

Chapitre 5

RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ ET DE LA COORDINATION : Surveillance nationale des maladies infectieuses, gestion des épidémies et intervention d'urgence

Les services de santé publique sont chargés de protéger une population spécifique, par l'entremise de fonctions de surveillance, leur capacité à diriger la lutte contre des épidémies de certaines maladies et leur capacité à participer efficacement à une intervention multimodale en cas d'importantes urgences médicales. La surveillance permet d'émettre des alertes aux praticiens en santé publique, aux cliniciens, aux établissements de soins, aux gouvernements et au public en général sur les menaces pour leur santé. La propagation d'une maladie infectieuse et sa progression vers une véritable crise sanitaire peuvent être évitées par une surveillance efficace et la gestion de première intervention des épidémies.

La première intervention se produisant au niveau local ou régional, le renouvellement général des infrastructures de santé publique permettra une meilleure préparation au « prochain SRAS ». Notre bref aperçu du SRAS au Canada a également mis en lumière certaines questions concernant la capacité des provinces et des territoires et l'interaction entre leurs interventions et celles du niveau fédéral face aux flambées de maladies ainsi que l'interface entre la gestion des épidémies et les interventions d'urgence élargies. Par conséquent, nous tissons dans ce chapitre certains liens.

Premièrement, nous étudierons quelques-uns des éléments de la surveillance et de la gestion des épidémies. Notre aperçu des aspects fondamentaux de la gestion d'une épidémie passe directement par l'expérience du SRAS, en établissant un cadre pour revenir sur la chronologie du chapitre 2.

Deuxièmement, nous examinerons les rapports du vérificateur général de 1999 et de 2002 sur les questions de surveillance des maladies infectieuses et de gestion des épidémies. Ces rapports revêtent un caractère prémonitoire à la lumière des événements entourant l'épidémie de SRAS.

Troisièmement, nous étudierons la question plus vaste des urgences sanitaires. Dans ce cas, il semble que des progrès aient été réalisés dans la collaboration F/P/T, attribuables en partie aux attaques terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis et plus tard à la reconnaissance du défi mondial posé par le bioterrorisme.

Nous soulignerons la nécessité de préciser et, au besoin, d'améliorer l'interaction entre les activités d'urgence sanitaire, en particulier les urgences de santé publique comme les épidémies et les préparatifs et les interventions d'urgence élargis.

Quatrièmement et finalement, nous soulignerons la façon dont les nouveaux transferts par l'agence canadienne de santé publique pourraient soutenir la deuxième ligne de défense du pays contre les épidémies de maladies infectieuses en renforçant les capacités provinciales et territoriales de surveillance des maladies transmissibles, l'intervention face à l'épidémie et les activités liées au contrôle des infections nosocomiales. Ce programme de transferts viserait également à relier ces activités provinciales et territoriales aux centres fédéraux correspondants pour créer un réseau national intégré permettant de détecter et de gérer des menaces infectieuses existantes ou nouvelles pour la santé publique. L'affectation des fonds au niveau fédéral et une action concertée visant à garantir une préparation à l'échelle nationale devraient être entreprises dès que possible en raison de l'approche de l'hiver et de ses maladies du système respiratoire supérieur et inférieur. En attendant, ce réseau doit s'harmoniser avec les autres éléments d'une stratégie nationale de santé publique, notamment le Programme de partenaires en santé publique et le financement nécessaire à la Stratégie nationale d'immunisation comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

5A. Surveillance et gestion des épidémies : Fonctions essentielles à la santé publique

5A.1 Surveillance

Les experts ont écrit de longs chapitres sur la nature des fonctions de surveillance dans un système de santé public idéal. Le but de ce rapport n'est pas de répéter tout cela en détail mais de présenter une brève introduction de ce domaine souvent mal compris.

La surveillance médicale peut être définie comme le suivi et la prévision de n'importe quel phénomène ou déterminant de la santé au moyen d'une collecte permanente de données de grande qualité, l'intégration, l'analyse et l'interprétation de ces données en produits de surveillance (par exemple des rapports, des avis, des alertes et des avertissements) et la distribution de ces produits à ceux qui en ont besoin. Les produits de surveillance visent un but spécifique de santé publique ou un objectif politique.

Cette surveillance devrait avoir un but, être économique et être axée sur l'action. Elle ne devrait pas seulement permettre de détecter les nouveaux risques pour la santé, mais également inclure des systèmes qui permettent aux autorités de santé publique de surveiller et d'évaluer les progrès réalisés dans la protection de la santé et la prévention des maladies. De nouveaux risques pour la santé comme le bioterrorisme et les zoonoses, la réapparition de certaines maladies (p. ex., des bactéries multirésistantes aux antibiotiques) et la mondialisation ont changé fondamentalement la portée et le temps d'intervention attendus des programmes de surveillance à tous les niveaux.

La surveillance a recours à toutes les sources de données pouvant fournir les renseignements nécessaires. Les systèmes de surveillance peuvent échanger des données avec les systèmes de renseignement des services individuels de santé, mais les résultats sont différents. La plupart des données obtenues actuellement des établissements de santé sont produites au départ à des fins administratives. Elles peuvent servir de base pour la gestion des services de santé et la recherche, ainsi que pour la surveillance des maladies et de la santé, si les procédures d'obtention et de traitement des données administratives sont bien adaptées.

En général, les données de surveillance proviennent de sources ressortissant à l'une ou l'autre ces catégories :

- **Objectif spécifique :** données recueillies spécialement pour un besoin de surveillance particulier. Ces sources de données sélectionnent les données les plus pertinentes et facilitent la détection et l'intervention, mais leur exploitation est onéreuse et elles peuvent être difficiles à maintenir à long terme.
- **Sondages.** En général, recueillies à des fins plus générales de surveillance de la santé, les données de sondages diffèrent des autres ensembles de données à but spécial, en ce sens que se sont généralement des données transversales ou uniques et qu'elles peuvent servir à de nombreuses fonctions de surveillance, malgré leur manque de spécificité.
- **Administratives.** Comme il a déjà été mentionné, les données collectées à des fins administratives trouvent souvent un but secondaire dans la surveillance des maladies, p. ex., l'analyse des domaines diagnostiques dans les registres des sorties des hôpitaux pour trouver des groupes géographiques de maladies. Les données

administratives sont généralement de moins bonne qualité et ne sont pas toujours disponibles en temps voulu, mais elles sont faciles à obtenir et peu onéreuses.

- **Cliniques.** Pour de nombreuses fonctions de surveillance, il s'agit de la source idéale. De fait, ce sont souvent des cliniciens vigilants qui observent des schémas inhabituels de maladie et collaborent avec d'autres intervenants pour entreprendre une surveillance plus systématique des nouvelles maladies et des groupes émergents de maladies connues. La surveillance clinique ne peut atteindre une efficacité optimale que si les données cliniques sont accessibles sous forme électronique. Or c'est rarement le cas actuellement. Le Dossier médical électronique pourrait devenir une source fructueuse de données de surveillance. De plus, comme les présentations faites au Comité l'ont montré, les données cliniques de surveillance doivent être assemblées à partir d'une grande variété de prestataires et d'établissements, notamment les médecins de famille et autres prestataires de soins primaires, les services d'urgence, les pharmaciens et les vétérinaires.

Au chapitre 2, nous avons fait allusion au Réseau d'information sur la santé mondiale (RISM). Bien que les deux fonctions se chevauchent, il y a lieu de préciser la différence entre la surveillance et les renseignements. La surveillance implique la collecte et le regroupement de données avant leur interprétation. Dans le cas des renseignements, les sources d'information ont déjà été analysées et interprétées (en général de façon informelle). Un urgentologue peut remarquer la présence d'un nombre inhabituel de cas de diarrhée sanguinolente et en informer le médecin hygiéniste local ou un médecin hygiéniste peut faire afficher sur un bulletin d'information électronique un rapport sur l'épidémie d'une maladie ressemblant à la grippe mais accompagnée d'une éruption cutanée ou bien le RISM peut détecter de nouveaux rapports sur la grippe en Asie. Les renseignements revêtent une importance particulière du fait qu'ils attirent l'attention des autorités sur des cas semblables dans leur propre territoire.

Les services de santé publique doivent encore chercher à réaliser le potentiel de surveillance efficace que permettent les nouvelles technologies. Les problèmes jusqu'ici sont dus non seulement au coût de la création de ces systèmes (voir l'annexe 5.1 pour l'établissement du prix de revient d'un système de surveillance), mais également à la lenteur des progrès pour réaliser un consensus entre les différentes compétences (comme nous le verrons ci-dessous) et entre les programmes au sujet de l'architecture et des normes. Le fait d'avoir à répondre aux récentes exigences imposées sur la conception des systèmes par la législation sur la protection des renseignements personnels complique encore la tâche – nous y reviendrons au chapitre 9. Comme le Conseil des médecins hygiénistes en chef l'a fait remarquer dans son mémoire au Comité, les progrès ont été trop lents et les systèmes en vase clos sont encore présents partout.

5A.2 Gestion des épidémies et enquêtes

Les épidémies se produisent lorsque la fréquence d'une maladie dépasse ce qui est prévue. Les enquêtes sont un type de recherche épidémiologique accéléré visant à déterminer la cause de l'épidémie et les mesures nécessaires pour y remédier. Ces enquêtes sont normalement rétrospectives, sont effectuées en temps réel et souvent sous l'intense pression de l'opinion publique et de la classe politique, commencent sans hypothèses, sont répétitives et sont étroitement liées à l'instauration de mesures de santé publique pour contenir l'épidémie. Les enquêtes sur les épidémies impliquent également des défis considérables en matière de communication, y compris la communication essentielle des risques à la population.

Les épidémies d'origine alimentaire sont d'ordinaire de nature multijuridictionnelle en raison de la vaste distribution des aliments à partir d'une seule source. Ces épidémies exigent souvent une intervention à l'échelle nationale ou internationale. Mais l'enquête sur les épidémies de maladies infectieuses et leur gestion s'effectuent habituellement au niveau local et provincial, du moins, au tout début. D'autres paliers de gouvernement peuvent intervenir et l'épidémie peut même être gérée par des organismes nationaux ou internationaux, mais en règle générale, la première ligne de défense est locale. Le SRAS est donc à bien des égards une expérience nationale et internationale unique, un indicateur de la mondialisation actuelle et virtuelle. Jamais une épidémie à l'échelle internationale n'est apparue aussi vite et n'a été couverte aussi largement par les médias mondiaux ou n'a suscité une telle interaction entre différents gouvernements et organismes internationaux. Et jamais un agent infectieux inconnu n'a été étudié aussi rapidement.

