urgences et a été traité en prenant des précautions concernant le contact et les gouttelettes avant d'être envoyé au service des soins intensifs. Mais sa femme, qui était avec lui au service des urgences, n'a pas été interrogée au sujet de la maladie avant son transfert au service des soins intensifs. M. P. est décédé le 21 mars. Sa femme et trois autres membres de sa famille ont été infectés. Sa femme a infecté sept visiteurs au service des urgences, six membres du personnel hospitalier, deux patients, deux auxiliaires médicaux, un pompier et une femme de ménage.

Le médecin qui a intubé M. P. au service des soins intensifs portait un masque, une protection oculaire, une blouse et des gants, mais il a malgré tout contracté le SRAS. Cela n'a fait qu'intensifier les inquiétudes au sujet du caractère infectieux du SRAS, en particulier lorsque les trois infirmières présentes lors de l'intubation ont également été infectées. Les procédures d'intubation, une source importante de production de gouttelettes, allaient être une cause fréquente de transmission du SRAS pendant l'épidémie.

Un autre patient qui était au service des urgences avec M. T. le 7 mars 2003 est tombé malade le 13 mars et a été ramené au Scarborough Hospital par ambulance. Il souffrait d'un infarctus du myocarde confirmé – une crise cardiaque. On savait qu'il avait été en contact avec M. T., mais on ne pensait pas à ce moment-là que sa fièvre bénigne et le petit infiltrat sur sa radiographie pulmonaire étaient compatibles avec le SRAS. Les travailleurs de la santé qui traitaient le patient n'utilisaient que les précautions de contrôle des infections habituelles et ils l'ont transféré au York Central Hospital, un hôpital communautaire polyvalent au nord de Toronto. Il deviendra la source d'un autre groupe du SRAS qui touchera en fin de compte plus de 50 personnes et conduira à la fermeture du York Central Hospital.

Pendant que Toronto luttait contre la propagation de l'épidémie de SRAS, la Colombie-Britannique faisait face à une situation différente. Le jour du décès de M. T., avant que l'on ait pris connaissance à Vancouver de l'éclosion de SRAS à Toronto, un homme qui avait également séjourné au Metropole Hotel de Hong Kong est arrivé à l'hôpital général de Vancouver porteur de symptômes semblables à ceux de la grippe. Il habitait avec sa femme, n'avait pas eu de contact avec sa famille et ses amis et était venu directement à l'hôpital lorsque les symptômes étaient apparus. Les professionnels de la prévention des infections et le médecin traitant de l'hôpital général de Vancouver ont veillé à ce que leur cas de référence porte un masque et soit isolé rapidement. Aucun cas de transmission secondaire n'a été signalé. En revanche, Mme K. à Toronto était entourée d'une nombreuse famille et n'a demandé que des soins ambulatoires. Son fils malade n'avait pas fait de voyages qui auraient pu provoquer des soupçons lors de son admission à l'hôpital.

Le 13 mars 2003, Santé Canada était informé du groupe de Toronto et convoquait la première de ce qui deviendrait des conférences téléphoniques quotidiennes de partage d'information entre les spécialistes de la santé publique aux paliers fédéral, provincial et territorial. Le 14 mars, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tenait une conférence de presse avec des porte-parole du bureau de santé publique de Toronto et du Mount Sinai Hospital au sujet des cas de pneumonie atypique. Les médias ont alors commencé à couvrir cette nouvelle histoire avec avidité.

Pendant ce temps, le SRAS continuait de se propager à la division Grace du Scarborough Hospital; les patients, le personnel et les visiteurs présentaient des symptômes correspondant à la nouvelle maladie. Les services des urgences et des soins intensifs de Grace ont été fermés le 23 mars 2003 et on a commencé à refuser les nouvelles admissions et les transferts d'autres hôpitaux. Les services de consultations externes ont été fermés et on a interdit aux employés de travailler dans d'autres établissements. Toute personne qui avait pénétré dans l'hôpital après le 16 mars devait respecter une quarantaine de dix jours.

L'hôpital a mis en œuvre des politiques rigoureuses de prévention des infections, y compris les précautions relatives aux contacts et aux gouttelettes, notamment se laver les mains, porter des blouses, des masques de classe N95³, des lunettes de sécurité et utiliser des chambres individuelles ou à pression négative pour tous les patients affectés par le SRAS.

Le 23 mars 2003, les responsables ont reconnu qu'il n'y avait plus de chambres à pression négative disponibles à Toronto. En l'espace de quatre heures, l'après-midi du 23 mars, le personnel du West Park Hospital, une unité pour maladies chroniques, a rouvert 25 lits dans un bâtiment inutilisé qui servait auparavant à héberger des patients atteints de tuberculose. En dépit des efforts des médecins et des infirmières du West Park Hospital et de l'aide du personnel du Scarborough Grace Hospital et du Mount Sinai Hospital, le personnel qualifié disponible ne pouvait soigner que 14 patients.

Face à l'intensification de la transmission, le 25 mars 2003, le gouvernement de l'Ontario déclarait le SRAS maladie transmissible et virulente et à déclaration obligatoire en vertu

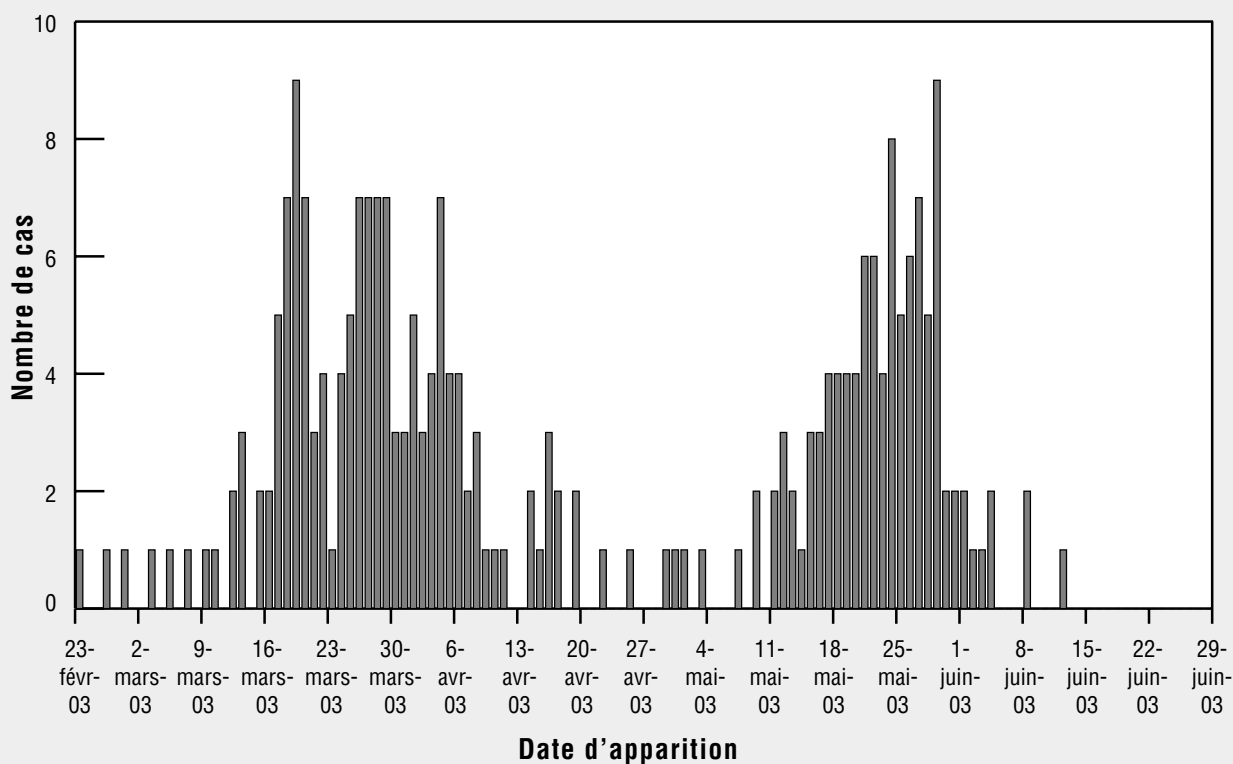
de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Cette mesure a permis aux responsables de la santé publique de recevoir les pouvoirs nécessaires pour suivre les personnes infectées et émettre des ordonnances pour les empêcher de s'engager dans des activités susceptibles de transmettre la nouvelle maladie. Les responsables provinciaux de la santé publique ont activé le centre des opérations d'urgence.

Le 26 mars 2003 au soir, l'unité de West Park et toutes les chambres à pression négative disponibles dans les hôpitaux de Toronto étaient pleines. Cependant, dix membres du personnel malades du Scarborough Hospital ayant besoin d'être admis attendaient au service des urgences et d'autres qui étaient malades attendaient une consultation chez eux. Le lendemain, à la suite de la déclaration d'une situation d'urgence provinciale, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée demandait à tous les hôpitaux de créer des unités de soins pour les patients atteints du SRAS. Assumant un rôle de chef de file dans l'épidémie, le Sunnybrook et le Women's allaient ouvrir 40 chambres à pression négative en l'espace de 48 heures.

FIGURE 1

Courbe épidémique d'une épidémie de SRAS au Canada, du 23 février au 2 juillet 2003

(N = 250), à l'exception d'un cas dont la date d'apparition n'est pas connue.



3 Les appareils respiratoires sont conçus pour aider à éviter l'inhalation de particules en suspension dans l'air par l'utilisateur. Rigoureusement parlant, le masque N95 est un appareil respiratoire et est conçu pour filtrer 95 % des particules d'une taille supérieure à un micromètre. Les masques chirurgicaux bloquent les gouttelettes produites par l'utilisateur et évitent la transmission des sécrétions virulifères. Pendant l'épidémie du SRAS, de nombreux patients et visiteurs devaient porter des masques chirurgicaux.

Le 25 mars 2003, Santé Canada signalait 19 cas de SRAS au Canada –18 en Ontario et le cas unique à Vancouver. Cependant, 48 cas ayant fait l'objet d'un diagnostic présumé de SRAS étaient en fait admis à l'hôpital avant la fin de la journée. De nombreuses autres personnes commençaient à ressentir les symptômes et allaient être finalement identifiées comme des patients atteints du SRAS. Les courbes épidémiques ont montré par la suite que cette période avait été le pic de l'écllosion. Le 19 mars, neuf Canadiens ont été considérés comme des cas « probables » de SRAS, le total quotidien le plus élevé. Pour ce qui est des cas « soupçonnés » et « probables », le sommet a été atteint le 26 mars alors que les trois jours allant du 25 au 27 mars ont marqué le pire de l'épidémie.

2D. L'urgence (26 mars 2003 – 7 avril 2003)

Le 26 mars 2003, le premier ministre de l'Ontario, Ernie Eves, déclarait une situation d'urgence provinciale liée au SRAS. En vertu de la *Loi sur les mesures d'urgence*, le premier ministre a le pouvoir de diriger et de contrôler les gouvernements et les établissements locaux pour que les services nécessaires soient fournis. Le même jour, la province ouvrait son centre des opérations d'urgence pluriministériel provincial, situé au 19^e étage du 25, rue Grosvenor.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a ordonné à tous les hôpitaux de la Région du Grand Toronto (RGT) et du comté de Simcoe d'activer leurs plans d'urgence de Code orange. Le Code orange signifie que les hôpitaux en cause doivent suspendre tous les services non essentiels. Ils doivent également limiter les visites, créer des unités d'isolement pour les éventuels patients atteints du SRAS et fournir des vêtements de protection pour le personnel exposé (c.-à-d. des blouses, des masques et des lunettes). Quatre jours plus tard, les responsables provinciaux étendaient les restrictions à tous les hôpitaux de l'Ontario.

Le Comité a entendu des opinions divergentes sur le fait de savoir si le Code orange était justifié. Plusieurs répondants ont signalé le nombre très important d'interventions annulées ou de services où les soins ont été interrompus et ont indiqué que l'on ne saurait peut-être jamais le nombre des victimes collatérales. D'autres préjudices ont été plus subtils, notamment les difficultés causées par les restrictions imposées aux visites entre les familles et les patients hospitalisés souffrant d'autres maladies que le SRAS. Ces personnes interrogées ont allégué que l'activation du Code orange a démontré un « manque de compréhension du système ». Ils ont suggéré que le Scarborough Hospital aurait pu être fermé et transformé en un hôpital consacré exclusivement aux patients atteints du SRAS, en faisant appel à du personnel de soutien d'autres établissements, en attendant que d'autres hôpitaux commencent des préparations urgentes pour devenir des centres de traitement du SRAS. Les autres éléments du système auraient pu alors continuer de fonctionner en prenant de nouvelles précautions de lutte contre l'infection.

D'autres répondants étaient convaincus que la déclaration d'urgence et le Code orange avaient joué un rôle essentiel pour stimuler la prévention des infections et éviter une exposition non reconnue par les hôpitaux face à l'incertitude au sujet de la transmissibilité du SRAS.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Un leadership ministériel est nécessaire pour créer des protocoles de gestion des épidémies dans l'ensemble du système, correspondant idéalement à la gravité de l'épidémie. De nombreux Ontariens ont subi les conséquences préjudiciables de chirurgies annulées et de rendez-vous reportés. L'Ontario pouvait placer les hôpitaux en Code orange (ou non), mais n'avait pas de protocole coordonné pour les établissements de santé et de soins prolongés et les professionnels de la santé communautaires. Les autres provinces du Canada sont-elles dotées de tels protocoles? Sont-ils harmonisés afin de permettre une coordination interprovinciale dans l'éventualité d'une épidémie nationale? Santé Canada a-t-il assumé un rôle de leadership pour créer des modèles de protocole et faciliter leur adoption ?

Le Dr Jim Young, commissaire à la sécurité publique de l'Ontario, a co-présidé le comité exécutif du centre des opérations provincial et dirigé le comité consultatif exécutif et scientifique chargé d'évaluer, dans le cadre d'un examen long et intensif, les avantages et les inconvénients de désigner un ou plusieurs établissements comme des « hôpitaux SRAS ». Les décideurs craignaient qu'une épidémie dépasse les capacités de l'hôpital ou des deux hôpitaux désignés. L'expérience du West Park a montré que la logistique de la dotation d'un hôpital spécialisé dans le SRAS serait extrêmement difficile. Le fait de concentrer les patients atteints du SRAS dans quelques établissements imposerait un énorme fardeau à ces hôpitaux et exposerait leur personnel clinique à un plus grand risque. Les patients se rendraient toujours au service des urgences le plus proche de chez eux, et les conventions collectives en vigueur limitaient la capacité du système à transférer le personnel dans de nouveaux établissements. L'équipe a décidé de miser sur la capacité de gestion du SRAS dans plusieurs établissements. Les patients atteints du SRAS ont été soignés dans plus de 20 hôpitaux dispersés dans la Région du Grand Toronto.

2D.1 Technologie de l'information et partage des données

Le 1^{er} avril 2003, le Dr Ian Johnson, professeur et épidémiologiste à l'Université de Toronto, était détaché au ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour établir un système de surveillance du SRAS. Il avait auparavant rempli les fonctions de médecin-hygiéniste adjoint pour le North York Hospital. Dès son arrivée, le

Dr Johnson a immédiatement remarqué l'insuffisance des ressources physiques et humaines. Il a par la suite déclaré au Comité que les structures hiérarchiques étaient mal définies et que le siège social de la Direction de la santé publique n'était tout simplement pas en mesure de fournir un soutien optimal à une enquête et à une gestion de l'épidémie. Il fallait également répondre aux demandes fréquentes de données pour les conférences de presse quotidiennes du gouvernement provincial.

Le Dr Johnson a qualifié le logiciel de suivi et de gestion de l'épidémie des maladies infectieuses de la province de « plate-forme DOS archaïque, utilisée à la fin des années 80, incapable de s'adapter au SRAS ». Plusieurs autres témoins clés se sont fait l'écho de cette opinion. En 2000, la Direction de la santé publique de l'Ontario a dirigé un processus visant l'élaboration d'un plan quinquennal pour mettre à niveau la technologie de l'information, mais son financement n'a pas été approuvé.

Le bureau de la santé publique de Toronto a évalué cette plate-forme désuète et a rapidement estimé qu'elle était insuffisante pour l'épidémie du SRAS. Le bureau de la santé publique de Toronto a développé de nouveaux outils logiciels pour assurer le suivi des cas et des contacts. D'autres unités de services de santé locales ont fini par suivre l'exemple lorsque l'épidémie s'est propagée. Mais les dossiers individuels des cas et des contacts ont été tenus sur des graphiques imprimés comprenant des papillons adhésifs à code de couleur. Le Dr Sheela Basrur, médecin hygiéniste en chef de la ville, a commenté ultérieurement que Toronto utilisait des outils du dix-neuvième siècle pour lutter contre une maladie du vingt-et-unième siècle.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Les autorités provinciales de santé publique sont la ligne de défense supérieure lorsqu'une épidémie se propage au-delà de l'unité des services de santé d'une seule municipalité ou dépasse sa capacité. Idéalement, elles assurent un leadership et une coordination des activités de santé publique à l'échelle provinciale. La Colombie-Britannique est allée un peu plus loin en créant une unité spéciale axée sur les maladies infectieuses au Centre for Disease Control de la province. L'Ontario aurait-il tiré profit d'un organisme semblable à l'échelle provinciale ? Comment peut-on créer une deuxième ligne de défense contre des épidémies à l'échelle nationale ? L'Ontario a également créé des fonctions de santé publique pour assurer un contrôle municipal; les dépenses sont divisées à parts égales entre le gouvernement provincial et les municipalités. Cela a-t-il affaibli la capacité de l'Ontario d'assurer une gestion coordonnée des épidémies relevant de plusieurs compétences ?

Plusieurs personnes interrogées ont signalé le manque de précision des protocoles de traitement des données, voire leur inexistence. Leur élaboration pendant l'épidémie du SRAS s'est révélée longue et décourageante. Un répondant a décrit la situation comme une « guerre territoriale » à de multiples niveaux. Les offres d'assistance des cliniciens universitaires ont été rejetées, et les infectiologues et les épidémiologistes des hôpitaux ont établi un système de données distinct pour la gestion clinique et la prévention des infections dans les établissements.

Les responsables de Santé Canada craignaient que la Direction de la santé publique du ministère de la Santé de l'Ontario ne soit, selon un répondant, « complètement dépassée ». Le Comité a appris ultérieurement que le personnel et l'infrastructure soutenant les médecins hygiénistes en chef sont insuffisants dans plusieurs provinces.

Le Dr Colin D'Cunha est le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario et le commissaire à la santé publique. Il a co-présidé l'équipe d'urgence provinciale avec le Dr Young. Le Dr D'Cunha a informé le Comité que le bureau de santé publique de Toronto avait été initialement dépassé et n'avait pas été en mesure de produire rapidement des données au cours des deux ou trois premières semaines de l'épidémie. Un autre répondant a signalé que Toronto compte 1 800 employés dans le secteur de la santé publique et se demandait si la ville avait une unité de gestion de l'épidémie et de traitement des maladies infectieuses suffisamment importante.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

L'absence d'une base de données moderne accessible aux autorités sanitaires locales, provinciales et fédérales a eu des répercussions préjudiciables sur la transmission de l'information au public et aux organismes internationaux. L'absence de bases de données appropriées et partagées et de capacité d'analyse provisoire des données a également entravé l'enquête et la gestion de l'épidémie et a limité la recherche épidémiologique et clinique sur le SRAS. Des ententes sur le partage des données entre les différents paliers de gouvernement, et la technologie de l'information nécessaire, n'existaient manifestement pas avant l'épidémie. Qui est responsable de l'élaboration de tels protocoles ? Quels types de systèmes d'information pourraient éviter de futurs problèmes ? Comment les responsables peuvent-ils s'assurer de la confidentialité et de la sécurité des données sur les patients tout en facilitant l'accès et les analyses nécessaires ?

Le Dr D’Cunha a déclaré que la protection de la confidentialité des patients a limité sa capacité à divulguer des données à Santé Canada. Les médecins principaux de santé publique de la RGT étaient du même avis en ce qui concerne leur obligation de faire part des données avec la Direction de la santé publique de l’Ontario. Mais les répondants de Santé Canada ont fait valoir qu’ils n’ont jamais voulu d’identifications personnelles, mais simplement plus de détails afin de satisfaire aux exigences de rapport de l’OMS. De nombreux répondants ont fait remarquer la dysfonctionnalité des liens entre les responsables de la santé publique aux trois paliers de gouvernement.

La province et le gouvernement fédéral n’ont jamais finalisé de protocole d’entente sur le partage des données. Les responsables de la santé publique de haut niveau en Ontario et à Santé Canada ont depuis donné au Comité des opinions nettement divergentes quant à la rapidité et la pertinence avec lesquelles l’information a circulé. Il est manifeste qu’à certains moments pendant l’épidémie, le Dr Arlene King de Santé Canada a traité directement avec le Dr Johnson et les responsables locaux de la santé publique afin d’obtenir les données plus détaillées nécessaires aux discussions avec l’OMS. Les unités de santé publique locales ont ressenti à leur tour les pressions de la part de la Direction de la santé publique de l’Ontario qui voulait recevoir des données pour les conférences de presse, les rapports à Santé Canada, ou les deux.

Un médecin principal de santé publique, en détachement à l’OMS pendant l’épidémie du SRAS, a évalué sans ménagement les tensions juridictionnelles après une visite au Canada en mai : « Le système est malade. Il ne fonctionne plus. »

2D.2 Comité consultatif scientifique

Un autre groupe qui s’est plaint du manque de données a été le Comité consultatif scientifique, un groupe ad hoc de spécialistes qui n’était au début qu’un « assemblage téléphonique » de médecins, professionnels de la prévention des infections et administrateurs de tout le pays préoccupés par la situation. Composé de bénévoles qui ont abandonné ce qu’ils faisaient pour apporter leur aide pendant l’épidémie de Toronto, le comité a travaillé pendant de longues heures, sept jours sur sept. Plusieurs médecins de Toronto étaient membres à part entière du comité, mais lorsque le Dr Allison McGeer est tombée malade et que cinq membres de base ont été contraints à rester en quarantaine, le Dr Dick Zoutman, un épidémiologiste hospitalier et un médecin microbiologiste de Kingston, est venu à Toronto pour assumer la présidence. « Ayant les poings liés » en raison du manque d’information, le Dr Zoutman a déclaré ultérieurement que son groupe « voulait désespérément faire une étude épidémiologique, mais n’avait pas les données, ni la capacité, ni le temps de le faire ».

Le Comité consultatif scientifique était chargé d’élaborer des lignes directrices sur la quarantaine et des directives pour les hôpitaux sur des sujets tels que les restrictions à l’accès, l’isolement, le dépistage pour les employés et les transferts de patients. Les directives ont été communiquées au directeur de la direction des hôpitaux du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et à son personnel, qui les a remaniées pour en faciliter l’application par les administrateurs, ou comme l’équipe l’a dit « traduire dans la langue des hôpitaux ».