Le lecteur pourra trouver encore une fois des livres consacrés à ces questions. En bref, la gestion d'une épidémie implique de nombreuses étapes, à commencer par **la détection de l'épidémie et l'émission d'alertes**. Le fait de reconnaître la présence d'une nouvelle menace comporte des permutations et des défis différents, selon que l'agent est connu ou pas, que l'agent connu est responsable d'une maladie que l'on doit déclarer ou pas et que l'étendue des connaissances permet de maîtriser l'agent de la façon la plus effective et efficiente possible. Le défi particulier posé par le SRAS est que l'agent infectieux était nouveau, que l'on ne connaissait pas au début son mode de transmission (p. ex., gouttelettes ou aérogène) et que certains aspects de son infectiosité (p. ex. la capacité de survivre sur des objets inanimés ou vecteurs passifs pendant plusieurs heures) se sont révélés seulement au cours de l'épidémie.

La détection exige le rapport rapide de données jusqu'au sommet de la hiérarchie des services de santé publique – locaux, régionaux, provinciaux, nationaux et mondiaux – et le regroupement et l'analyse des données des cas au plus bas niveau où un groupe de cas peut être reconnu. Le Canada étant un grand pays industrialisé, il devrait administrer un système de surveillance exemplaire pour les maladies infectieuses nouvelles et connues. Or, ce n'est pas le cas pour le moment.

Il peut arriver que les cas soient largement dispersés de sorte qu'il est difficile de détecter une épidémie au niveau local ou même provincial. Par exemple, Santé Canada regroupe occasionnellement des données montrant la présence d'un groupe de maladies et avertit une ou plusieurs provinces à propos d'une épidémie non identifiée d'origine alimentaire. Il est évident que le succès de ces systèmes dépend essentiellement de la diffusion rapide de renseignements exacts dans les différents territoires de compétence, ainsi que de la capacité de gestion et d'analyse des données aux niveaux appropriés. Il est également essentiel de disposer d'un réseau intégré de laboratoires pour obtenir rapidement une caractérisation des cas.

Une fois qu'une épidémie est détectée dans un pays, les autorités de santé publique d'autres pays sont avertis. Santé Canada publie toutes les deux semaines le Relevé des maladies transmissibles au Canada dont la distribution se fait principalement par voie électronique. A l'échelle mondiale, il existe plusieurs mécanismes d'alerte. Le RISM, élaboré par le Centre de secours et de services d'urgence de Santé Canada et maintenant utilisé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), scrute sur Internet les rapports des médias provenant du monde entier. Ces renseignements sont fournis au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie qui avertit les pays et entreprend des enquêtes. ProMed est un système d'alerte sur Internet, auquel est abonné un grand nombre de praticiens de santé publique et spécialisés dans les maladies infectieuses. Des cliniciens et des responsables de la santé publique affichent les cas inhabituels de maladies infectieuses sur ProMed, un système informel et d'appui souvent utile pour les canaux plus officiels.

Nous avons vu au chapitre 2 que Santé Canada et l'OMS ont manqué au début l'occasion de détecter la présence du SRAS en Chine du fait qu'un rapport du mois de novembre n'avait pas été complètement traduit. Mais en février, face à une épidémie apparente de grippe asiatique à Hong Kong et une flambée inhabituelle de problèmes respiratoires à Guangdong, l'OMS a mis les pays membres en alerte. Les alertes de l'OMS et de Santé Canada ont été captées par le British Columbia Centre for Disease Control et la diffusion de cette information a probablement permis l'isolement rapide du premier cas de SRAS à Vancouver. Des alertes ont été également émises par les

autorités locales et provinciales de la santé publique de l'Ontario, mais sans que la mobilisation ne suive partout. De toute façon, la propagation de l'épidémie à la division Grace du Scarborough Hospital était difficile à prévenir, étant donné que le fils du cas de référence s'est présenté au service des urgences atteint du SRAS et sans avoir voyagé.

Face à la nouvelle maladie apparue au Vietnam et à Hong Kong, l'OMS a envoyé d'autres alertes concernant le SRAS le 12 mars 2003. Au Canada, les alertes de l'OMS ont déclenché une cascade immédiate d'alertes dans tout le pays. Malgré la rapidité de ces démarches, le SRAS était déjà présent au Canada depuis presque trois semaines et l'épidémie prenait son essor à Toronto. Un système d'alerte canadien plus efficace - impliquant à la fois la capacité de rejoindre tous les niveaux du système de santé et la capacité de mobilisation et d'intervention dans le système - est absolument nécessaire à l'avenir.

Une évaluation épidémiologique rapide est essentielle au tout début d'une épidémie pour déterminer l'ampleur du problème et commencer à trouver des stratégies d'endiguement. Au Canada, à l'échelle nationale, le Comité de la grippe pandémique était déjà en place et est devenu le centre de coordination des conférences téléphoniques quotidiennes F/P/T sur le SRAS. Ces conférences ont été utiles selon de nombreuses personnes interrogées, mais la plupart des participants ne participaient pas directement à la lutte contre l'épidémie. De plus, ceux qui étaient en première ligne étaient submergés par des demandes ininterrompues pour donner et recevoir des renseignements par téléconférence. Encore une fois, nous voyons que le Canada a manqué de moyens de soutien - « l'équipe B » que les CDC mobilisent au début d'une épidémie. On aurait pu au moins s'attendre à une évaluation rapide pour donner plus d'importance à la courbe d'épidémie du SRAS, donnant une image plus positive que le décompte cumulatif des cas qui contribuait à susciter un sentiment de crise.

L'étape suivante est **l'enquête sur l'épidémie** qui vise à identifier l'étiologie et les modes de transmission d'un agent infectieux, ce qui permet de prendre les mesures appropriées pour limiter la transmission. Une épidémie qui se poursuit est généralement une urgence sanitaire. L'enquête exige alors différents modes d'opération, différentes structures de commandement et de contrôle et une direction unifiée. Les enquêteurs doivent être isolés des constantes demandes de données. Ce n'est pas ce qui s'est produit avec le SRAS au Canada. Comme un participant l'a dit, « Les incessantes demandes d'information de minute en minute, jour et nuit aux niveaux local, provincial et fédéral ont nui aux efforts d'un nombre limité de personnes trop débordées pour collecter, analyser et interpréter les données et diffuser l'information épidémiologique nécessaire pour circonscrire cette maladie. » Les organisations bureaucratiques ne sont pas adaptées pour riposter à une épidémie et leurs structures doivent être modifiées pour qu'elles puissent répondre

efficacement et rapidement aux exigences des fonctions de commandement et de contrôle. C'est une des principales leçons retenues de l'expérience des CDC avec l'anthrax. Cela explique pourquoi un organisme fédéral est nécessaire mais pas suffisant pour améliorer la capacité d'intervention au Canada.

L'action collective dans le cadre de l'enquête sur l'épidémie de SRAS à Toronto a été honteusement limitée. Comme nous l'avons vu, il n'existait pas de base de données commune, chacun se disputait au sujet des données, les cliniciens et les médecins de santé publique étaient incapables de collaborer efficacement à l'enquête et à la recherche, les interventions de Santé Canada étaient bien intentionnées, mais le rôle du gouvernement fédéral n'était pas clair et ses moyens limités comparés à ceux des CDC des États-Unis, le laboratoire de santé publique provincial était débordé et la division de la santé publique provinciale n'a pas été en mesure de coordonner une intervention impliquant quatre unités de santé locales distinctes ni de jouer un rôle de chef de file dans l'enquête. En ce qui concerne la gestion des données, la division de la santé publique provinciale a finalement mis en service le Système d'information en santé publique (SISP-i), mais les unités de santé publique locales ne l'ont pas utilisé car il ne contient pas encore d'outils pour retracer les contacts ni de modules de gestion des quarantaines. Les organismes locaux ont plutôt eu recours à des systèmes créés par chaque unité pendant l'épidémie.

La définition des cas est essentielle à la surveillance d'une maladie et à la maîtrise d'une épidémie. Le Comité a appris que l'OMS avait préparé sa définition des cas pour souligner les liens épidémiologiques du fait que le SRAS, au plan clinique, ressemblait à beaucoup d'autres formes de pneumonies atypiques acquises dans la communauté. A mesure que la description clinique et épidémiologique du SRAS se poursuivait et que la sérologie de laboratoire devenait disponible, les définitions de cas ont évolué à l'OMS et ailleurs. Au Canada, la définition de cas décidée par consensus lors des appels de conférence F/P/T a été modifiée plusieurs fois au cours de l'épidémie, mais là encore, cette tentative de définition n'a pas été simple (voir annexe 5.2).

Selon la définition du premier cas par Santé Canada, il fallait un contact étroit avec un cas soupçonné ou probable de SRAS afin de pouvoir établir un lien épidémiologique. Le 31 mars 2003, la définition a été modifiée pour inclure « voyage récent dans une région où existe un groupe de cas de SRAS ». Cette mention a été ajoutée pour inclure les expositions à l'intérieur du Canada, en particulier à Toronto où la transmission du SRAS s'était produite dans des établissements de soins. Mais le terme « voyage » peut avoir contribué à l'incertitude quant à savoir si la définition devait s'appliquer aux habitants des régions touchées par le SRAS. De plus, l'Ontario avait sa propre définition de cas (voir l'annexe 5.2) précisant la nécessité

d'un lien épidémiologique représenté par un « contact étroit » avec un cas probable ou soupçonné. D'autres modifications de la définition de l'Ontario ont été apportées le 29 avril, mais l'exigence de « contact étroit » est restée.

Le 26 mai 2003, l'Ontario corrigeait sa définition après l'apparition d'une seconde vague de SRAS pour y inclure « voyage récent ou visite dans les dix jours et déclaration de symptômes dans une région associée à un groupe de cas de SRAS ET aucune autre cause connue de la maladie ». Le 29 mai 2003, dans le cadre d'une révision générale, Santé Canada modifiait également sa définition pour préciser que même une visite dans un hôpital ayant une unité de SRAS ou dans tout autre endroit au Canada où l'exposition au SRAS pouvait avoir eu lieu devrait être considérée comme un lien suffisant (voir également l'annexe 5.2 pour plus de détails).

Cette confusion, notamment la reconnaissance tardive par Santé Canada des différences dans les définitions et la décision de l'Ontario d'afficher sa propre définition plus spécifique peuvent avoir contribué à la non-reconnaissance des groupes de cas potentiels de SRAS en Ontario, alors que les enquêteurs de santé publique se concentraient sur la démonstration des liens épidémiologiques. Cela dit, les cliniciens faisaient pour le mieux indépendamment de toute définition de cas, et la nécessité de la définition de l'Ontario a été justifiée pour limiter le nombre de personnes sur lesquelles enquêter.

Le 17 mars 2003, Santé Canada, se faisant l'écho de l'OMS, ajoutait un critère d'exclusion. Le SRAS était exclu si une autre étiologie était définie pour un cas qui autrement correspondait à la définition. On tentait d'exclure ainsi la possibilité qu'une personne puisse être infectée par plus d'un agent ou que d'autres conditions non infectieuses (p. ex. défaillance cardiaque ou atéléctasie postopératoire) puissent coexister avec le SRAS (comme ce fut vraisemblablement le cas au 4^{ème} Ovest du North York General Hospital). Le 29 mai, compte tenu du groupe de North York, la définition était révisée pour préciser que l'autre cause doit « expliquer pleinement » la présentation clinique.

L'autre changement important apporté le 29 mai a été l'inclusion dans la définition de cas probable d'un « cas soupçonné avec preuve radiographique d'infiltrations correspondant à la pneumonie ou syndrome de détresse respiratoire (SDR) sur la radiographie ». Les cliniciens de Toronto, découragés par le peu de poids accordé à l'évidence radiologique, ont été satisfaits de cette clarification.

Ces différences dans les définitions de cas ont eu des effets au niveau international en conduisant parfois à classer de façon erronée des personnes ayant visité Toronto et contracté plus tard ce qui n'était pas le SRAS comme des cas soupçonnés ou probables de SRAS exportés. Et dans une mesure confinante à l'absurde, les autorités américaines ont décidé que le transit par

l'aéroport de Toronto (dans la région Peel) constituait une visite à Toronto quand venait le moment de statuer sur le risque d'exposition à une région touchée par le SRAS.

La détermination d'une étiologie est habituellement évidente pour des agents connus, dans la mesure où les dispositifs logistiques requis et la capacité de laboratoire sont en place. Les scientifiques de Vancouver et de Winnipeg ont été parmi les leaders internationaux dans le séquençage génétique du coronavirus du SRAS, ce qui a facilité la création de tests sérologiques pour le SRAS. Des employés des laboratoires de divers établissements de Toronto ont également fait un travail remarquable pour établir la capacité de diagnostic du coronavirus, soutenant les cliniciens en première ligne et facilitant les efforts de la santé publique pour maîtriser la transmission. Malheureusement, lorsque les laboratoires des hôpitaux ont pris la responsabilité de tester le coronavirus du SRAS, la capacité de surveillance des données aux niveaux national et provincial a été compromise en raison de systèmes d'information de mauvaise qualité et du manque de protocoles de partage des données. La désintégration des données épidémiologiques et des données de laboratoire s'est aggravée, compromettant l'enquête sur l'épidémie.

La confirmation des cas suppose l'existence d'un test décisif pour confirmer les cas réels. Quand l'agent est inconnu, comme c'était le cas du SRAS, il faut du temps. Ce n'est que vers la fin de la période de la première vague du SRAS qu'un test plus déterminant a été possible, grâce à l'acquisition de la capacité de détecter l'empreinte génétique du coronavirus obtenue par écouvillonnage du nasopharynx, crachats ou selles et au cours de la deuxième vague la disponibilité des tests sérologiques.

Tout en confirmant les cas apparents, l'équipe de l'enquête et de la gestion de l'épidémie doit **trouver des cas et déterminer l'étendue du problème**. Le SRAS a représenté un énorme défi à cet égard, en raison de l'absence de tests de dépistage, de la similarité des symptômes présents dans d'autres infections et de l'absence de tests rapides de confirmation. Une surveillance accrue de cette maladie est particulièrement critique précisément au moment où il semble que l'on réussisse à enrayer l'épidémie. Nous avons déjà vu que les interventions locales au Canada avaient été insuffisantes à cet égard. La détection implique également que l'on adopte des mesures pour trouver des cas potentiellement importés et exportés de SRAS. Santé Canada a fait l'objet de pressions internationales et nationales pour mettre en place des procédures coûteuses et lourdes afin de contrôler les passagers des compagnies aériennes. Nous reviendrons sur cette question au chapitre 11.

A mesure que les données s'accumulent pendant une épidémie, l'équipe de l'enquête devrait immédiatement **produire des renseignements épidémiologiques descriptifs et émettre et tester des hypothèses**. Par

exemple, cette étape aurait pu contribuer à déterminer plus rapidement la période d'incubation du SRAS et les taux d'infection dans les différents sous-groupes. Normalement, une équipe de recherche utilise le contrôle des cas, la cohorte et les études expérimentales pour tester des hypothèses concernant l'agent causal, ses modes de transmission et les interventions possibles pour le maîtriser. En raison d'une mauvaise coordination, de l'absence d'une collecte de données normalisée et d'une gestion et capacité d'analyse des données de piètre qualité, nous atteignons seulement cette étape maintenant que l'épidémie canadienne a reculé. De nombreuses et précieuses occasions ont été perdues et la productivité de la recherche au Canada a souffert, comme nous l'avons vu au chapitre 2.

La transmission des rapports sur les résultats des enquêtes épidémiologiques aux organismes nationaux et internationaux est un élément essentiel de l'enquête pour plusieurs raisons. La compréhension d'une maladie permet à d'autres instances d'instaurer des mesures appropriées pour la contrôler et pour apprendre de l'expérience des autres. Le SRAS nous a fait comprendre la nécessité de communiquer rapidement et avec précision l'information concernant les épidémies et leur portrait à l'échelle nationale, avant de transmettre les rapports à d'autres pays et à des organismes internationaux. Il est arrivé au cours de l'épidémie de SRAS que les médias semblaient plus rapides que le système de santé publique dans la communication des rapports, ce qui n'a guère contribué à susciter la confiance au niveau international.

Les épidémies sont souvent très visibles et le public, les médias et la classe politique y sont très attentifs. **Les communications avec les médias, le personnel hospitalier, les gouvernements et le public** sont donc extrêmement importantes. Nous reviendrons sur les communications organisationnelles au chapitre 8. Tout au long de l'épidémie de SRAS, les pressions exercées par les médias sur les autorités de la santé publique locale et provinciale ont été intenses et ont exigé beaucoup de temps. La gestion des communications a été très critiquée, comme nous l'avons vu au chapitre 2. Les communications fédérales étaient généralement réactives car Santé Canada attendait la dernière conférence de presse en Ontario et les communications au niveau provincial étaient elles-mêmes fréquemment désorganisées. Il nous semble que l'épidémie se poursuivant, certains médias ont pris sur eux de tenir le rôle d'éducateurs publics et de modulateurs de la communication des risques dans un effort louable de stabiliser les perceptions de la crise par la population.

Le contrôle d'une épidémie par des mesures de santé publique est l'objectif immédiat des enquêtes épidémiques. Avec la propagation d'une maladie, les décisions sur les interventions en santé publique doivent être prises rapidement et souvent à partir de renseignements incomplets.

Les mesures prises pour contrôler une épidémie sont très coûteuses et peuvent être controversées ou très impopulaires. Dans le cas du SRAS, la détection des cas, leur isolement, leur suivi et la quarantaine des contacts, les mesures strictes de contrôle de l'infection dans les hôpitaux, la fermeture d'hôpitaux, le contrôle des passagers des lignes aériennes et les avis aux voyageurs ont été les principaux outils utilisés pour contrôler l'épidémie au niveau national et mondial. Outre les effets considérables sur le tourisme et les voyages, l'épidémie a coûté extrêmement cher. En coûts directs d'abord, consacrés aux soins de santé et de santé publique nécessaires à la maîtrise de l'épidémie et au traitement des personnes et en coûts indirects ensuite attribuables aux facteurs suivants : perte de productivité pour cause de maladie, quarantaine, auto-isolement et perturbation du travail, paiements aux établissements de soins de santé et aux médecins pour remplacer les revenus habituels interrompus par le SRAS, salaires et autres rémunérations pour les personnes mises en quarantaine ou incapables de s'acquitter de leurs tâches habituelles à cause du SRAS et retard dans les services de soins de santé et en santé publique qui doivent maintenant être rattrapés. La Banque Toronto Dominion a estimé que le coût net de l'épidémie pour l'économie nationale se situe entre 1,5 et 2,1 milliards de dollars.

Cette analyse peut contribuer à l'impression donnée au chapitre 2 que le SRAS au Canada n'a pas été un modèle de gestion d'épidémie. Mais le Comité pense pouvoir dire que tous ceux et celles qui ont participé directement ont fait de leur mieux. D'innombrables employés de la santé publique locale et des soins de santé se sont comportés de façon exemplaire. On doit leur attribuer le mérite du contrôle d'une épidémie sans précédent et soudaine d'une maladie jusqu'ici inconnue et modérément transmissible, s'accompagnant d'un taux de mortalité significatif. Plusieurs autres mesures et aspects positifs méritent d'être soulignés.

En Colombie-Britannique, les alertes émises par les CDC ont permis la reconnaissance précoce et l'isolement du premier cas de SRAS à l'hôpital général de Vancouver. Les mesures de surveillance de santé publique ont été instaurées et un Centre des opérations d'urgence a été ouvert. Des téléconférences ont eu lieu régulièrement entre les experts du CDC, les agents de santé locaux et le médecin hygiéniste provincial et une liaison active avec le milieu des maladies infectieuses a été assurée. Tous les médecins ont été informés directement des définitions de cas et des mesures de protection et un site Internet a été créé. Les autres cas de SRAS en Colombie-Britannique ont été bien gérés, ainsi que les cas suspects de SRAS dans les autres provinces.

En Ontario, malgré les tensions entre les autorités de santé publique aux niveaux provincial et fédéral, les données ont circulé et les rapports internationaux ont été

envoyés régulièrement. Les experts des unités de santé publique locale et de Santé Canada ont collaboré à l'enquête sur les groupes. Le gouvernement fédéral a participé directement au recrutement de professionnels de la santé publique, notamment des épidémiologistes, des médecins de médecine communautaire, des enquêteurs de cas (infirmières et inspecteurs de santé publique) et des administrateurs de santé publique. Finalement, les efforts déployés par les trois paliers de gouvernement avec l'aide d'intervenants comme l'Association canadienne de santé publique ont permis de répondre aux besoins du personnel de Toronto. Le personnel de Santé Canada a également collaboré avec les représentants provinciaux et territoriaux pour créer des groupes de travail sur la surveillance, le contrôle de l'infection, l'administration clinique, les questions relevant des laboratoires et la gestion de la santé publique.