En préparant les directives sous une intense pression, le Comité consultatif scientifique a parfois multiplié les ébauches, mais a conçu rapidement les protocoles nécessaires. Le Comité consultatif scientifique devait également gérer le changement fréquent des membres car certains médecins retournaient à leur travail normal. Tout en louant le président et les membres du Comité consultatif scientifique, les personnes interrogées se sont demandées plus tard pourquoi le comité ne comprenait pas des spécialistes en anesthésie, pédiatrie ou thérapie respiratoire. Des représentants de la médecine familiale ont participé plus tard pendant l’épidémie, lorsque l’on s’est rendu compte que la contribution des soins primaires était essentielle pour produire des directives pour les médecins pratiquant dans les collectivités.

Certaines nuances et le sens des directives ont parfois été perdus en passant par divers réseaux. Un spécialiste qui siégeait au Comité consultatif scientifique a déclaré par la suite que : « Parfois, les directives données aux hôpitaux semblaient considérablement différentes des directives dont les membres du Comité consultatif scientifique avaient convenues et étaient très déroutantes pour les hôpitaux ». Plusieurs chefs cliniciens et administrateurs ont exprimé leurs préoccupations au sujet du fait que les premières directives n’avaient pas été soumises à des essais sur le terrain, manquaient de fondement scientifique ou n’étaient pas applicables. Mais le Dr Jim Young a fait remarquer que la situation exigeait « des mesures décisives et non la perfection. Chaque heure gaspillée représentait un plus grand nombre de personnes infectées. »

Une des directives qui a suscité la controverse a été celle qui exigeait le port des masques N95 ayant fait l’objet d’essais d’ajustement. Le Comité consultatif scientifique n’avait jamais vraiment discuté des essais d’ajustement (une opération complexe au cours de laquelle un sujet essaie différents modèles pendant qu’un gaz au goût amer circule en dessous d’une cagoule) ni de la pertinence de la norme N95. Étant donné que le SRAS se propageait principalement par des gouttelettes, certains répondants ont remis en cause la nécessité du port des masques N95. Mais d’autres ont fait valoir que la maladie devrait être traitée comme si sa contagion était aérogène en attendant d’en savoir plus.

Nonobstant le débat sur la nécessité des masques N95, les essais d'ajustement ont été généralement jugés impossibles d'un point de vue pratique. Le Centre provincial des opérations a décrété que les travailleurs de la santé devraient porter un masque ayant fait l'objet d'essais d'ajustement, mais sans qu'un soutien ne soit apporté aux hôpitaux pour que cette mesure puisse être appliquée. Pour compliquer encore les choses, des syndicats comme le Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario ont tenté de s'acquitter de leur mandat en matière de sécurité en publiant leurs propres alertes et recommandations en ce qui concerne la santé. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario s'est inquiétée du manque d'essais d'ajustement et de l'inobservation de la directive provinciale et a déposé des griefs pour protéger les infirmiers et les infirmières de première ligne.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Le Comité consultatif scientifique était un groupe de bénévoles infatigables mis sur pied à la hâte. Avec plus de 200 patients atteints du SRAS à Toronto, les infectiologues avaient trop de travail – et la ville ne disposait que de quelques épidémiologistes de l'hôpital. Leur capacité à participer aux délibérations du Comité consultatif scientifique était limitée, et lorsqu'ils étaient en mesure de participer en personne, le comité tout entier courait le risque d'être infecté par le virus du SRAS. Un organe semblable au Comité consultatif scientifique aurait-il déjà dû être en place? Les CDC a récemment introduit l'utilisation d'une équipe de réflexion pour fournir un soutien scientifique et des réflexions sereines au milieu de ce qui est souvent une atmosphère de crise. Quel type de structure devrait-on mettre en place dans les provinces ou à l'échelle nationale pour s'assurer du soutien scientifique nécessaire à une enquête sur l'épidémie et aux fonctions de l'équipe de réflexion? Qui devrait émettre les directives pour les travailleurs de la santé et les établissements et quel type de soutien devrait être fourni pour faciliter l'observation?

2D.3 Leadership

Divers répondants ont loué les leaders infatigables de l'intervention d'urgence, mais ils ont remarqué, comme l'a dit l'un d'eux que « nous ne savions jamais qui était responsable ». Le Dr D'Cunha et le Dr Young ont dirigé conjointement le Centre provincial des opérations. De nombreux répondants ont remarqué des tensions entre les deux médecins, ainsi que leurs styles de gestion divergents. Dans des entrevues séparées, le Dr Young et le Dr D'Cunha ont tous les deux reconnu que la structure de leadership double était loin d'être idéale et qu'une seule personne aurait dû être responsable. Les choses ont été encore compliquées lorsque d'autres directions du

ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont contribué à gérer les interactions avec les hôpitaux, les établissements de soins prolongés, les médecins et les différents éléments du système de services de santé. Certains médecins qui soignaient les patients atteints du SRAS ont commencé à se demander si la gestion de l'épidémie ne devrait pas être confiée à un seul responsable et dans quelles conditions.

Les mêmes thèmes ont surgi au niveau fédéral. Le personnel du bureau régional de Santé Canada à Toronto a estimé qu'il aurait pu jouer un rôle plus important étant donné sa proximité de la crise et sa capacité à collecter des renseignements à l'échelle locale. Un comité F/P/T de planification relatif à la grippe pandémique qui existait déjà est devenu le centre de téléconférences quotidiennes sur le SRAS organisées par Santé Canada, mais les responsables de l'Ontario étaient trop occupés à faire face à l'épidémie pour se joindre à eux. Les répondants ont loué plusieurs cadres supérieurs de Santé Canada qui sont venus d'Ottawa pour apporter leur aide à Toronto. Cependant, que ce soit juste ou non, la plupart des répondants ont comparé l'intervention de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada à la norme rigoureuse de soutien du fédéral établie par les CDC aux États-Unis. Un responsable provincial de la santé a commenté par la suite que « le pré Tunney est bon pour donner des conseils généraux et Ottawa a un chéquier bien garni, mais les fédéraux manquent de crédibilité opérationnelle ».

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Les situations d'urgence sont stressantes par nature. Les crises de santé publique exigent un leadership clair à l'échelle municipale, provinciale et finalement nationale à mesure que leur portée s'étend. Qui devrait fournir ces différents niveaux de leadership? Quel type de structure organisationnelle serait la plus efficace? Certains répondants ont contesté l'intégration de l'intervention liée au SRAS, une crise de santé publique, aux structures générales de gestion des urgences de l'Ontario. Devrait-on créer une catégorie pour les urgences sanitaires distinctes de la structure d'urgence générale aux niveaux provincial et fédéral?

2D.4 Rôle de Santé Canada

Selon les communications internes de Santé Canada, le 14 mars 2003, le gouvernement fédéral a envoyé « six infectiologues et épidémiologistes pour participer à l'enquête sur les cas de SRAS », ainsi que « huit autres spécialistes » envoyés le 1^{er} avril. Or, un responsable provincial a indiqué par la suite que Santé Canada avait envoyé trois stagiaires de son Programme d'épidémiologie d'intervention pour réaliser un projet de recherche avec

le Bureau de santé publique de Toronto. Il semble qu'environ douze membres du personnel de Santé Canada à différents niveaux hiérarchiques se soient effectivement trouvés à Toronto pendant une bonne partie de l'épidémie, mais ils étaient largement invisibles. Les cadres supérieurs fédéraux ont participé de près à la recherche sur un certain nombre de groupes du SRAS, ont organisé la préparation des autres provinces et territoires au SRAS et ont géré la liaison internationale. Mais la participation fédérale en Ontario a été limitée par l'absence de rôle bien défini dans une structure organisationnelle, l'absence de données pour l'enquête sur l'épidémie et l'absence d'ententes sur les processus opérationnels pour la collaboration interjuridictionnelle.

Par exemple, des épidémiologistes d'intervention de Santé Canada ont d'abord travaillé avec le Bureau de santé publique de Toronto avant d'être transférés vers un bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée au 5700, rue Yonge où leurs fonctions comprenaient la saisie de données. Leurs conseillers à Ottawa se sont opposés à ce déploiement de personnel qualifié et les épidémiologistes d'intervention ont perdu le moral. D'autres ont été envoyés par roulement, mais cette solution s'est révélée moins qu'optimale. Un membre du Comité consultatif scientifique a indiqué que « l'aide de Santé Canada sur le terrain semblait venir par contrats de cinq jours de sorte qu'il n'y avait aucune continuité ». De leur côté, les épidémiologistes d'intervention critiquaient le manque d'organisation provinciale et le manque de données. Le 30 avril, Santé Canada a retiré les épidémiologistes d'intervention du bureau provincial, une décision qui, selon certains répondants, montrait un manque de solidarité et était malvenue.

Le 30 avril et le 1^{er} mai 2003, le gouvernement fédéral convoquait un « Sommet sur le SRAS » sur invitation à Toronto pour établir le cadre d'une stratégie nationale sur le SRAS. Cet événement a contribué à promouvoir des objectifs communs dans le cadre de la lutte contre le SRAS, bien que certains cliniciens et médecins spécialistes de la santé publique de première ligne qui avaient lutté contre le SRAS sur le terrain se soient demandés par la suite pourquoi ils n'avaient pas été invités. Santé Canada a également facilité l'acquisition d'environ 1,5 million de masques N95 pour le Système de la Réserve nationale de secours et en a envoyé 10 000 aux responsables de la santé de Toronto.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Aux États-Unis, comme au Canada, la responsabilité de la gestion de l'épidémie progresse à travers les voies hiérarchiques locales et étatiques de la santé publique. Cependant, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sont généralement « invités tôt et souvent » à participer à toute épidémie grave. Leur crédibilité atténuée les tensions juridictionnelles. On ne peut pas en dire autant de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'heure actuelle. Comment pouvons-nous créer la capacité fédérale à soutenir les responsables provinciaux et municipaux dans leur lutte contre les épidémies? Quelle hiérarchie concertée des divers rôles et responsabilités peut être mise sur pied pour tenir compte de la nature fédérale propre au Canada ?

2D.5 Communications publiques et relations avec les médias

Santé Canada, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et Le Bureau de santé publique de Toronto ont tous publié des mises à jour régulières sur le SRAS sur leurs sites Web. Les conférences de presse télévisées sur le SRAS étaient en manchette quotidiennement dans les journaux télévisés nationaux – le Dr James Young, le Dr Colin D'Cunha et le Dr Sheela Basrur sont devenus des noms familiers. Le Dr Donald Low, microbiologiste en chef à l'hôpital Mount Sinai et professeur de médecine à l'Université de Toronto, est apparu comme un des leaders officiels de la lutte contre le SRAS et a parfois participé aux conférences de presse officielles. D'autres spécialistes des maladies transmissibles et lui-même ont répondu à de nombreuses interviews improvisées.

De nombreux observateurs ont jugé que l'interaction avec les médias est devenue une fin en soi pendant l'épidémie. Plusieurs personnes interrogées par le Comité ont estimé que cela donnait l'impression d'un trop grand nombre de « têtes parlantes » dont les opinions divergeaient parfois. Singapour, en revanche, a organisé, un soir, une conférence de presse avec un seul porte-parole, le ministre de la santé, ce qui a permis aux responsables de la santé publique et aux infectiologues de se concentrer sur l'épidémie. Un médecin principal s'est demandé par la suite pourquoi les médias avaient insisté sur le nombre cumulatif des victimes probables ou soupçonnées du SRAS, plutôt que sur les données statistiques sur les incidences quotidiennes relativement faibles (selon la figure 1). Il semble, cependant, qu'il n'y ait pas eu de stratégie de communication cohérente visant à dissiper l'impression d'une crise allant en s'aggravant.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

La communication a été une des questions soulevées dans une lettre convaincante adressée au Comité et signée par les présidents ou les directeurs généraux de neuf grands groupes de soins de santé – l'Association médicale canadienne, l'Association canadienne de santé publique, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne des soins de santé, l'Association dentaire canadienne, l'Association canadienne des établissements de santé universitaires, l'Association des pharmaciens du Canada, l'Association canadienne des médecins d'urgence et le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Ils ont écrit :

« Pendant une crise ou une urgence, le public commence rapidement à chercher une source d'information de confiance et cohérente. Cependant, au tout début de la crise du SRAS, à Toronto, il est arrivé que plusieurs responsables de la santé publique soient cités et que des titres leur soient attribués, ce qui semblait indiquer qu'ils répondaient à titre d'adjoint uniquement et non pas en qualité de « responsable ». Il est possible que cela donne au public l'impression que personne n'était responsable ni en charge. La nomination d'une personne ayant les compétences voulues pour être porte-parole en chef donne confiance au public et de la crédibilité aux messages. La manière dont on rend compte de la crise ou de l'urgence est toute aussi importante que la manière dont la crise ou l'urgence est effectivement traitée. Il est également primordial que le public et les médias comprennent clairement le langage relatif à la crise afin de communiquer et de recevoir des messages clairs et cohérents. Les différents paliers de gouvernement doivent élaborer un plan d'urgence envers lequel toutes les parties s'engagent pour ce qui est du leadership en communication. »

2D.6 Recherche

Le 15 mars 2003, l'OMS créait un réseau international de laboratoires ayant pour but de trouver l'agent responsable du SRAS. La rapidité de l'enquête est sans précédent – à peine un mois plus tard, l'OMS annonçait qu'un membre inconnu auparavant de la famille des coronavirus avait été identifié de façon irréfutable comme le coupable le plus probable.

Les premiers rapports scientifiques décrivant le SRAS ont été publiés sur le site Web du *New England Journal of Medicine* le 31 mars 2003, l'un en provenance de Hong Kong et l'autre du Canada. Au cours des semaines suivantes, les chercheurs à Hong Kong ont inondé les journaux médicaux d'analyses importantes – huit publications importantes

ont été publiées dans *The Lancet* uniquement. Plusieurs autres ont été publiées dans le *British Medical Journal*, *Science* et le *New England Journal of Medicine*.

Au cours de la même période, les chercheurs canadiens ont publié deux autres articles dans de grands journaux internationaux. Un de ces articles concernait une percée importante, bien que se répétant rapidement dans d'autres domaines de compétence – les chercheurs de Colombie-Britannique et de Winnipeg ont décrit la séquence génétique du virus du SRAS de Toronto dans *Science*. Plus tard, une équipe de médecins de Toronto a illustré les manifestations cliniques du SRAS dans *JAMA – Journal of the American Medical Association*. Alors que les chercheurs à Hong Kong cherchaient à établir la corrélation des manifestations cliniques et bactériologiques du SRAS avec les données épidémiologiques, rien de cela ne s'est produit à Toronto. Le premier rapport d'étude clinique de Toronto a été compilé à l'aide de très peu de données des responsables de la santé publique, son auteur principal étant un médecin résident qui avait terminé ses études médicales seulement deux ans auparavant.

Certains infectiologues de Toronto étaient trop occupés à soigner les patients pour trouver le temps nécessaire à la recherche. D'autres étaient occupés par les délibérations scientifiques du Comité consultatif scientifique. De multiples répondants ont loué le travail effectué par les infectiologues et les responsables de la lutte contre l'infection qui ont appuyé un grand nombre d'activités à l'intérieur et à l'extérieur de leurs établissements d'attache. Ces spécialistes et d'innombrables travailleurs de la santé ont fait face tous les jours aux défis de la lutte contre le SRAS, mettant leur propre vie en péril pour lutter contre une nouvelle maladie contagieuse ayant un taux de mortalité important. Comme l'a dit ultérieurement un médecin universitaire avec regret, « mon curriculum vitae n'indique pas que je suis aux premières lignes pour lutter contre le SRAS. » Cependant, même si une base de données appropriée avait existé, les mécanismes et le personnel de soutien nécessaires auraient peut-être été insuffisants pour permettre une enquête appropriée sur l'épidémie ou la recherche épidémiologique et clinique connexe.

Le 26 juillet 2003, un important rapport ayant une paternité multinationale a été publié dans *The Lancet*. Ce rapport fournissait des données à l'appui de la proposition selon laquelle le nouveau coronavirus du SRAS avait satisfait aux critères pour être désigné comme l'agent étiologique de la nouvelle maladie. Des données sur les patients de six pays – Hong Kong, Singapour, le Vietnam, l'Allemagne, la France et le Royaume-Uni – accompagnaient le rapport. Aucun Canadien ne figurait parmi les 22 auteurs et aucun patient canadien n'était inclus dans l'échantillon de l'étude.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

L'enquête sur l'épidémie et sur la recherche se complètent. Par exemple, les analyses provisoires des données pendant une épidémie permettent aux chercheurs d'estimer les périodes d'incubation (la durée nécessaire de la quarantaine pour un sujet ayant été en contact) et d'élaborer les protocoles de traitement. Le travail des chercheurs canadiens a été paralysé par les soins aux patients, les responsabilités du Comité consultatif scientifique, le manque de données, les querelles internes sur l'accès aux données, les fonds limités pour la recherche et le besoin d'obtenir des autorisations déontologiques auprès de multiples établissements. Dans les mémoires adressés au Comité par l'Association canadienne des médecins microbiologistes, entre autres, on recommandait d'établir un conseil d'examen déontologique commun pour les cas d'épidémies, d'élaborer des lignes directrices pour que les données sur l'épidémie soient mises à la disposition de tous les chercheurs intéressés (les questions de propriété et de paternité ne devraient pas être importantes pendant une urgence) et de constituer une équipe de recherche dévouée et expérimentée dès le début de l'épidémie.

2D.7 Laboratoires

Vingt-quatre heures après avoir reçu les spécimens initiaux des patients atteints du SRAS début mars 2003, le Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg a exclu tous les pathogènes respiratoires connus. Le laboratoire était un des membres principaux du réseau de l'OMS affecté au SRAS et a contribué à mettre au point et à affiner les tests de diagnostic pour le SRAS. Au cours de la première et de la deuxième éclosion, le laboratoire a testé plusieurs milliers de spécimens qui comprenaient du sang, du crachat, des matières fécales, de l'urine et des aspirats rhinopharyngés. À un moment donné, le laboratoire recevait 600 spécimens par jour mais avait la capacité suffisante pour répondre à la charge de travail.

Les échantillons des patients arrivaient souvent sans données épidémiologiques ou cliniques – parfois, les données d'identification de base étaient inexactes ou manquantes. Un fait encore plus déconcertant est la conclusion que plus de 170 personnes qui n'avaient pas le SRAS – au moins selon les définitions de cas restrictives – ont fait l'objet d'un test positif pour le virus. Bien que certains aient pu être des résultats positifs erronés (en raison de l'imperfection des tests ou de la contamination des spécimens), les chercheurs craignaient que les membres de ce groupe représentent une possibilité de propagation incontrôlée du virus dans l'ensemble de la population. En raison de l'absence de base de données centralisée, il était plus difficile de rechercher ces personnes et celles avec qui

elles avaient été en contact que cela n'aurait dû l'être – une situation qu'un répondant a qualifiée de « très frustrante et dangereuse ».

En revanche, le Laboratoire central de santé publique provincial à Toronto n'a pas été en mesure de fournir un soutien optimal pendant l'épidémie du SRAS. Les médecins principaux ont informé le Comité que la capacité des laboratoires de microbiologie à l'échelle nationale s'était érodée ces dernières années. En Ontario, le Laboratoire central n'a pas été en mesure de faire face aux volumes des tests lors des épidémies précédentes du virus du Nil occidental et de l'agent de Norwalk. Un certain nombre d'infectiologues ont suggéré qu'il est urgent de disposer de tests en laboratoire rapides et coordonnés pour le SRAS et les infections virales connexes, en particulier à l'approche de la saison de la grippe à l'automne.

Le laboratoire provincial étant dépassé, certains hôpitaux ont envoyé des spécimens directement au Laboratoire national de microbiologie, en contournant la hiérarchie habituelle d'aiguillage. Le Hospital for Sick Children, Mount Sinai et Sunnybrook and Women's étaient bien équipés en technologie de réaction en chaîne de la polymérase – une modalité élégante d'essais de laboratoire qui identifie les micro-organismes en analysant les chaînes de leur ADN ou de leur ARN. Ils sont devenus des centres d'aiguillage *de facto* et non financés pour les tests relatifs au SRAS à Toronto.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

L'Association canadienne de santé publique a informé le Comité que « l'incapacité ou le refus actuels de partager les renseignements avec le réseau de laboratoires sont aggravés par le fait que trois secteurs – public, privé et bénévole – à trois niveaux – municipal, provincial et fédéral – fournissent des services de laboratoire ». Les tests normalisés et la collecte et le partage des données permettraient une gestion éclairée de l'épidémie. Comment la hiérarchie de l'acheminement et de la responsabilité devraient-elles être organisées pour les tests de laboratoire pendant les épidémies ? Qui devrait établir les normes et veiller à leur application ? Comment pouvons-nous renforcer les relations entre les laboratoires et les services cliniques, la santé publique et les organismes gouvernementaux de réglementation ? Comment traitons-nous l'offre, le recrutement et le maintien en poste des médecins microbiologistes et des virologistes dans les laboratoires de santé publique ?

2D.8 Défis cliniques

Le SRAS était et reste une maladie dont le diagnostic et le traitement sont compliqués – elle présente des symptômes non spécifiques, ne montre pas d'anomalies particulières lors d'un examen physique ou des tests biochimiques et il n'existe toujours pas de traitement vraiment efficace. Les hôpitaux et les cliniciens de la région de Toronto n'avaient jamais fait face à une épidémie comme le SRAS. Des cliniques conçues spécialement pour évaluer les cas possibles de SRAS ont été créées à plusieurs endroits dans la RGT afin de soulager le fardeau des services des urgences et contribuer à éviter d'autres transmissions. Une fois identifiés, les patients atteints du SRAS ont été soignés dans de nombreux hôpitaux de la ville pendant la première phase de l'épidémie.

D'autres pays ont utilisé des stratégies différentes – à Singapour, par exemple, les autorités ont concentré tous les patients atteints du SRAS dans un seul hôpital. Hong Kong a essayé de centraliser le traitement du SRAS dans un seul établissement, mais sa capacité a rapidement été dépassée. À Beijing, les responsables ont ordonné à chaque hôpital d'établir une « clinique de la fièvre » qui pourrait évaluer les patients risquant d'avoir le SRAS, puis, en l'espace de huit jours seulement, les ouvriers du bâtiment ont construit un hôpital du SRAS de mille lits dans les quartiers périphériques de la ville.