Les activités de contrôle à Toronto ont fait intervenir de multiples instances et ont été assumées sous les feux des médias. Tous les responsables de la maîtrise de l'épidémie ont travaillé jour et nuit. Les organismes de santé publique locaux ont surmonté les insuffisances du système et ont réussi à gérer une charge de travail écrasante. Le bénévolat était à l'ordre du jour, comme en témoigne la contribution du Comité consultatif scientifique et divers experts cliniques qui ont travaillé au Centre des opérations provincial et au Centre des opérations du SRAS à Toronto. L'Ontario a été obligé d'activer ses nouveaux plans d'urgence pour la première fois face à un mystérieux et dangereux virus. L'inquiétude était parfois à son comble, mais les résidents des zones touchées sont restés calmes et ont généralement accepté de bonne grâce la perturbation de leur vie quotidienne. Les mesures de quarantaine et autres mesures de santé publique ont été très largement respectées. Le ministère de la Santé et les hôpitaux ont appris de la première vague de l'épidémie et ont adopté une approche plus sélective pour les soins cliniques apportés aux patients atteints du SRAS au cours de la seconde vague. Des organisations comme l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Association médicale de l'Ontario ont tout fait pour communiquer avec leurs membres à propos du SRAS et pour apporter leur soutien à la réaction à l'épidémie. L'épidémie a touché les étudiants et les stagiaires qui suivaient une formation dans des hôpitaux dans de nombreuses disciplines, mais également lors des examens finaux dans les établissements postsecondaires et au Collège royal lors des examens des médecins résidents terminant leur spécialité. Mais tous les établissements d'enseignement ont pu trouver des moyens de permettre aux étudiants de terminer leurs programmes ou de passer leurs examens en respectant le calendrier. Les hôpitaux ont fait preuve d'une adaptabilité sans précédent et la bravoure des infirmières sur la ligne de front, des technologues respiratoires et des médecins soignant les patients atteints du SRAS ont été tout simplement héroïques.

Ce ne sont là que quelques exemples de comportement exemplaires face à l'épidémie de SRAS au Canada. Ils montrent des gens et des institutions qui se sont montrés à la hauteur malgré des systèmes sous-optimaux et une préparation insuffisante. Pour paraphraser T.S. Eliot, nous ne pouvons jamais élaborer de systèmes si parfaits que personne n'ait plus besoin d'être sage. Mais la principale leçon de l'épidémie du SRAS au Canada est que rien ne justifie de tolérer des systèmes si imparfaits que des gens soient gravement touchés inutilement.

5B. La perspective du vérificateur général

Bien avant que le SRAS n'apparaisse au Canada, le vérificateur général avait mis en lumière les difficultés posées au pays par l'administration d'un système de surveillance des maladies infectieuses au moyen des processus F/P/T existants. Les rapports du vérificateur général de septembre 1999 et de septembre 2002 ont été très critiques à l'égard de l'échec des procédures F/P/T pour constituer l'infrastructure nécessaire et concluaient que ces échecs nuisaient à la capacité du Canada de détecter ces éclosions de maladies et d'y réagir. Nous inspirant du rapport préparé pour le Comité par notre conseiller juridique, le professeur Sujit Choudhry, les constatations du vérificateur général sont résumées ci-dessous.

Santé Canada dépend de la coopération bénévole des autorités provinciales et territoriales, tant pour la surveillance de la santé (notamment les déclarations de cas) que pour les réactions aux épidémies. Parmi le grand nombre de lois fédérales, provinciales et territoriales, aucune ne régit la santé publique ni ne définit les modalités de la coopération entre les divers paliers de gouvernement. Les documents non juridiques comme les énoncés de politique, les ententes intergouvernementales et les protocoles d'entente sont utilisés sans uniformité pour officialiser les modalités de la collaboration intergouvernementale. Il existe des arrangements spécifiques (p. ex. sur le sida), mais il n'existe pas de document F/P/T qui attribue des rôles et des responsabilités spécifiques aux intervenants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. L'absence de modalités officielles de collaboration nuit aux interventions rapides en cas de situation d'urgence. Des documents officiels sont nécessaires pour régir des questions comme l'échange de données, la propriété des données, la vie privée, la distribution autorisée des données et les conséquences de la non-conformité du gouvernement à ces modalités.

La situation du sida, de la grippe et des maladies entériques s'est certes améliorée entre 1999 et 2002, mais le vérificateur général a trouvé qu'en septembre 2002, la question de l'actualité, de la précision et de l'exhaustivité des données demeurait inquiétante. Les rapports des provinces à Santé Canada continuaient de manquer d'uniformité.

Par exemple, seulement 8 provinces (représentant 55% de la population) signalaient les cas de varicelle. En 2002, il existait un accord national informel sur la liste des maladies à déclaration obligatoire et les listes provinciales les plus récentes montrent une concordance rassurante. Mais les données qui parviennent à Ottawa ne sont pas fournies de façon uniforme. Certaines provinces déclarent les maladies par voie électronique et d'autres pas. Les provinces elles-mêmes sont aux prises avec un problème de sous-déclaration des nouveaux cas par les professionnels de la santé. Par exemple, une étude de FluWatch de 1997-1998 a révélé que malgré une liste de médecins intéressés, seulement 60% soumettaient un rapport chaque semaine. De plus, les données sur les hospitalisations et les décès dus à la grippe n'étaient ni précises ni fournies en temps opportun. Cette situation n'a pas changé et a des effets négatifs sur la surveillance du SRAS.

Un processus F/P/T a été mis en pratique pendant quelques années pour créer un réseau intégré de surveillance de santé publique à l'échelle nationale par le biais du Réseau de surveillance de la santé au Canada. Ces comités comprennent le Groupe de travail sur la surveillance de la santé, le Sous-groupe de surveillance des maladies transmissibles, le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada, le Projet d'infrastructure nationale de surveillance de la santé et le Système canadien intégré de surveillance de la santé publique (SCISP). Le Centre de coordination de la surveillance de Santé Canada a été créé en 2000 pour assurer la direction de la coordination intergouvernementale. Le vérificateur général a indiqué en septembre 2002 que des progrès avaient été réalisés. Le Groupe de travail sur la surveillance de la santé avait convenu qu'une infrastructure de surveillance médicale devrait être mise sur pied. Mais aucune échéance n'avait été fixée, et le bureau du vérificateur général a été informé qu'il faudrait « plusieurs années, voire un bon nombre d'années » pour créer un système national, en particulier en l'absence d'un financement ciblé.

Plus récemment, un accord bienvenu a été obtenu au sujet des éléments de données pour la série de données de base sur les maladies transmissibles et des progrès sont accomplis sur les séries de données concernant des maladies spécifiques. Le gouvernement fédéral a mis au point à la fois le Système de gestion des données de laboratoire et, comme nous l'avons vu plus haut, le SCISP qui font tous deux parties du Système canadien intégré de santé publique. Ces programmes ont été adoptés par de nombreuses provinces, plus récemment l'Ontario après l'épisode du SRAS. D'un point de vue positif, le gouvernement fédéral va continuer d'assumer les coûts de développement des logiciels et les provinces sont en mesure d'ajouter des modules spécifiques si elles le jugent utile. Mais nous avons vu qu'il manquait au SISIP-i la capacité de gérer une écloison et qu'il n'a pas été adopté par les unités de santé publique locales où le travail de première ligne de maîtrise du SRAS a été

effectué. Le Système de gestion des données de laboratoire n'a pas toujours été vu sous un jour favorable, même au sein du système des laboratoires de Santé Canada. Bien que le SCISP permette d'établir des rapports en temps réel à l'échelle nationale, ces données ne seront pas complètes, car certaines provinces n'y participent toujours pas. L'objectif de Santé Canada est de transférer le projet de développement de l'infrastructure à un consortium fédéral-provincial-territorial (le SCISP collaboratif). Mais quelques informateurs ont suggéré au Comité qu'une architecture à grande échelle et personnalisée n'était pas souhaitable et qu'il fallait privilégier une action plus progressive, s'appuyant sur un logiciel commercial flexible et largement disponible. Par conséquent, des questions d'ordre à la fois techniques et de compétence sont encore en jeu et exacerbées par un manque de ressources.

Le Centre canadien de surveillance des écloisions entériques (CCSEC) fournit à présent un moyen électronique aux praticiens et aux usagers de la santé publique, permettant ainsi à un nombre croissant de responsables d'échanger des renseignements sur les écloisions entériques et d'en discuter dans un environnement protégé. La Direction générale des produits de santé et des aliments de Santé Canada a révisé son Protocole d'intervention en cas d'écloison de toxi-infections d'origine alimentaire. La Direction générale a l'intention de consulter les autorités des gouvernements territoriaux et provinciaux cet automne pour obtenir l'adhésion des sous-ministres de la Santé F/P/T au protocole en décembre 2003. En résumé, des progrès sont réalisés, mais ils sont lents et fragmentaires.

5C. La Gestion des urgences en santé publique

5C.1 La Santé publique en tant que lutte contre les incendies

Le SRAS peut être considéré comme un test pertinent et révélateur de la résilience et de la flexibilité de l'infrastructure de la santé publique pour gérer des urgences médicales de toutes sortes. Les experts de la gestion d'urgence suggèrent que le règlement d'une urgence, qu'elle soit sanitaire ou autre, exige toujours une préparation, une planification, des interventions efficaces et bien coordonnées et une prise de décision rapide et précise de la part des responsables.

La lutte contre l'incendie est une métaphore souvent utilisée pour illustrer le déroulement d'une urgence. La détection des flammes ressemble à l'action d'une infirmière, d'un pharmacien ou d'un médecin vigilant qui détectent une maladie ou un groupe de maladies inhabituelles et donnent immédiatement l'alerte aux administrateurs ou au service de santé publique local. L'intervention des pompiers est semblable à l'intervention des employés de première ligne de la santé publique à

l'échelle locale. L'analogie s'étend à la prise de décision à propos du besoin d'un soutien. Face à un gros incendie, un commandant du lieu de l'incident arrive sur les lieux et doit se rendre compte si son équipe est en mesure d'éteindre les flammes. Sinon, il demande de l'équipement et du personnel de soutien. Une intervention d'urgence de santé publique efficace nécessite également la présence d'une personne d'autorité sur place chargée du commandement et du contrôle. Nous nous attendons à ce que des pompiers et des camions de différents endroits viennent lutter ensemble contre l'incendie. Dans le domaine de la santé publique, cette intégration n'est possible que par une préparation et une coordination efficace de la part des autorités de santé publique aux niveaux local, provincial, fédéral et territorial. Comme pour les incendies, il faut une connaissance des procédures communes de fonctionnement, une formation et un équipement compatibles et surtout des ententes préalables d'aide mutuelle dans des cas d'urgence nécessitant une capacité d'appoint soudaine.

On peut également prolonger l'analogie avec la prévention des incendies. Par exemple, les gouvernements municipaux imposent des codes de construction pour exiger des matériaux de construction qui retardent les flammes. Les pompiers consacrent beaucoup de temps à faire de la sensibilisation pour prévenir les incendies et préparer les gens à lutter contre le feu chez eux, dans les bâtiments publics ou au travail. Sur le plan de la santé, l'inspection de la salubrité des aliments et de la santé publique, l'immunisation et diverses activités de promotion de la santé sont des activités analogues. Quand la prévention n'a plus d'effet ou est insuffisante, les pompiers se mettent en état d'urgence, tout comme les travailleurs de la santé publique.

Dans les sections précédentes, nous avons vu que la collaboration F/P/T a été insuffisante dans le domaine de la surveillance des maladies et de la gestion des épidémies. Si la flambée de SRAS était devenue une véritable épidémie nationale, notre manque de préparation aurait pu être catastrophique. La flambée du SRAS et les événements qui ont suivi à Toronto soulignent la nécessité de combler les lacunes dans les interventions d'urgence en santé publique et de trouver des méthodes plus globales de gestion des urgences par le biais d'un système vraiment pan-canadien.