À Toronto, les infectiologues, les chefs cliniques et les spécialistes des soins intensifs ont tenu des conférences téléphoniques quotidiennes pour discuter des options de traitement et examiner le nombre de cas dans chaque hôpital. Comme pour toute nouvelle maladie, les plans de traitement pour le SRAS ont été conçus et mis en œuvre sans preuve, ou très peu, pour les appuyer. Généralement, un patient atteint du SRAS admis recevait de l'oxygène d'appoint, au besoin, des antibiotiques pour couvrir les risques d'infection bactérienne et peut-être – en fonction du médecin traitant – de la ribavirine, un médicament puissant connu pour son efficacité contre une diversité de virus. Les stéroïdes étaient utilisés pour les patients dont les symptômes respiratoires s'aggravaient, un scénario clinique qui correspondait apparemment à une réaction inflammatoire excessive et contreproductive dans les poumons.

Avec l'expérience, les médecins de Toronto ont conclu que la ribavirine faisait probablement plus de mal que de bien. De nombreux patients qui la recevaient présentaient des effets secondaires toxiques tels que la décomposition des globules rouges et des troubles hépatiques alors que de nombreux patients qui n'avaient pas reçu le médicament antiviral se rétablissaient. Cette information, doublée de tests *in vitro* (en laboratoire) a montré les effets limités ou nuls sur le coronavirus du SRAS et a incité les médecins canadiens à cesser de prescrire la ribavirine. Les cliniciens d'autres pays ont continué à utiliser la ribavirine, mais en

plus petites doses de façon à limiter les effets secondaires. Même dans ce domaine de la médecine fondée sur les preuves, le SRAS a forcé les médecins à se fier à leur instinct – et à la sagesse collective de leurs collègues.

À la fin de la première semaine d'avril 2003, 91 cas probables et 135 cas soupçonnés de SRAS avait été signalés au Canada. Dix personnes étaient décédées.

2E. La recherche de l'endiguement (du 8 au 23 avril 2003)

2E.1 Le combat de la santé publique

Les représentants de la santé publique à York et à Toronto ont continué à retracer les contacts et à les mettre en quarantaine avec de bons résultats. Certaines des personnes interviewées ont attribué à l'équipe de gestion de l'épidémie et aux responsables des services locaux de santé publique le mérite principal d'avoir réussi à contenir l'épidémie de SRAS.

Les craintes de voir le SRAS se répandre dans la communauté grandissaient néanmoins. Des personnes ayant assisté à des funérailles le 3 avril 2003 ont été mises en quarantaine lorsque certains membres de la famille ont développé des symptômes. Un employé d'une grande firme de technologie de l'information n'a pas respecté la quarantaine et est retourné au travail alors qu'il présentait encore des symptômes. Un collègue a contracté le SRAS et près de deux cents personnes ont été mises en isolement. Une école de Scarborough a été fermée par le service de santé public de Toronto lorsqu'un élève, l'enfant d'une infirmière, a présenté des symptômes du SRAS. Avant que l'épidémie ne se termine, quatre autres écoles allaient être fermées par les commissions scolaires locales en raison d'inquiétudes liées au SRAS. Un dépistage de routine a révélé de la fièvre chez une infirmière s'occupant de patients atteints du SRAS – une recherche effrénée pour identifier les passagers de son train de banlieue s'en est suivi.

Du fait que Toronto était la seule ville hors d'Asie durement touchée par le SRAS, les médias internationaux ont convergé vers la cité comme jamais auparavant. L'attention n'était pas seulement sans précédent, elle était également inopportune. Malgré l'attention soutenue des médias, il n'existait aucune preuve que l'épidémie de SRAS se répandait dans la communauté. L'épidémie de l'immeuble Amoy Gardens à Hong Kong, où le virus pourrait avoir été transmis par un système d'égouts défectueux, a été l'exception prouvant la règle – le virus du SRAS se répandait soit par une brève exposition à de larges doses de particules virales, soit par un contact prolongé et rapproché. Tous les cas canadiens, à l'exception de quelques-uns, se sont présentés chez des voyageurs, des travailleurs de la santé et leurs contacts immédiats. Les occasions de transmission à la communauté étaient identifiées et prévenues au moyen de la surveillance traditionnelle, du suivi des contacts et de la quarantaine.

Le nombre de personnes mises en quarantaine grandissait quotidiennement. Il n'est arrivé que très rarement que quelqu'un refuse de se soumettre à l'isolement et les représentants de la santé publique ont alors eu recours à des moyens légaux pour faire observer les mesures. Mais ce fut l'exception. Les Torontois se pliaient généralement avec une grâce remarquable à des mesures très contraignantes. Les personnes mises en quarantaine ont perdu des revenus, ont souffert d'ennui et de solitude et, surtout, de la crainte de contracter le SRAS ou de l'avoir transmis à leur famille et à leurs amis.

Les informateurs du Comité ont indiqué que les différents services de santé semblaient fixer des seuils différents pour l'application de la quarantaine. À cela s'ajoute la question de savoir si les représentants de la santé publique y ont eu recours trop fréquemment. Certaines personnes interrogées croient que cela a été le cas – l'une d'elles a remarqué que, bien que Beijing ait eu 2 500 cas de SRAS par rapport aux 250 de Toronto, les deux villes ont chacune mis en quarantaine environ 30 000 personnes. Beijing a mis en quarantaine moins de gens par cas de SRAS parce qu'on s'y intéressait surtout aux contacts rapprochés (membres de la maisonnée, visiteurs des hôpitaux et les personnes pouvant être entrées en contact avec des fluides corporels, p. ex.). D'un autre côté, le plus grand nombre de cas probables et soupçonnés de SRAS à Beijing peut en fait avoir été le résultat d'une application trop limitée de la quarantaine.

C'est le 12 avril 2003 que l'épidémie de Toronto a sans doute causé la plus grande frayeur lorsqu'un groupe de cas de SRAS a été décelé dans une communauté religieuse très unie. Remarquablement, la transmission avait débuté par l'exposition à la mi-mars de plusieurs membres d'une grande famille élargie à l'épicentre initial – la division Grace du Scarborough Hospital. L'infection s'est répandue tranquillement au cours des semaines suivantes parmi la famille élargie et les amis proches, les travailleurs de la santé qui prenaient soin d'eux et ensuite à un groupe religieux. En tout, 31 cas, dont trois travailleurs de la santé, ont été dénombrés dans ce groupe. Grâce à une surveillance active et la mise en quarantaine pour contrôler la propagation de l'infection, la transmission incontrôlée dans la communauté a pu être évitée.

Des résidents de leurs territoires ayant été exposés par les membres du groupe religieux, les services de santé publique des régions environnantes de Durham et Peel ont conjugué leurs efforts à ceux de Toronto et de York pour tenter de circonscrire l'épidémie. Les divers services ont collaboré, mais sans aucune coordination au niveau supérieur. Les hôpitaux se sont plaints par la suite d'avoir été contactés séparément par deux services de santé publique pour obtenir des renseignements sur un même patient. Les hôpitaux recevaient également des demandes de renseignements de la direction des hôpitaux et de la Direction de la santé publique du médecin hygiéniste en

chef ainsi que du Centre provincial des opérations. Il est compréhensible que les personnes se trouvant en première ligne clinique aient eu l'impression que les représentants de la santé publique ne communiquaient pas entre eux. Cependant, à Toronto, les travailleurs locaux de la santé publique frôlaient l'épuisement – toutes les activités non liées au SRAS en matière de maladies infectieuses et plusieurs autres programmes de portée provinciale avaient été suspendus et pratiquement tous les employés qualifiés travaillaient à plein temps sur le SRAS.

Le SRAS a pu être endigué grâce aux efforts monumentaux des travailleurs de la santé publique. Le service de santé publique de Toronto, par exemple, a enquêté sur 1 907 déclarations de cas en plus des 220 cas de SRAS probables ou soupçonnés, chacun exigeant plusieurs heures d'enquête sans compter le dépistage des contacts. Deux articles publiés plus tard par la revue *Science* ont fourni une estimation de l'« infectiosité » du virus du SRAS. Les deux articles ont tiré la même conclusion : malgré la nature modérément transmissible du SRAS, s'il n'avait pas été contrôlé, il aurait pu infecté des millions de gens dans le monde. Mais on ne sait toujours pas heureusement s'il l'aurait fait avant de muter en une forme plus bénigne.

2E.2 Soins primaires

Même si les hôpitaux ont suscité le plus d'attention, plusieurs cas de patients ayant transmis le SRAS à leur médecin de famille ont suscité des craintes. Un médecin de famille universitaire a exprimé ses inquiétudes dès le 28 mars 2003 : « Les médecins de famille, tout comme les hôpitaux, ont besoin de directives précises et explicites pour faire du dépistage auprès des patients et pour traiter les patients du SRAS soupçonnés ou probables qui ne sont pas décelés par le système de dépistage ». Ils devraient également « porter un ensemble de protection dans l'éventualité peu probable ou un patient atteint du SRAS réussissait à pénétrer dans leur bureau ». Il a suggéré que les médecins de famille jouent le rôle de sentinelles – en déclarant les cas de pneumonie à une autorité centrale, on pourrait déceler des groupes de SRAS là où n'existe pas de lien épidémiologique évident.

Des directives à l'intention des médecins de famille ont été finalement émises le 3 avril par le réseau de télécopieurs et de courrier électronique de la Ontario Medical Association. Ces instructions faisaient état de trois objectifs : premièrement, éviter au moyen d'affiches, de messages téléphoniques préenregistrés et de questionnaires de dépistage, que des patients atteints du SRAS pénètrent dans les bureaux des médecins, deuxièmement, traiter en toute sécurité les patients atteints du SRAS ayant pénétré dans le bureau et troisièmement, protéger les médecins et le personnel de l'infection. Certains informateurs ont plus tard indiqué que les directives étaient difficiles à appliquer dans le contexte des pratiques communautaires.

L'absence d'un système de distribution des ensembles de protection nécessaires était plus problématique. La Ontario Medical Association a estimé que le plus rapide serait de demander aux médecins de famille d'acheter leurs propres fournitures là où ils le pouvaient et de demander un remboursement par la suite. Mais un nombre croissant de médecins de famille étaient perturbés par l'absence de soutien de la province. Le 15 avril, les docteurs D'Cunha et Young ont convoqué une réunion des médecins de famille, des directeurs d'hôpitaux et des chefs des services de médecine d'urgence dans un hôtel du centre-ville. Les médecins de famille ont quitté la réunion contrariés de ce que la province n'avait toujours pas mis au point un plan pour distribuer l'équipement de protection aux médecins et au personnel de leurs cabinets. Le 21 avril 2003, presque quatre semaines après que la province de l'Ontario eut déclaré l'état d'urgence, la province a finalement utilisé son réseau de distribution de vaccins pour fournir l'équipement de protection aux médecins de famille.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Au cours de l'épidémie, plusieurs médecins de famille ont contracté le SRAS. Du fait que la plupart des gens vont voir leur médecin de famille (plutôt que le service des urgences) lorsqu'ils ne se sentent pas bien, les médecins de famille ont besoin de protocoles, d'équipement de protection et d'information rapide au cours des éclosions de maladies infectieuses. Comment pouvons-nous mieux soutenir les médecins pendant des situations exceptionnelles? Comment pouvons-nous améliorer les communications entre les représentants de la santé publique et le secteur des soins primaires? Et quel est le statut des autres organismes de soins de santé communautaires? Comment s'inscrivent-ils dans le plan de surveillance des maladies et d'interventions d'urgence en cas d'épidémie?