Ce système intégré pan-canadien devrait comprendre tous les outils, projets et accords nécessaires pour réagir au SRAS ou n'importe quelle autre urgence de santé publique à une grande échelle. Si, comme nous l'avons vu, les gouvernements ne peuvent se mettre d'accord sur des stratégies de surveillance lorsque tout va bien, on peut difficilement s'attendre à ce qu'ils travaillent de façon concertée en pleine épidémie.

5C.2 Le cadre national des urgences

Le cadre des interventions d'urgence du gouvernement fédéral évalue les incidents selon leur taille, du plus petit au plus grand et du légèrement important au catastrophique. Les urgences, y compris les débuts d'épidémies de maladies, progressent le long de la chaîne des compétences de l'intervention locale, provinciale, nationale, continentale et finalement internationale.

La politique fédérale en matière d'urgences suppose par conséquent une hiérarchie d'interventions à travers des paliers de gouvernement successifs dans une chaîne de soutien mutuel. Tous les ministères du gouvernement fédéral sont tenus, en vertu de la *Loi sur les mesures d'urgence* et la *Loi sur la protection civile* de se doter de leurs propres plans d'urgence. La dernière loi, adoptée en 1988, impose plus particulièrement aux ministres fédéraux de se préparer à des urgences civiles et d'exercer sa surveillance sur toute situation de crise civile potentielle, imminente ou réelle, d'en faire rapport, au besoin, aux autres ministres ainsi que de recommander les mesures nécessaires à cet égard. Le même genre d'exigences sont prévues au niveau provincial, où un certain nombre d'autorités provinciales et territoriales ont revu et actualisé leurs structures de planification et d'intervention d'urgence. Les plans et les préparations entrepris par les ministères du gouvernement fédéral privilégient les mesures visant à aider les provinces lorsque leur capacité à réagir est dépassée, à sauver des vies et à préserver la paix, l'ordre et le bon gouvernement. On s'attend également à ce que les ministères fédéraux se préparent à des urgences transfrontalières et internationales au moyen de politiques, d'une analyse des risques et de stratégies de communication.

Tous les ministères fédéraux participant à une urgence suivent quatre grands principes : une approche tous risques, la décentralisation vers les ministères qui assument le commandement et le contrôle, la coordination interministérielle et la coordination fédérale et provinciale. Les trois premiers sont explicites. L'approche tous risques tient compte du fait que même si les causes des urgences et des catastrophes sont diverses, les capacités d'y réagir sont souvent les mêmes. Au gouvernement fédéral, la structure de planification et d'intervention d'urgence est décentralisée pour mettre à profit les connaissances et l'expertise ainsi que la capacité de commandement et de contrôle, les ressources et les outils de réglementation des différents ministères. Certaines urgences peuvent être traitées par un seul ministère ou organisme fédéral, mais la plupart des incidents justifiant une intervention à l'échelon fédéral exige la participation d'un certain nombre de ministères. Dans tous les cas, un ministère assume le commandement et le contrôle pendant que les autres l'assistent.

C'est au niveau de la collaboration et de la coordination F/P/T que les lacunes apparaissent. Les gouvernements provinciaux et territoriaux exercent une responsabilité aux termes de la Constitution à l'égard de la sécurité et du bien-être de leur population. Les provinces et les territoires ont tous créé des structures pour respecter ces responsabilités et, comme nous l'avons vu, les ont modernisées dans bien des cas. Toutefois, le Comité croit savoir que les structures fédérales, provinciales et territoriales n'ont jamais fait l'objet d'une analyse de comparabilité et d'interopérabilité. La planification d'urgence fédérale et provinciale doit être intégrée au maximum pour éviter la confusion et le double emploi et pour permettre la communication rapide de l'information et des conseils essentiels entre paliers de gouvernement. Autrement dit, ce qui s'est produit avec le SRAS pourrait se produire dans le cas d'une catastrophe naturelle.

5C.3 Centres de coordination des urgences sanitaires

Le gouvernement fédéral a créé le Centre de mesures et d'intervention d'urgence (CEMU) en juillet 2000 comme le point central de coordination des mesures de sécurité liées à la santé publique à Santé Canada et aux divers paliers de gouvernement du pays. Cette mesure répondait au besoin d'une approche plus uniforme, viable et intégrée pour se préparer et réagir à toute sorte d'urgences en santé publique au Canada. Le Centre regroupe la plupart des programmes de mesures et d'intervention d'urgence de Santé Canada et bénéficie d'une masse critique de ressources pour permettre une intervention en cas d'urgence plus concertée et synergique, dans une perspective ministérielle et interministérielle.

Le mandat du CEMU vise les divers risques pour la santé des Canadiens découlant :

- De phénomènes et de catastrophes naturelles comme les inondations, les tremblements de terre, les incendies et les maladies infectieuses graves;
- D'accidents ou d'actes criminels et terroristes mettant en cause des explosifs, des produits chimiques, des substances radioactives ou des agents biologiques.

Le CEMU, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, entretient le Système de la Réserve nationale des secours (SRNS). Ce système, peu connu des Canadiens, compte 300 millions de dollars de services, fournitures et équipement médicaux prêts à être distribués immédiatement aux provinces et territoires en cas de catastrophe humaine ou naturelle. Le SRNS contient les fournitures que l'on trouve dans les centres de traitement médical allant des petites unités médicales de campagne jusqu'aux grands hôpitaux, notamment des lits, des couvertures et des produits pharmaceutiques. La réserve renferme 165 hôpitaux de campagne munis de 200 lits qui peuvent être transportés rapidement en camion ou en avion. Ils sont répartis dans tout le pays et

peuvent être établis dans des immeubles existants comme des écoles et des centres communautaires. Le Comité reconnaît l'utilité du SRNS et recommande que les stocks et les principes de fonctionnement soient actualisés pour assurer l'interopérabilité avec les installations de santé actuelles. Comme la question des masques N95 l'a montré pendant la crise du SRAS, il serait préférable que le SRNS assume une fonction d'approvisionnement et de coordination, en même temps qu'il veille à la création de réserves. Nous pensons également qu'une formation et des exercices F/P/T sont nécessaires pour que le personnel concerné connaisse l'existence de cette ressource nationale largement méconnue.

Le CEMU assume des fonctions intégrées dont se chargeraient le médecin hygiéniste en chef, le directeur des urgences sanitaires et le directeur des services sociaux d'urgence dans la plupart des établissements provinciaux. Les provinces n'ont pas toutes établi des structures semblables de coordination des urgences sanitaires. En Ontario, le commissaire à la sécurité publique et le commissaire à la santé publique, en se partageant la direction de la crise du SRAS, ont contribué à l'impression de flou en matière d'autorité. Au Québec, l'approche tous risques à l'égard des mesures et d'intervention d'urgence est dirigée à partir d'un centre de planification au ministère de la Sécurité publique. Ce centre affecte un coordinateur aux autres ministères qui sont incorporés à un réseau intégré d'échange d'information et d'intervention. Le modèle du Québec est intéressant, mais pourrait également conduire aux mêmes difficultés qu'a connues l'Ontario.

Le Comité reconnaît que les urgences sanitaires comme les flambées de maladies infectieuses deviennent rapidement des urgences générales et s'accompagnent de bien d'autres problèmes qui touchent de nombreux ministères. Le choix d'un responsable d'un service de santé ou de la sécurité publique dépendra de la nature du risque. Ce que l'on doit avoir de toute façon, c'est un protocole pour désigner un responsable, l'expertise dont il a besoin autour de lui et la délégation de l'autorité de commandement et de contrôle nécessaire au chef de l'intervention. Le CEMU fédéral a l'avantage de mettre l'accent sur les urgences sanitaires qu'il peut lui-même prendre en charge, ou il peut s'intégrer à une structure plus large. Il n'a pas été mis à l'épreuve lors de la crise du SRAS et les forces et les faiblesses du modèle ne pourraient devenir apparentes que lors d'une nouvelle crise importante. En revanche, l'expérience du SRAS en Ontario a constitué une rude mise à l'épreuve pour la structure d'intervention d'urgence de la province. Il semble prudent de procéder à des comparaisons entre les autorités fédérales, provinciales et territoriales pour savoir si les éléments législatifs, réglementaires et administratifs sont suffisamment bien organisés pour exercer les fonctions requises de commandement et de contrôle en cas d'urgence sanitaire ou de permettre une bonne interaction entre les ministères de la Santé et la fonction de commandement et de contrôle confiée à un autre secteur du gouvernement, comme un bureau ou un service de sécurité publique.

5C.4 L'après 11 septembre

Dans la foulée des attaques terroristes du 11 septembre 2001 sur le World Trade Centre et les attaques bioterroristes à l'anthrax aux États-Unis, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux se sont réunis pour planifier une réponse commune et préparer une stratégie pour le renforcement des capacités de prévention, de détection et d'intervention du secteur de la santé publique. Il a été convenu que le système de santé publique était le principal mécanisme permettant de prévenir ou de contenir ces risques. La tragédie vécue par nos voisins américains a suscité un fort sentiment de solidarité aux tables F/P/T qui, nous l'espérons, sera mobilisé après le SRAS pour atteindre l'objectif plus général de l'amélioration de la santé publique au Canada.

En octobre 2001, les sous-ministres F/P/T de la Santé créaient le Groupe de travail spécial sur les mesures d'urgence et d'intervention auquel siégeaient des représentants de nombreux secteurs. En mars 2002, le Groupe de travail spécial a déposé 31 recommandations regroupées sous des titres généraux : leadership et coordination, capacité d'appoint, formation et éducation, infrastructure de surveillance et de détection (notamment des laboratoires), fournitures et communications. Les sous-ministres et les ministres F/P/T de la Santé ont approuvé les recommandations du Groupe de travail spécial et créé le Réseau F/P/T des mesures et d'intervention d'urgence afin d'élaborer des stratégies et un plan de mise en œuvre des recommandations. Le Groupe de travail spécial s'est donné beaucoup de mal pour promouvoir les avantages d'une coordination F/P/T plus étroite dans presque tous les secteurs.

Le Groupe de travail a en particulier souligné l'importance de s'appuyer sur les infrastructures de santé publique existantes pour mieux coordonner les interventions d'urgence au Canada. Cette idée de combler les lacunes plutôt que de recommencer à zéro tient compte du fait que notre infrastructure de santé publique reste la meilleure base à partir de laquelle prévenir, détecter et réagir aux épidémies et les gérer – notamment les actions terroristes mettant en cause des armes chimiques, biologiques et radionucléaires de destruction de masse.

Depuis mars 2002, les partenaires du Réseau F/P/T des mesures et d'intervention d'urgence travaillent à l'intégration des pratiques en santé publique en un système de gestion réellement national. Le système de gestion national des urgences vise à soutenir les investissements stratégiques dans la sécurité de la santé publique, améliorer la collaboration intersectorielle et interjuridictionnelle, renforcer l'échange de l'information, établir des protocoles précis de gestion des urgences et définir les rôles et les responsabilités et assurer une plus grande coordination entre les services des urgences sanitaires et sociaux et les praticiens de la santé publique.

Le Réseau a déjà soutenu les efforts du CEMU fédéral pour élaborer la Stratégie nationale de transport d'urgence qui assurera le transport des échantillons, du personnel, du matériel, des fournitures et des contre-mesures médicales dans tous les cas d'urgence où qu'ils se produisent. Le cadre des mesures d'urgence et d'intervention s'applique également aux urgences sanitaires. Le Réseau participe à l'élaboration d'une série de plans d'urgence nationaux intégrés, notamment le Plan d'urgence canadien contre la variole et le Plan d'urgence pour le cas d'une grippe pandémique. Les travaux sur le Plan d'urgence canadien contre la variole ont fait intervenir des consultations provinciales et territoriales réunissant plus de 200 personnes d'une grande diversité de secteurs professionnels, notamment des autorités de santé publique, des laboratoires, des scientifiques, des épidémiologistes, des services de santé d'urgence, des services sociaux d'urgence et les services ambulatoires. Et comme nous l'avons vu, le travail consacré au Plan d'urgence pour le cas d'une grippe pandémique a permis quelques interactions F/P/T fructueuses pendant la crise du SRAS.

De façon plus générale, le CEMU a collaboré avec les provinces, les territoires et d'autres ministères fédéraux pour actualiser et étendre la formation sur les urgences afin d'incorporer les besoins en santé publique, mais ces activités manquent encore de ressources et sont sous-développées. Pour être efficaces, les plans d'urgence efficaces nécessitent également la communication et la transmission de l'information en temps voulu entre les partenaires. L'écllosion du SRAS a clairement démontré qu'il reste encore à établir bon nombre des ententes nécessaires sur le partage des données et sur les processus administratifs. Le paradigme de l'urgence suppose que des efforts seront déployés pour élaborer et tester des centres des opérations d'urgence et maintenir leur interopérabilité aux niveaux fédéral, provincial et territorial, ce qui comprend une formation conjointe. En corollaire, le Comité estime qu'une planification interjuridictionnelle est urgente pour créer des protocoles intégrés de gestion des épidémies, suivis par une formation pour tester les protocoles et assurer un haut degré de préparation pour gérer les épidémies.

Au moment des attaques contre le World Trade Centre et de la crise de l'anthrax, les responsables des urgences dans les services de santé, les services sociaux, la sécurité publique et la santé publique ont travaillé indépendamment les uns des autres presque partout au Canada. Des progrès ont été accomplis depuis dans la collaboration entre les compétences. Les gouvernements canadiens à tous les paliers doivent tirer profit de cet élan et investir dès maintenant dans des mécanismes officiels d'échange de l'information, partager les meilleures pratiques, offrir une formation conjointe, intégrer et tester les plans d'urgence et examiner l'interopérabilité des processus, des protocoles et de l'équipement pour répondre aux urgences sanitaires.

Le Comité souhaite également insister sur la nécessité de faire participer les organisations non gouvernementales (ONG) et les employeurs dans le processus de préparation d'urgence. À cet égard, bien avant le 11 septembre, six ONG canadiennes s'étaient entendues pour partager leurs ressources en cas d'urgence et régler les aspects financiers plus tard – un exemple que les gouvernements pourraient suivre. Les grands employeurs ont leur propre rôle à jouer. Par exemple, au cours de la flambée du SRAS, une importante entreprise de technologie de l'information de Toronto a réagi promptement en activant un plan d'urgence en huit points pour fermer l'entreprise après qu'un employé ait quitté son lieu de quarantaine et soit arrivé au travail avec des symptômes apparentés à ceux du SRAS. Mais on ne sait pas grand chose des plans d'urgence dans les entreprises en général et du degré d'interaction entre les grands employeurs et les unités de santé publique ou les bureaux des mesures d'urgence et de sécurité publique. La communication avec les grands employeurs et en particulier les entreprises où on retrouve de fortes concentrations humaines comme les hôtels, les aéroports et les fournisseurs de transport (p. ex., VIA Rail) a été très insuffisante pendant l'épidémie de SRAS. Ces liens doivent être renforcés dans le cadre des mesures d'urgence.

5C.5 Créer une capacité d'appoint

L'épidémie de SRAS a montré la nécessité d'une capacité d'appoint pour assurer une plus grande adaptabilité dans les interventions en santé et santé publique. L'établissement d'une capacité d'appoint suffisante entre les diverses administrations repose sur l'hypothèse que l'on dispose de ressources professionnelles, des compétences voulues et que l'on peut surmonter les obstacles juridiques, législatifs et réglementaires pour permettre, par exemple, aux médecins et aux professionnels de la santé d'agir en dehors du cadre de leurs autorisations en cas d'urgence. Un certain nombre des mémoires des intervenants ont abordé ce sujet, notamment une communication conjointe de neuf associations nationale du secteur de la santé.

Dès le départ, le Comité approuve l'avertissement de l'Association canadienne de santé publique : le concept de capacité d'appoint doit se fonder sur une capacité suffisante dans les situations normales pour permettre une réaffectation des ressources au moment voulu. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'autres intervenants ont également souligné la difficulté à créer une capacité d'appoint face au manque de ressources en santé publique et des besoins des services de santé personnels.

Pour créer une capacité d'appoint en cas d'urgence, le Groupe de travail F/P/T sur les mesures et d'intervention d'urgence a accepté l'idée d'établir un cadre national pour mobiliser des équipes de secouristes qualifiés sur place sur demande des autorités provinciales, territoriales ou internationales. Le concept canadien s'inspire du

National Disaster Medical System des États-Unis qui a organisé en équipes d'intervention formées plus de 7 000 bénévoles parmi du personnel clinique pour intervenir rapidement en cas de catastrophe. Par exemple, le gouvernement fédéral américain a pu placer quatre à cinq équipes à la périphérie des tours du World Trade Center quelques heures après l'événement. Le concept canadien s'appuie sur le modèle américain tout en lui donnant plus d'envergure.

En décembre 2001, le CEMU a établi le Bureau national des équipes d'intervention sanitaire d'urgence. Par la suite, les sous-ministres et les ministres F/P/T de la Santé ont approuvé à l'unanimité les principes de la création des Équipes d'intervention sanitaire d'urgence (EISU). Le mandat du Bureau national consiste à surveiller le financement, le recrutement, la planification, l'équipement, la formation et l'éducation, les exercices sur le terrain, le déploiement opérationnel, le transport et la coordination des équipes.

Une EISU est composée de professionnels de la santé formés spécialement et certifiés pour un déploiement rapide vers des lieux de catastrophe dans le pays. Chacune suit une approche tous risques comprenant les interventions médicales d'urgence, les phénomènes naturels comme les tremblements de terre, les tornades et les catastrophes d'origine humaine comme les déversements de produits chimiques dangereux et les attaques terroristes chimiques, biologiques, radiologiques ou nucléaires et, à la suite du SRAS, les épidémies de maladies infectieuses. Ces équipes sont placées dans des positions stratégiques dans le pays et peuvent aider et soutenir les autorités sanitaires locales, provinciales et territoriales à gérer la crise.

Le modèle des EISU fait appel à des groupes multidisciplinaires de personnel clinique et de soutien pour tous les risques, alors que le SRAS a souligné la nécessité de pouvoir mobiliser des groupes de personnes compétentes comme des agents de quarantaine et des infirmières de santé publique. Le concept apparenté d'équipes d'intervention en cas d'épidémie a été favorablement accueilli par plusieurs intervenants dans leurs mémoires. Le programme EISU peut cependant être une plate-forme utile afin de mobiliser du personnel pour répondre aux exigences particulières d'une urgence sanitaire, que ce soit une épidémie ou une flambée de maladies infectieuses. Le concept est déjà complété par l'établissement d'une capacité d'appoint spécialisée par l'intermédiaire du Réseau F/P/T des mesures et d'intervention d'urgence pour la mise sur pied et le déploiement de groupes d'intervention contre la variole et la grippe endémique.

Le gouvernement fédéral activerait les EISU à la demande d'une province ou d'un territoire ou en réponse à un événement relevant de sa compétence. Le déploiement d'une EISU à Kananaskis dans le cadre du Sommet du G8 en est un exemple.

L'EISU peut être commanditée par des organisations locales comme un hôpital, un service de santé local, des provinces et des territoires. L'aspect des responsabilités professionnelles et juridiques n'a pas encore été abordé, mais ce problème est surmontable avec un financement approprié. Le Comité est au courant d'un projet provincial du même genre préparé par des chefs cliniciens de Toronto et de Hamilton après le SRAS et nous nous attendons à que des structures parallèles voient le jour un peu partout. Mais l'objectif doit rester la coordination intégrée des activités, plutôt que de créer des équipes concurrentes et faisant double emploi. Par exemple, dans le cadre national actuel, si une EISU est déployée pour des urgences à l'intérieur d'une province et qui ne nécessitent pas l'intervention du fédéral, sur demande de la province ou du territoire au gouvernement fédéral, l'équipe aurait à participer à l'intervention provinciale. La responsabilité des coûts, du remplacement de l'équipement, des licences, des responsabilités et tous les autres facteurs directement et indirectement liés à l'utilisation des équipes devient alors une responsabilité provinciale ou territoriale.

À partir de l'expérience du SRAS, il devrait être possible d'accélérer les autorisations du personnel de soins de santé entre les administrations pour faciliter les activités des EISU. Par exemple, l'autorité qui attribue les autorisations dans la province touchée devrait accepter toutes les personnes qualifiées aux fins de l'urgence et pendant toute la durée de celle-ci tant que ces personnes ont l'autorisation appropriée dans au moins une province ou territoire au Canada. Le bon fonctionnement des EISU reposera sur des partenariats enthousiastes et résolus à tous les niveaux des intervenants des ministères fédéraux, des provinces et territoires, des ONG, des organismes régionaux et municipaux et des organisations sanitaires, installations de soins de santé et professionnels.¹

5C.6 Communication avec le public : le chaînon manquant

Les communications sont un élément essentiel de la gestion d'une urgence, comme nous l'avons vu. Pendant la crise du SRAS, Santé Canada a désigné dès le début les mêmes porte-parole tant du côté francophone qu'anglophone. Une liaison a été établie avec le Bureau des communications du gouvernement de l'Ontario et avec les Communications des CDC à Atlanta. On a également créé et mis à jour en permanence un site Internet du SRAS, établi une ligne d'information publique permanente 1-800, organisé des conférences de presse et émis des avis aux voyageurs, ce dont nous reparlerons au chapitre 11. Les porte-parole à l'échelon fédéral étaient évidemment moins visibles que les responsables de la santé et les experts cliniques provinciaux et locaux, et la coordination des stratégies de communication, comme d'autres éléments de la gestion des épidémies, entre les administrations a laissé à désirer.