2E.3 Transmission du SRAS à des travailleurs de la santé protégés

Le 13 avril 2003, dans l'équipe du service du SRAS de Sunnybrook and Women's, un médecin de famille pouvant avoir été infecté par le virus du SRAS en traitant plusieurs membres du groupe religieux, a commencé à souffrir d'essoufflement. Il a été transféré au service de soins intensifs où on a utilisé des appareils non invasifs pour l'aider à respirer. Aucun ne faisant effet, les médecins ont décidé qu'il avait besoin d'une intubation. Le processus complet (du transfert à l'intubation) a duré plusieurs heures. Plusieurs travailleurs de la santé ont été exposés aux sécrétions renvoyées par le patient en toussant ou aux aérosols provenant des appareils d'aide respiratoire, les deux étant remplis de particules virales du SRAS.

Dès la semaine suivante, 11 travailleurs de la santé présents au cours du transfert ou de l'intubation sont tombés malades. Le 20 avril 2003, Sunnybrook and Women's a fermé son service du SRAS et son service de soins intensifs. Le plus grand centre de traumatologie du Canada a cessé d'accepter des patients en traumatologie. Des enquêteurs des CDC ont été invités à venir se joindre à une équipe qui tentait de faire la lumière sur la manière dont des travailleurs de la santé prenant toutes les précautions recommandées avaient pu être infectés. L'équipe a conclu que les travailleurs s'étaient contaminés eux-mêmes en retirant leur équipement de protection après avoir eu des contacts directs avec le patient ou en raison de l'environnement contaminé. Il est possible également que la toux du patient ou la respiration assistée aient contaminé l'air.

Certains professionnels ont été perturbés par l'idée que de petites infractions au protocole aient pu provoquer l'infection et y ont vu une critique voilée. La possibilité que leurs propres petites infractions non voulues au protocole pourraient entraîner une infection a beaucoup perturbé les professionnels qui ont vu dans ces observations à la fois une nouvelle preuve des risques posés par le SRAS et une critique indirecte. Pourtant, la plupart des médecins et des infirmiers n'avaient que peu d'expérience récente des précautions à prendre face à un virus aérogène comme le SRAS. Les hôpitaux ont redoublé d'efforts pour former les travailleurs de la santé affectés aux services du SRAS.

Sunnybrook and Women's a continué de traiter le plus grand nombre de patients atteints du SRAS de la Région du Grand Toronto, mais beaucoup de ses médecins possédant l'expertise pertinente étaient maintenant malades ou en quarantaine. Les administrateurs de l'hôpital, les chefs des services cliniques et les cliniciens ont lancé des demandes à l'aide désespérées par plusieurs canaux. Les autres établissements torontois étaient soit aux prises avec leur propre charge de travail relative au SRAS, soit réticents à les aider. Un hôpital associé a finalement envoyé un résident principal en médecine générale, libérant le personnel sur place pour qu'il puisse se concentrer sur les patients atteints du SRAS.

L'armée a envoyé un spécialiste des soins intensifs. Un médecin est arrivé du Royaume-Uni, un autre de Montréal et le recteur de la faculté de médecine de l'Université d'Ottawa a offert de réunir des renforts au besoin. Une relève ne s'est présentée qu'après que la province ait retenu les services d'une agence de placement pour le recrutement, mais les échelles salariales accordées aux professionnels par l'agence allaient plus tard devenir un sujet d'affrontement.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

L'Ontario est la seule province n'ayant pas adopté l'administration régionale des soins de santé. Les mérites de la régionalisation en général sont soumis à une évaluation permanente. La Région du Grand Toronto ne dispose cependant pas de plan réellement régional pour les services cliniques ou les urgences sanitaires. De façon générale, les autorités cliniques au Canada n'ont pas mis sur pied d'équipes d'intervention pour les urgences sanitaires pouvant se déplacer entre hôpitaux, et encore moins entre les régions ou les frontières provinciales. L'Association médicale canadienne a proposé un « réseau maillé » pour le personnel affecté aux urgences sanitaires. Un réseau d'équipes d'intervention en cas d'urgence sanitaire devrait-il être créé au sein des régions et des provinces et entre elles?

Entre-temps, en Colombie-Britannique, la transmission à une infirmière traitant des patients atteints du SRAS a obligé à fermer un service du Royal Columbian Hospital, près de Vancouver, le 19 avril 2003. Il s'agissait du premier cas de transmission secondaire en Colombie-Britannique. Les trois autres patients probables du SRAS en Colombie-Britannique avaient contracté la maladie à l'extérieur du pays.

2E.4 Les recommandations pour les voyages de l'OMS

Comme les fêtes de Pâques et de la Pessah approchaient, les représentants de la santé publique se sont préparés à un grand flux de cas provenant de groupes religieux. Les représentants de la santé publique et le clergé ont tous deux souligné de façon répétée que les gens mis en quarantaine devraient rester à la maison et éviter les services religieux publics. Les églises catholiques ont également institué des mesures de précaution – les hosties étaient placées dans les mains plutôt que dans la bouche et les confessions avaient lieu hors des confessionnaires habituels. Les poignées de main ont été remplacées par des sourires au cours de diverses réunions religieuses.

La vague attendue ne s'est jamais produite. Le 23 avril 2003, seule une personne – membre du groupe religieux – avait contracté le SRAS au cours des deux semaines précédentes. Mais, au moment même où la confiance revenait, l'OMS lançait une recommandation pour les voyages sans précédent recommandant à toutes les personnes prévoyant de se rendre à Toronto de remettre les déplacements qui ne sont pas indispensables. L'agence des Nations Unies était préoccupée par le fait que « un petit nombre de personnes souffrant du SRAS et se trouvant désormais ailleurs dans le monde, ont contracté l'infection pendant leur séjour à Toronto ».

Trois mois après que l'OMS a lancé sa recommandation pour les voyages à l'encontre de Toronto, les représentants de Santé Canada restaient perplexes quant au raisonnement et aux motivations de l'OMS. Comme l'a dit au Comité un médecin de Santé Canada, « La recommandation pour les voyages a été un choc... Nous pensions, d'après les données épidémiologiques, que l'épidémie s'épuisait rapidement ». Certains informateurs ont depuis supposé que les représentants de l'OMS craignaient que l'on ait l'impression d'un traitement préférentiel en faveur de Toronto. Des recommandations de l'OMS avaient déjà été émises pour Hong Kong et Guangdong et une recommandation déconseillant tout déplacement non indispensable à Beijing et dans la province chinoise du Shanxi a été émise le même jour que celle visant Toronto.

Le 23 avril 2003, Singapour comptait 189 cas probables, par rapport à 140 à Toronto, ainsi qu'une transmission dans un marché public. Les courbes épidémiques comparant les flambées à Toronto et à Singapour sont étonnamment semblables (voir le chapitre 11). Toutefois, la gestion de l'épidémie par Singapour, et surtout sa stratégie de communication, ont été superbement organisées et rendaient compte d'un remarquable degré de solidarité sociale qui ne pouvait qu'impressionner l'OMS. Le Comité a également appris que les bureaux régionaux de l'OMS avaient différents niveaux d'interaction avec les pays touchés par le SRAS et étaient donc plus ou moins à même de se porter garants du confinement de l'épidémie.

Les critères relatifs aux recommandations de l'OMS ont fait l'objet de critiques sévères : l'existence d'au moins 60 cas de SRAS probables, l'exportation du SRAS à d'autres pays ainsi que la transmission dans la communauté. Pourtant, aucun de ces critères n'a jamais été validé comme motif pour émettre une recommandation aux voyageurs. Par exemple, le nombre absolu de cas de SRAS est largement fonction de la taille de la collectivité. L'émission d'une recommandation aux voyageurs n'empêche pas les résidents

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Que la recommandation pour les voyages de l'OMS ait été justifiée ou non reste discutable. Ce qui ne l'est pas est le fait que les conséquences sociales et économiques de ces recommandations puissent se révéler dévastatrices. Quel est le processus par lequel les différents pays et les organismes internationaux tels que l'OMS produisent les critères pour les recommandations et les émettent? Quels sont les avantages et les effets négatifs des recommandations pour les voyages? Dans le cas du Canada, à quel point la confiance internationale en notre capacité à gérer l'épidémie de SRAS a-t-elle été minée par le manque de coordination entre les compétences, la pénurie de données et l'absence d'un plan de communication cohérent?

d'une région touchée par le SRAS de la quitter en emportant le SRAS avec eux. De fait, des six personnes soupçonnées d'avoir répandu le SRAS à l'extérieur du Canada, une seulement était un visiteur revenant à la maison après un voyage au Canada. Finalement, « transmis dans la communauté » n'a jamais été précisément défini – si une infirmière atteinte du SRAS infecte son conjoint, s'agit-il d'une transmission dans la communauté?

2F. Entre les vagues

(du 24 avril 2003 – au 22 mai 2003)

« Je peux vous dire que nous sommes certainement dans une meilleure position aujourd'hui que nous ne l'étions il y a un mois... D'où vient (l'OMS)? Qui ont-ils vu? À qui ont-ils parlé? Sont-ils allés dans nos hôpitaux, ont-ils visité nos cliniques, sont-ils allés quelque part? Ils siègent quelque part, à Genève d'après ce que j'ai compris, je ne sais pas d'où ils viennent, de Genève ou d'un endroit d'où ils prennent des décisions... »

– Le maire Mel Lastman en conférence de presse, le 23 avril 2003

La recommandation pour les voyages émise par l'OMS est arrivée juste au moment où les représentants locaux et provinciaux de la santé sentaient qu'ils étaient en train de remporter la bataille contre le SRAS. Cette perception était renforcée par les porte-parole des médias, les cliniciens de première ligne et le gouvernement fédéral. Le Premier ministre a également annoncé alors la formation du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique.

La recommandation de l'OMS, qui devait à l'origine rester en vigueur pendant au moins trois semaines, a été retirée le 30 avril 2003 après la visite à Genève d'une délégation comprenant le ministre de la Santé de l'Ontario, M. Tony Clement, et le commissaire à la santé publique, le Dr D'Cunha. En retour, les représentants canadiens ont donné à l'OMS l'assurance qu'ils intensifieraient le dépistage des voyageurs en provenance et en direction du Canada pour prévenir l'exportation de la maladie.

Le 14 mai 2003, l'OMS retirait Toronto de la liste des secteurs où s'était produite une transmission locale récente, ce qui a été largement interprété comme la fin de la flambée épidémique. Estimant que la maladie était endiguée, le premier ministre de l'Ontario levait l'état d'urgence le 17 mai. Des directives ont continué de souligner la nécessité d'améliorer les pratiques de contrôle des infections dans les établissements de soins. Le statut de Code orange des hôpitaux a été annulé et le gouvernement de l'Ontario a annoncé la tenue d'une table ronde provinciale pour étudier la réaction au SRAS, présidée par le Dr David Walker, doyen de la faculté de médecine de Queen's University. Le Centre provincial des opérations

a été démantelé. Le médecin-chef d'un grand hôpital universitaire a fait observer plus tard qu'« il s'agissait d'une grande et compréhensible hâte de retourner à la normale après la première vague du SRAS ».

À la mi-mai, l'image unifiée que tous les paliers de gouvernement présentaient au public était que le SRAS était endigué. Plutôt que de fournir des données sur le nombre cumulatif de cas probables ou soupçonnés, les représentants de la santé ont commencé à mettre l'accent sur le nombre en déclin des cas « actifs » et le nombre de nouveaux cas – des chiffres qui reflétaient mieux l'activité de la maladie et qui étaient en outre moins spectaculaires. Santé Canada a commencé à publier des bulletins chaque semaine seulement et a signalé dans sa mise à jour du 21 mai 2003 qu'aucun Canadien n'avait présenté d'apparition des symptômes depuis plus d'un mois.

Il semblait que le nombre total de cas avait atteint un plateau – 140 cas probables et 178 soupçonnés. Vingt-quatre Canadiens étaient morts, tous en Ontario.

2F.1 Prévention des infections en milieu hospitalier

Les hôpitaux ont commencé à la fin du mois d'avril 2003 à relâcher les mesures de précaution en matière de prévention des infections. Les employés travaillant à l'extérieur des zones désignées SRAS ont été, dans la plupart des hôpitaux, libérés de leur obligation de porter leur équipement personnel de protection pour tous leurs contacts avec les patients. Les règles concernant la distance minimale à observer entre collègues pendant les repas ont été assouplies. Les hôpitaux ont commencé à permettre des visites à plus de patients. Soulagé de ce que le SRAS était du passé, le personnel a repris sa routine habituelle. En rétrospective, on voit bien que la vigilance à l'égard du SRAS et des mesures strictes de protection auraient dû être maintenues pendant au moins quelques semaines encore.

Les directives provinciales exigeaient des hôpitaux qu'ils isolent les patients présentant de la fièvre et des symptômes respiratoires soit à l'hôpital, soit au service des urgences, jusqu'à ce que le SRAS disparaisse, mais n'ont émis aucune recommandation visant des programmes officiels de surveillance en milieu hospitalier. Le Comité consultatif scientifique (CCS) avait activement discuté du besoin d'une surveillance accrue. Mais ses fonctions étaient en train d'être supprimées. Les représentants de la santé publique estimaient que la surveillance des syndromes relevait de la prévention des infections en milieu hospitalier et que cela ne relevait pas de leur mandat. De toute façon, ils ne disposaient pas des ressources nécessaires pour mettre en œuvre un tel programme.

Les hôpitaux ont réagi en traitant tous les patients admis pour des pneumonies contractées dans la communauté comme des cas possibles de SRAS jusqu'à preuve du contraire. La plupart ont pris des précautions spéciales pour les patients hospitalisés qui présentaient des symptômes respiratoires suggérant une maladie infectieuse. Certains hôpitaux ont également effectué une « veille de fièvre ». Par exemple, on prenait la température de tous les patients hospitalisés deux fois par jour au York Central Hospital. On a ordonné des radiographies pulmonaires pour tous les patients hospitalisés du York Central présentant de la fièvre et des symptômes respiratoires et on les a isolés rapidement et jusqu'à ce que le SRAS soit considéré comme vaincu, un spécialiste des maladies pulmonaires évaluait et traitait en isolement tous les patients atteints de pneumonie. Des mesures similaires ont été prises dans les établissements de santé de Singapour.

Les praticiens en prévention des infections ont bien tenté d'instituer des programmes complets de surveillance dans certains hôpitaux, mais ces programmes exigent à eux seuls environ deux membres du personnel à temps plein pour un hôpital de cinq cents lits, plus que ce dont la majorité des hôpitaux dispose pour l'ensemble des tâches de prévention des infections. Au North York General Hospital, par exemple, un praticien en prévention des infections à temps plein et un autre à temps partiel étaient responsables de 425 lits en soins intensifs. La directrice du contrôle des infections, le Dr Barbara Mederski, a occupé ce rôle sans salaire, sans temps protégé ni même de bureau. En l'absence de directive et compte tenu des problèmes budgétaires permanents, la plupart des hôpitaux n'ont pas jugé nécessaire ni même réaliste une surveillance complète des symptômes.

De plus, les hôpitaux ne pouvaient avoir accès à des données de référence sur les taux d'infections respiratoires similaires antérieures au SRAS. Ces données de référence auraient été importantes pour voir si les taux de maladies respiratoires observés étaient trop élevés. En revanche, il manquait aux hôpitaux des réseaux de surveillance pour réunir les données en temps réel et en faire faire l'analyse rapide par des experts.

2F.2 Le North York General Hospital

À trois reprises, en avril et en mai 2003, les représentants du North York General Hospital ont invité des experts à enquêter sur des cas potentiels de SRAS. Les personnes engagées à trancher les cas constituaient la fine fleur des dirigeants dans la lutte contre le SRAS. Les enquêtes du North York ont fait intervenir à certains moments des spécialistes reconnus des maladies infectieuses, des médecins du service de santé publique de Toronto, du personnel de Santé Canada et des experts du CDC en visite. L'évaluation a été souvent entravée par l'absence d'un « lien épidémiologique », un rapport entre ce qui pourrait être, cliniquement, un patient atteint du SRAS et la source de son infection.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Les programmes de prévention des infections dans les hôpitaux fonctionnent comme un système parallèle aux efforts de santé publique dans la communauté. Les praticiens de la prévention des infections sont responsables du suivi et de la gestion des infections contractées dans les hôpitaux, de l'éducation des autres travailleurs de la santé et de l'application des précautions indiquées. Le Comité canadien d'épidémiologistes de l'hôpital signale que les problèmes systémiques de notre système de soins de santé actuel résident dans « le temps insuffisant passé par tous les professionnels de la santé à apprendre les pratiques de prévention des infections » et « peu ou pas du tout de surveillance des pratiques de prévention des infections et peu de conséquences en cas d'inobservation ». Le taux élevé de transmission touchant les travailleurs de la santé au cours de la poussée de SRAS a révélé que beaucoup avaient une « connaissance limitée des précautions correctes et(ou) de la façon de les appliquer ». Une enquête récente a révélé que près de 80 % des hôpitaux canadiens ne répondaient pas à la norme recommandée par l'Alliance canadienne pour la prévention des infections d'un praticien de la prévention des infections par 175 lits. Plus de 60 % des hôpitaux ne disposent pas de directeur de la prévention des infections possédant des compétences de pointe (M.D. ou Ph. D.) en maladies infectieuses, microbiologie médicale ou prévention des infections. Le Canada devrait-il fixer des normes nationales plus élevées pour la prévention des infections dans les hôpitaux? Les provinces devraient-elles entreprendre et financer un vaste examen de la capacité de la prévention des infections dans les hôpitaux? Comment devrions-nous, en tant que pays, réagir à la pénurie de praticiens et d'experts en prévention des infections ?

Trois patients en psychiatrie ont contracté des pneumonies entre le 20 avril et le 7 mai. Tous avaient résidé au septième étage du North York General Hospital. L'un a dû revenir à l'hôpital par le service des urgences. Il a été placé dans une aire d'attente et on lui a donné un masque, mais il faisait les cent pas et, à l'inquiétude du personnel, retirait fréquemment son masque. Les trois patients ont été isolés et traités en tant que cas potentiels de SRAS, bien qu'aucun lien épidémiologique avec d'autres cas n'ait pu être cerné. L'équipe d'évaluation n'était pas d'accord sur la question de savoir si le tableau clinique correspondait au SRAS – mais, en fin de compte, principalement parce qu'aucun lien épidémiologique n'existait avec les patients avérés atteints du SRAS et en raison des tests négatifs en laboratoire, ils ont exclu l'existence d'un nouveau groupe.

Pendant ce temps, à l'insu de l'administration de l'hôpital, plusieurs patients âgés du service d'orthopédie (4^e Ouest) souffraient de ce qu'on avait d'abord pris pour des infections pulmonaires post-opératoires typiques. Il se trouvait parmi eux un homme de 96 ans qui avait une fracture de la hanche. Par des voies encore inconnues, la maladie s'est répandue dans les semaines suivantes du 4^e Ouest à d'autres patients et à plusieurs visiteurs et membres du personnel. Le 29 avril, une infirmière des soins intensifs du North York General était admise au Toronto General Hospital avec une maladie respiratoire. Elle avait donné des soins à un patient de 88 ans du 4^e Ouest qui avait été transféré le 26 avril au service des soins intensifs du North York en raison d'une fièvre, de difficultés respiratoires et de confusion et était décédé par la suite. Le diagnostic sérologique de l'infirmière a été d'abord négatif en ce qui a trait au SRAS, mais les résultats des tests ont été ensuite positifs. Rétrospectivement, le patient de 88 ans faisait probablement partie d'un groupe grandissant de SRAS au 4^e Ouest.

À la mi-mai, les médecins et infirmiers du service des urgences ont examiné des symptômes rappelant le SRAS chez des membres de la famille de l'homme de 96 ans et ont craint de plus en plus une reprise de la flambée épidémique. Les radiologistes ont également exprimé

leurs inquiétudes à leurs collègues au sujet de séries de radiographies. Prenant exemple sur les représentants de la santé publique et invoquant l'incertitude épidémiologique régnant sur les liens pouvant exister entre tous ces cas, le directeur de la prévention des infections de l'hôpital et le vice-président des affaires médicales ont tenté de rassurer les médecins et les infirmiers des urgences au cours d'une réunion tendue, le 20 mai.

Pendant ce temps, le St. John's Rehabilitation Hospital recevait un flot régulier de patients provenant des autres établissements, y compris un patient transféré du 4^e Ouest du North York General Hospital. Au cours de la troisième semaine de mai, le personnel de St. John's ayant informé la haute direction que trois patients présentaient des symptômes semblables à ceux du SRAS, on a fait appel au service de santé publique de Toronto. L'hôpital a mis immédiatement en place toutes les précautions appropriées. Encore sur la piste de 30 ou 40 cas possibles de SRAS par jour, le personnel du service de santé publique de Toronto a convenu par téléphone qu'il s'agissait bien d'une poussée de maladie respiratoire, mais a laissé entendre que le SRAS n'était pas en cause. Comme pour le North York General Hospital, aucun lien épidémiologique ne pouvait être démontré. Le personnel du service de santé publique de Toronto a visité l'hôpital le 22 mai. Les discussions ont encore porté principalement sur l'établissement d'un lien épidémiologique entre les patients. Aucun n'a été trouvé.

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Au cours de l'épidémie de SRAS, Santé Canada et l'Ontario ont affiché des définitions divergentes des cas probables et soupçonnés de SRAS. Les deux instances ont révisé par intermittence leur définition. Certains critiques affirment que la définition de l'Ontario mettait par trop l'accent sur les contacts rapprochés avec un cas probable ou soupçonné de SRAS, accordant trop d'importance aux liens épidémiologiques spécifiques, ce qui a conduit à l'omission de groupes du SRAS. La définition a été modifiée le 26 mai après le début de la seconde vague de SRAS. La nouvelle définition couvrait l'exposition à un milieu de soins comptant des patients atteints du SRAS et n'exigeait plus la preuve de contacts étroits pour permettre de qualifier un cas de soupçonné. Les critiques de la définition de Santé Canada ont estimé qu'elle entraînait un sous-diagnostic du SRAS en excluant les cas pour lesquels un diagnostic autre pouvait s'appliquer aux symptômes pertinents. La définition de Santé Canada a été modifiée le 29 mai pour souligner que le diagnostic de rechange doit « complètement expliquer » le tableau clinique. Comment la définition des cas devrait-elle être établie au cours d'épidémies de maladies infectieuses ? Le Canada avait-il deux définitions du SRAS, l'une établie par le gouvernement fédéral et apparemment fondée sur un consensus F/P/T et l'autre par l'Ontario où l'épidémie était combattue ?

2G. SRAS II

(du 23 mai 2003 au 30 juin 2003)

« La première vague du SRAS était inévitable. Nous avons été frappés par la foudre. Mais tout ce qui est arrivé par la suite aurait pu être évité. »

– Dr Richard Schabas, médecin-chef, York Central Hospital

Le 23 mai, à peine une semaine après que l'OMS eut déclaré Toronto exempte de transmission locale, les représentants de la santé ont reconnu que le SRAS n'avait pas été vaincu. La province a publié un communiqué de presse annonçant qu'on examinait cinq personnes soupçonnées d'être atteintes du SRAS. Une ordonnance de mise en quarantaine a été appliquée à toute personne ayant visité l'hôpital St. John's entre le 9 et le 20 mai et le North York General Hospital entre le 13 et le 23 mai. Le North York General Hospital a fermé immédiatement ses portes à toute nouvelle admission, à l'exception des patients atteints du SRAS. Le SRAS ne s'était pas seulement répandu au sein du North York General Hospital mais également à des patients qui avaient été transférés du St. John's au campus Toronto General du University Health Network, au Scarborough Hospital, division General, et au Baycrest Centre for Geriatric Care.