Les spécialistes de Santé Canada ont procédé à leur propre évaluation du SRAS et ont fait remarquer la nécessité d'un cadre plus explicite pour la collaboration F/P/T. Avant le SRAS, un groupe F/P/T avait déjà travaillé à l'élaboration d'une Stratégie de communication en cas de crise nationale visant à aider les gouvernements canadiens à planifier la communication et à surmonter les difficultés inhérentes dans une grande diversité d'urgences, des catastrophes naturelles aux épidémies en passant par les actions terroristes. Ce travail doit être accéléré.

Le Comité reconnaît que la communication de données exactes au public pendant une flambée épidémique qui évolue rapidement peut s'avérer extrêmement difficile, et le SRAS n'a pas fait exception. Un des grands problèmes a été le retard dans la caractérisation des cas. Les courbes épidémiques affichées sur le site de Santé Canada étaient établies par date d'apparition. Il s'agit d'une approche plus uniforme et plus valide que celle qui consiste à compter les nouveaux cas par la date à laquelle ils ont été repérés. Mais il y a un hic. Si l'on replace les nouveaux cas à une date antérieure d'apparition, on peut avoir l'impression que la flambée prend fin prématurément. Par contre, si de nouveaux cas sont déclarés aux médias dans le cadre d'un compte cumulatif, on a l'impression que la flambée est toujours en marche alors que le nombre de nouveaux cas est en fait en train de diminuer. L'utilisation de projections statistiques pour contrôler les retards de déclarations prévues pourrait remédier à ce problème. On peut aussi rapporter les données selon des perspectives analytiques différentes, une solution susceptible de causer une certaine confusion mais qui est plus complète et plus exacte.

Ces aspects de la communication ont été réglés au fur et à mesure pendant la crise. Le Comité a constaté que Santé Canada ne dispose pas d'un cadre analytique perfectionné pour la communication des risques. Santé Canada doit établir une capacité spécialisée dans ce domaine.

Des lacunes du même genre sont apparues pendant l'épidémie du SRAS. Les groupes de réflexion organisés avec du personnel de première ligne (voir le chapitre 8) ont montré que même dans les organisations bien établies qui avaient des plans de crise, la communication des risques a laissé à désirer.

Peter M. Sandman a consulté les CDC au sujet de ses stratégies de communication de crise, un domaine dans lequel cet organisme investit de plus en plus dans la foulée des attaques à l'anthrax aux États-Unis. Sandman et Judy Lanard ont publié plusieurs documents² qui donnent une perspective utile sur la communication des risques pendant le SRAS et plus généralement, un ensemble d'axiomes contre-intuitifs mais convaincants à ce sujet.

1 En ce qui concerne les partenariats, l'Association des pharmaciens du Canada a souligné la nécessité de redéfinir les rôles face à des urgences sanitaires. Elle recommande une modification de la loi pour permettre aux pharmaciens d'administrer des vaccins dans le cas d'une pandémie ou d'une guerre biologique ou du terrorisme. Cela pourrait faire intervenir des milliers d'autres professionnels de la santé de première ligne à l'appui d'une intervention.

2 See <http://www.psandman.com> (Enter searchword SARS to locate several items).

Par exemple, ils suggèrent qu'il est finalement préjudiciable de minimiser le risque d'une épidémie comme celle du SRAS et qu'il faut éviter d'être trop rassurant. Les porte-parole ne devraient pas cacher leurs craintes ou minimiser les risques, « un dirigeant qui ne montre pas ses peurs ne joue pas un rôle utile. » Curieusement, ils exhortent les communicateurs à être « au moins aussi inquiets en public qu'ils le sont en privé. » L'hypothèse paternaliste voulant que le public devrait être toujours rassuré est fautive. Les évaluations du risque de la population devraient être respectées. (De l'avis du Comité, le corollaire est que les évaluations du risque des travailleurs de la santé de première ligne devraient également être respectées.) L'objet de la communication devrait être d'expliquer au public ce qu'il doit faire pour contribuer à combattre l'épidémie, plutôt que de donner des assurances qui sonnent faux.

Sandman et Lanard ont critiqué sévèrement les stratégies de communication canadiennes au cours de la crise du SRAS, en particulier si l'on compare avec le traitement plus judicieux de la communication à Singapour :

« Le jour même où l'OMS levait sa recommandation sur les voyages au Canada, l'organisme de santé international déclarait que le pire de l'épidémie du SRAS à Singapour semblait être passé. La porte-parole du ministère de la santé de Singapour, Eunice Teo, a réagi avec prudence. L'OMS a dit que le pire était passé à Singapour, a-t-elle dit, 'mais notre ministre a déclaré qu'il était encore trop tôt pour se prononcer. »

À notre avis, ce genre d'équilibre est finalement plus propice à susciter la confiance du public « que les protestations furieuses du Canada et ses réjouissances prématurées. Les intervenants étrangers (et en privé, les intervenants canadiens eux-mêmes) risquent de s'inquiéter et de devenir méfiants à l'égard d'une communication du risque où le Canada est toujours trop rassurant et trop confiant. »

Les sondages d'opinion commandés par Santé Canada laissent à penser que les Canadiens étaient sur la même longueur d'onde que les divers porte-parole plutôt que de réagir à leurs interventions. Un sondage a été réalisé après la levée de la recommandation de l'OMS sur les voyages, lorsque la classe politique et les responsables de la santé se réjouissaient tous des progrès accomplis. Parmi les répondants au niveau national, 62 % ont dit que la situation s'améliorait les 29 et 30 avril 2003, une augmentation par rapport au 33 % des 25 et 26 avril 2003. À Toronto, 68 % ont dit que la situation s'était améliorée. Mais compte tenu de la deuxième vague de SRAS à Toronto, les observations de Sandman et Lanard sur l'excès

d'assurance et de confiance semblent très prophétiques. Les CDC se sont maintenant dotés d'un programme de formation en communication de crise³ qui, selon nous, mérite d'être étudié attentivement et imité rapidement. Nous n'avons rien vu de comparable dans les administrations F/P/T jusqu'à présent.

5D. Capacité nationale et réseau de surveillance des maladies et de gestion des épidémies

En ciblant la variole, le SRAS ou la grippe pandémique, on court le risque de trop investir des ressources limitées dans la gestion d'un éventail étroit d'urgences sanitaires plutôt que de structurer un système flexible, adapté et durable. Cette section porte sur la façon d'établir une capacité provinciale et territoriale pour réagir aux maladies transmissibles et de relier la capacité à un réseau de centres fédéraux, régionaux et provinciaux pour la surveillance des maladies et la gestion des épidémies. Ce réseau doit à son tour être lié au Réseau F/P/T des mesures et d'intervention d'urgence pour obtenir la protection multi-niveau dont les Canadiens ont besoin et qu'ils méritent.

Nous avons le précédent de la Commission européenne qui a formé le Réseau des maladies transmissibles en 1999. Ce réseau met à profit les capacités des États membres et vise la surveillance et l'alerte précoce dans les cas d'épidémies qui dépassent les frontières nationales. La Commission a précisé que les maladies transmissibles devraient être placées progressivement sous la surveillance de l'UE. En vue du suivi et du contrôle des développements, des réseaux propres à différentes maladies ont été créés. Pour le moment, il s'agit surtout de grands laboratoires dans les pays participants. Après de longs débats sur la création d'un organisme chargé des maladies infectieuses en Europe, la Commission européenne vient également d'adopter un projet de création d'un Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies d'ici 2005. Le Centre sera doté d'un personnel de base et coordonnera un large réseau dans les États membres. Quinze pays européens soutiennent le Programme européen pour la formation en épidémiologie d'intervention. Il ressemble au Programme de formation en épidémiologie d'intervention du Canada, mais représente également un modèle de collaboration F/P/T. Si les pays souverains d'Europe ont réussi à s'entendre sur la surveillance et la gestion des maladies infectieuses, comment le Canada peut-il permettre que les tensions F/P/T l'empêchent de réagir efficacement aux risques pour la santé publique?

³ Voir <http://www.cdc.gov/cdcenergy/urgence>

Au chapitre 4, nous avons parlé de l'investissement de 300 millions de dollars par an dans les fonctions de base de la santé publique afin de consolider les réactions locales de première ligne du Canada aux épidémies et aux risques pour la santé, en particulier lorsque cette somme est associée aux 100 millions de dollars par an pour le financement de nouveaux vaccins. Le traitement de l'épidémie du SRAS en Ontario montre qu'il nous faut un niveau différent de fonctionnalité – une deuxième ligne de défense aux niveaux provincial ou régional s'accompagnant d'une capacité de surveillance, d'analyse, d'enquête et de coordination. L'Institut national de santé publique du Québec et le British Columbia Centre for Disease Control sont tous deux des modèles à cet égard. Nous allons nous intéresser ici au BC CDC car son mandat concerne surtout les maladies infectieuses.

Le BC CDC a été créé pour être le centre de coordination provincial en matière de « prévention, détection et contrôle des maladies transmissibles, » et pour fournir un soutien spécialisé en matière de santé et de ressources. Le Centre comprend cinq divisions : Services des hépatites, Services épidémiologiques, Services des laboratoires, MST, Lutte contre le sida et Lutte contre la tuberculose. Les services de soutien comprennent la Gestion de l'information et la Pharmacie. En avril 2002, le BC CDC a intégré plusieurs nouveaux programmes, notamment un Centre d'information sur les drogues et les poisons, les Services de protection alimentaire et les Services de protection contre les radiations. Le BC CDC travaille en étroite collaboration avec le ministère provincial de la Santé, les médecins hygiénistes et le médecin hygiéniste de la province. Son budget annuel est d'environ 70 millions de dollars dont 30 millions pour les vaccinations et 40 millions pour la lutte contre les maladies transmissibles. Le BC CDC a été à l'origine de la création du Centre de contrôle des maladies de l'Université de Colombie-Britannique (UBC) pour la recherche et l'enseignement. Le UBC CDC se concentre sur « la recherche en collaboration sur la surveillance, le contrôle et la prévention des maladies transmissibles » et « relie les universitaires, les gouvernements et les organismes de santé publique pour la compréhension, la gestion et la prévention des maladies infectieuses importantes pour la santé publique. » Le succès du BC CDC a été tel que son mandat s'élargit pour comprendre d'autres domaines spécialisés en dehors des maladies transmissibles.

Les provinces et les territoires ne peuvent pas tous reproduire nécessairement ce type d'investissement et cette structure. Certaines provinces pourraient structurer leur participation à un réseau national sous la forme d'un réseau interne qui puiserait dans les forces de la santé publique et des universités, et des provinces plus petites d'une région pourraient décider de mettre en commun leurs ressources et créer un CDC régional. Les transferts du nouvel organisme fédéral visant à susciter cette

capacité de deuxième ligne pour la surveillance et la gestion des épidémies doit procéder d'un pluralisme raisonnable entre provinces et territoires.