Malgré les enquêtes approfondies du service de santé publique de Toronto, de Santé Canada et du CDC, l'enchaînement exact des événements ayant mené à la deuxième vague de la flambée de SRAS reste un mystère. En fait, un lien incontestable entre la première épidémie et les cas du service d'orthopédie (4^e Ouest) reste à établir, bien que les représentants aient suggéré différentes possibilités. La manière dont les patients en psychiatrie s'inscrivent dans le tableau d'ensemble constitue également une inconnue qui ne recevra peut-être jamais de réponse finale.

La deuxième vague du SRAS étant commencée, on a demandé à tous les hôpitaux de la Région du Grand Toronto de reprendre les procédures précédemment abandonnées de prévention des infections. Seuls quatre hôpitaux ont été désignés comme établissements pour le SRAS. (L'impact comparatif de cette nouvelle façon de traiter l'ensemble des cas est analysé au chapitre 8.) On a appelé ces quatre hôpitaux l'Alliance du SRAS. Le personnel médical et le personnel administratif du North York General se sont ralliés et ont converti rapidement leur établissement en un centre majeur pour le SRAS. La Division General du Scarborough Hospital a pris rapidement des mesures pour recevoir un grand nombre de cas. Le St. Michael's Hospital s'est progressivement chargé des patients atteints du SRAS présentant des complications, conformément à son rôle d'intervenant tertiaire. Le Sir William Osler Health Centre de Etobicoke a dû relever le plus grand défi en organisant un service du SRAS, mais a finalement assuré les fonctions de l'Alliance dans l'Ouest.

Le CCS s'est reformé. En l'absence de déclaration d'un état d'urgence général provincial, le MOH (Ministry of Health) a assumé un rôle de direction avec les représentants locaux de la santé publique pour coordonner la réaction à l'épidémie. Un Centre d'activité du SRAS a été créé dans les bureaux du ministère au 80, Grosvenor Street. Deux sous-ministres adjoints ont supervisé conjointement les fonctions de liaison entre les établissements et les cliniques. Le Dr Jim Young a apporté sa considérable expérience et a présidé plusieurs des réunions du nouveau groupe de direction sur le SRAS. Un certain nombre de médecins et d'administrateurs, se rappelant l'expérience de la première vague du SRAS, ont instamment demandé de confier à une seule personne la prise en charge de l'épidémie, mais le problème de la multiplicité des dirigeants a persisté.

Entre-temps, les représentants de la santé publique reprenaient, encore une fois, la méticuleuse tâche d'interroger les patients et de retracer leurs contacts. Les travailleurs de première ligne se sentaient fatigués et découragés, mais ils avaient quelques sources de consolation. La poussée était moins importante, le virus mieux compris et les précautions et mesures de routine nécessaires avaient été prises. À la fin de mai, 48 cas

probables et 25 cas soupçonnés avaient été décelés dans la seconde vague. Encore une fois, la transmission s'était principalement limitée aux patients des hôpitaux, aux travailleurs de la santé et à leurs familles. Toronto a été réinscrite sur la liste de l'OMS des zones à transmission locale, mais l'OMS n'a pas publié de recommandation pour les voyages concernant la ville.

Une équipe consultative clinique collaborant avec le ministère a lancé en mai un appel aux volontaires, et plusieurs médecins en maladies infectieuses et épidémiologistes d'hôpitaux américains ont proposé de se rendre à Toronto. Entre temps, comme nous l'avons déjà vu, la province avait retenu les services d'une agence de soins de santé privée pour fournir exclusivement les médecins et infirmiers supplémentaires aux établissements visés. Les médecins syndiqués ont plus tard critiqué ce contrat sous prétexte que les médecins canadiens ayant offert bénévolement leurs services avaient été orientés vers l'agence. D'autres informateurs ont rejeté cette critique en soulignant que l'agence avait été à même de fournir du personnel qualifié à un moment où la planification et les procédures étaient inexistantes.

En juin, il y eut quelques revers. Un étudiant en médecine a été mis en quarantaine après une exposition potentielle au SRAS au cours d'une rotation en obstétrique au North York General Hospital. Deux jours après la fin de sa quarantaine, il a présenté des symptômes alors qu'il travaillait en obstétrique au Mount Sinai Hospital. Cinq femmes et leurs nouveau-nés ainsi que plusieurs membres du personnel ont été mis en quarantaine. D'autre part, 1 700 étudiants d'une école secondaire de Markham ont été mis en quarantaine après qu'un étudiant de leur école soit tombé malade.

Le 10 juin, largement en raison de l'inextricable enchaînement des événements au North York General Hospital, mais également à la suite de pressions grandissantes de la part des associations et syndicats d'infirmiers, des politiciens de l'opposition et des médias, l'Ontario a annoncé une enquête officielle indépendante sur la crise du SRAS, dirigée par le juge Archie Campbell de la Cour suprême de l'Ontario.

2H. Le SRAS et les travailleurs de la santé

Le 30 juin, Nelia Laroza, une infirmière de 51 ans du North York General Hospital, est devenue la première travailleuse de la santé canadienne à mourir du SRAS. Des centaines d'amis et de collègues, ainsi que le premier ministre de l'Ontario et le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, se sont rassemblés dans la cathédrale St. Michael's pour lui rendre hommage. Une deuxième infirmière, Tecla Lin, est morte le 19 juillet et un médecin de famille, Nestor Santiago Yanga, le 13 août.

Aucune tranche de la société n'a été peut-être aussi durement frappée durant l'épidémie que les travailleurs de la santé, qui ont représenté plus de 40 % des infections du SRAS au cours de la flambée de Toronto. Pour beaucoup, le fait de savoir que des collègues et des amis se trouvaient parmi les patients atteints du SRAS était une source de stress et d'anxiété considérables. Et pour ceux qui ont été touchés, le souvenir reste intense. Selon un professionnel de la santé hospitalisé pendant trois semaines, « J'étais tout à coup forcé de faire face au fait que je ne survivrais peut-être pas à l'infection... J'étais en territoire inconnu, une expérience particulièrement angoissante ».

Dans les groupes de réflexion formés pour le Comité, les infirmiers et le personnel de soutien ont exprimé leur mécontentement face aux retards dans les communications, les directives inapplicables ou irréalistes et le manque de cohérence dans l'octroi des primes et des incitatifs aux personnes travaillant dans des situations à risque élevé. Les employés des hôpitaux décrivent une large gamme d'émotions – la peur, la colère, la culpabilité et la confusion – alors qu'ils étaient aux prises avec des risques personnels, l'isolement social et la stigmatisation de leurs familles. Bien que la plupart ait parlé également d'un sentiment de fierté, d'une grande collaboration et solidarité, d'autres ont connu des troubles de stress post-traumatique et une minorité ressent le besoin de changer de carrière.

Les infirmières disent depuis longtemps que leurs connaissances et leur expérience ne sont pas prises au sérieux par les décideurs. Au North York General Hospital, elles ont allégué que les administrateurs n'avaient pas tenu compte de leurs avertissements au sujet d'une deuxième épidémie de SRAS. Les infirmières ont également critiqué le fait que le service du SRAS au North York General Hospital était surchargé et que les cas soupçonnés étaient traités au service des urgences avec de simples rideaux en guise de mesure d'isolement. Ce n'est peut-être pas un hasard si les infirmières de North York n'avaient pas de défenseur important – le poste d'infirmière en chef est resté inoccupé pendant presque toute la poussée de SRAS. Simultanément, la polarisation politique autour du SRAS a laissé d'autres cicatrices durables. Un administrateur d'hôpital ayant dirigé avec succès une équipe de SRAS s'est plus tard plaint de la campagne massive de griefs lancée par les infirmières syndiquées en Ontario pour protester contre les primes spéciales versées aux infirmières ayant travaillé dans les services du SRAS : « C'était comme être en guerre et se faire tirer dessus par nos propres soldats ».

S U J E T D E D I S C U S S I O N

Le SRAS a provoqué des discussions opportunes sur la culture professionnelle dans les soins de santé. Nonobstant la perception populaire, il semble qu'il ne se soit produit qu'un seul cas de transmission du SRAS entre établissements par un travailleur à temps partiel se déplaçant entre les établissements. Mais le travail occasionnel présente d'autres lacunes, dont un recul de la solidarité en milieu de travail et une conscience réduite des protocoles de prévention des infections, deux facteurs essentiels pour les travailleurs de première ligne aux prises avec une épidémie telle que le SRAS. Le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers remarque également que le salaire horaire du personnel occasionnel constitue un stimulant pour travailler même en étant malade – une pratique que, dans l'après-SRAS, les établissements de santé ont activement découragée.

Un nombre incalculable de travailleurs de la santé ont été confrontés à un dilemme fondamental entre l'auto-préservation et le devoir professionnel de servir le bien commun. Seul un petit nombre a refusé de traiter les patients atteints du SRAS ou de travailler dans les services du SRAS. La plupart se sont portés volontaires sans réserve, mettant leur santé – et éventuellement celle de leurs familles – en danger. À la différence d'autres risques en milieu clinique, tels que la transmission du VIH ou de l'hépatite par des perforations accidentelles de la peau, le SRAS s'est révélé une infection aiguë dès le départ, entraînant un risque immédiat de mortalité et sans que l'on dispose d'un traitement spécifique. Plus important encore peut-être, il pouvait être transmis aux enfants des travailleurs de la santé par un simple baiser au coucher. Des centaines de travailleurs de la santé se sont isolés de leur famille pendant l'épidémie, portant un masque à la maison, couchant au sous-sol, prenant leurs repas seuls et attendant de voir s'ils allaient acquiescer les symptômes révélateurs. Le Comité voudrait saluer le courage et le dévouement de tous et chacun d'entre eux.

21. Épilogue

« Dans notre poursuite de la technologie, au cours des années 1980 et 1990, nous avons oublié l'essentiel. »

– Dr Bill Sibbald, médecin-chef, Sunnybrook and Women's.

Nous avons eu la chance que le virus du SRAS soit handicapé sur le plan biologique. Dans la vaste majorité des cas au moins, il exige un contact prolongé et rapproché pour faire le court saut d'un être humain à un autre. Le SRAS a été endigué, du moins temporairement – pas par la révolution génétique ni par des produits pharmaceutiques de pointe, mais par les bonnes vieilles mesures de santé publique comme le lavage des mains, les procédures de prévention des infections, l'isolement des cas et le dépistage et la mise en quarantaine des contacts.

Ce que l'épidémie de SRAS a démontré, plus que toute autre chose peut-être, c'est l'importance de la santé publique. La meilleure preuve à l'heure actuelle est que, sans des mesures efficaces de santé publique, le SRAS aurait éventuellement rendu malade des millions de personnes de cette planète qui devient de plus en plus petite, causant non pas des centaines de morts mais d'innombrables milliers. La prochaine épidémie pourrait cependant être encore plus insidieuse que le SRAS. Le Canada pourrait devoir faire face à un virus aérogène mortel ou à un virus transmis par gouttelettes mais possédant une période d'incubation si longue que la quarantaine serait sans valeur. Serons-nous prêts?