Il n'est pas facile d'évaluer le niveau de contributions nécessaires du nouvel organisme fédéral. Par exemple, le BC CDC investit environ 40 millions de dollars par an, en plus des vaccins, pour maintenir une remarquable structure de base visant les maladies infectieuses dans la province. La Colombie-Britannique comptant 13 % de la population du Canada, il faudrait à peu près 280 millions de dollars par an pour soutenir le même genre d'activité au Canada. Mais d'autres autorités provinciales et territoriales ont déjà créé une certaine capacité analogue à celle du BC CDC, notamment le Québec grâce à son Institut national de santé publique multidisciplinaire.

On a dit que cette deuxième ligne de défense pourrait devenir une responsabilité exclusivement provinciale et territoriale. Nous rejetons l'argument comme une abdication de la responsabilité fédérale pour quatre raisons.

Premièrement, les observations du vérificateur général soulignent la nécessité absolue d'établir une capacité de surveillance dans tout le Canada dans notre intérêt général. De nombreux intervenants ont exhorté le Comité à favoriser une approche nationale à l'égard de la surveillance des maladies infectieuses. Le précédent américain donne à penser que les données et les systèmes de surveillance nationaux ne sont possibles que grâce à un financement fédéral spécial. Pour ce faire, les investissements dans le nouvel organisme fédéral présenté au chapitre 4 supposent déjà que 25 millions de dollars par an destinés à la surveillance proviendraient d'une affectation séparée pour les maladies infectieuses.

Deuxièmement, comme l'expérience du SRAS l'a montré, même un renforcement massif des moyens d'action dans un nouvel organisme fédéral ne sera guère utile sans une bonne coordination des réactions aux épidémies au niveau provincial. Le SRAS a également montré l'importance du contrôle des infections nosocomiales. L'amélioration des liens entre les responsables de la santé publique et des soins cliniques et le transfert des activités de contrôle des infections dans les établissements aux provinces et territoires et finalement au niveau national ne seront possibles qu'avec l'apport d'un financement suffisant.

Troisièmement, si des provinces ne réussissent pas à contenir une épidémie, les conséquences seront désastreuses pour le Canada à plusieurs niveaux. Nous ne parlons pas seulement de la propagation et des incidences de la maladie, mais d'autres impacts. La Région du Grand Toronto, par exemple, représentant environ un cinquième du PIB du Canada, les répercussions économiques nationales du SRAS ont été énormes.

Quatrièmement, les pouvoirs de perception de recettes et de dépenser d'Ottawa sont disproportionnés par rapport à son mandat administratif établi dans la Constitution dans la fédération canadienne. En raison de cette tension dans le tissu national, c'est au gouvernement fédéral qu'il incombe de financer des activités administrées au niveau provincial, en particulier celles qui relèvent de l'intérêt national.

Par contre, les provinces possèdent également des mécanismes de production de recettes pour utiliser les nouveaux fonds du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Le Comité suppose que les autorités provinciales et territoriales ne prétendraient pas à leur pouvoir légitime dans un système renforcé de santé publique sans assumer la responsabilité de le financer. Par conséquent, tout comme le Programme des partenariats en santé publique compléterait les investissements des provinces et des territoires dans l'infrastructure locale de santé publique, nous supposons également que les autorités provinciales et territoriales fourniraient dans une certaine mesure une contrepartie aux transferts du fédéral pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles aux provinces et territoires et aux régions.

Après avoir pondéré ces facteurs et ces estimations, le Comité estime que l'agence canadienne de santé publique devrait finalement recevoir et réserver 100 millions de dollars par an pour le soutien de la capacité des provinces et des territoires en matière de surveillance des maladies infectieuses et de lutte contre les épidémies sous la forme d'un Fonds de contrôle des maladies transmissibles. Ce financement est distinct des transferts recommandés ci-dessus pour l'infrastructure générale de santé publique et les immunisations et s'y ajoute. Il complète le montant de 500 millions de dollars par an des programmes de contribution aux provinces et territoires que le Comité estime nécessaires pour renouveler le système national de santé publique. Nous prévoyons que ces transferts, modestes au début, augmenteraient au cours des années en réponse à la nouvelle capacité découlant de l'augmentation du nombre de personnel qualifié et des investissements réciproques avec les provinces et territoires.

Les premières affectations du Fonds de contrôle des maladies transmissibles devraient commencer avant la création de la nouvelle agence pour se préparer à la prochaine saison de grippe hivernale. De même, la création d'un Réseau F/P/T de contrôle des maladies transmissibles peut commencer dès que possible pour que la collaboration administrative F/P/T soit renforcée et que le pays soit en mesure de réagir aux maladies infectieuses existantes et émergentes. Nous expliquons au chapitre 9 comment ces transferts devraient être liés aux ententes et aux initiatives intergouvernementales concernant les processus administratifs normalisés et à un cadre législatif harmonisé de surveillance des maladies et de gestion des épidémies. Pour le moment, nous renvoyons le lecteur à l'Annexe 5.3 pour un résumé des ententes requises pour promouvoir

une approche plus intégrée à l'égard de la gestion des épidémies et pour prévenir un retour aux tensions inter-juridictionnelles trop évidentes pendant la crise du SRAS.

Comme nous l'avons vu au chapitre 4, le Fonds de contrôle des maladies transmissibles visant la surveillance des maladies infectieuses et la gestion des épidémies pourrait être regroupé avec le Programme des partenariats en santé publique et la Stratégie nationale d'immunisation en un seul transfert géré dans le cadre de l'Entente cadre sur l'Union sociale de façon à donner au médecin hygiéniste en chef du Canada et ses homologues à l'échelon provincial et territorial le maximum de flexibilité pour harmoniser les transferts avec les priorités provinciales et territoriales et un plan stratégique national.

La responsabilité des transferts du Fonds de contrôle des maladies transmissibles serait déterminée entre chaque administration provinciale et territoriale et le nouvel organisme fédéral, mais une partie des 100 millions de dollars devrait être réservée aux fonctions de réseautage. Le concept d'une deuxième ligne de défense suppose de solides liens non seulement entre les centres d'excellence provinciaux et régionaux de contrôle des maladies infectieuses, mais également entre ces centres de coordination provinciaux et territoriaux et les centres pertinents du nouvel organisme fédéral. Ce dernier pourrait comprendre le Laboratoire national de microbiologie, le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, le Centre de coordination de la surveillance et le Centre des mesures et d'intervention d'urgence.

Ce Réseau F/P/T de contrôle des maladies transmissibles pourrait être formé rapidement en reliant les structures qui existent déjà dans certaines provinces (p. ex., le BC CDC, les centres de l'Institut national de santé publique du Québec) aux leaders des autres divisions provinciales de santé publique en attendant leur décision sur la création de centres provinciaux d'expertise spécialisée. Les ententes entre les provinces participantes et les centres de l'agence canadienne de santé publique seraient négociées dans l'intention d'optimiser la co-implantation des installations et du personnel et de créer un appareil intégré de surveillance des maladies et de réaction aux épidémies de maladies infectieuses. Le Réseau comprendrait des groupes de travail chargés d'étudier les questions de surveillance, de gestion des épidémies et d'intervention d'urgence, de contrôle des infections nosocomiales et d'épidémiologie hospitalière, de communication stratégique et autre.

Ce nouveau Réseau F/P/T devrait adopter la même culture en collaboration qui s'est apparemment créée dans le Réseau F/P/T des mesures et d'intervention d'urgence ou le Réseau canadien des laboratoires de santé publique (voir le chapitre 6). À cette fin, le réseau des maladies transmissibles devrait recevoir son mandat et un soutien de la Conférence des sous-ministres F/P/T de la Santé. Son comité directeur comprendrait des représentants des centres provinciaux ou régionaux applicables et des leaders des centres fédéraux correspondants.

5E. Recommandations

Le Comité propose les recommandations suivantes :

- 5.1 **Sous l'égide de la nouvelle agence canadienne de santé publique, le gouvernement du Canada devrait budgétiser un Fonds de contrôle des maladies transmissibles et affecter une somme s'élevant sur 2 à 3 ans à 100 millions de dollars par an pour appuyer la capacité provinciale, territoriale et régionale en matière de surveillance, des maladies infectieuses, gestions des flambées épidémiques et les activités de contrôle des infections connexes, notamment la commandite d'un nouveau réseau F/P/T. Les premières affectations de ce Fonds devraient faciliter l'état de préparation immédiat à un éventuel retour du SRAS au Canada au cours de la saison hivernale des maladies respiratoires et de la grippe.**
- 5.2 **La Conférence F/P/T des sous-ministres de la Santé devraient mettre en place un nouveau réseau pour le contrôle des maladies transmissibles qui relierait les activités en matière de surveillance, de prévention et de gestion des maladies infectieuses. Cette initiative devrait être lancée le plus tôt possible et être intégrée au réseau F/P/T actuel pour les préparatifs et les interventions d'urgence**
- 5.3 **L'agence canadienne de santé publique, en partenariat avec le nouveau Réseau F/P/T de contrôle des maladies transmissibles, devrait accorder la priorité à la surveillance des maladies infectieuses, notamment la fourniture de conseils techniques et de fonds aux autorités et aux programmes des provinces et territoires pour la formation du personnel nécessaire pour mettre en œuvre les programmes de surveillance. L'Agence devrait faciliter la création à plus long terme d'un système national et global de surveillance de santé publique qui collectera, analysera et diffusera les données des laboratoires et des installations de santé sur les maladies infectieuses et non infectieuses aux intervenants applicables.**
- 5.4 **En supposant un retard dans la création d'une nouvelle Agence ou du Réseau F/P/T, Santé Canada et les provinces et territoires devraient entreprendre dès maintenant un processus permettant d'en arriver à des ententes administratives pour une surveillance concertée des maladies infectieuses et des réactions aux flambées épidémiques. (Ce projet d'intègre à l'initiative de surveillance du SRAS mentionnée plus haut pour l'automne 2003). Les processus administratifs de surveillance des maladies infectieuses**

seraient progressivement élargis, avec l'appui du Centre de coordination de la surveillance de l'Agence et le Programme des partenariats en santé publique, à un système national de prise en compte des facteurs liés aux maladies non transmissibles et à la santé de la population.

Le Comité envisage que le système commencerait à recueillir les données sur les maladies transmissibles avant de passer aux maladies non transmissibles ainsi qu'aux facteurs pertinents pour la santé de la population. Le système de surveillance doit être pertinent au niveau local et s'accompagner de rapports et d'analyses régulières et être suffisamment flexible pour s'adapter à l'évolution des besoins et aux différentes conditions locales et institutionnelles. Ce système doit être conçu de façon à ce que les bases de données puissent communiquer les unes avec les autres et sa technologie doit être suffisamment simple pour en faciliter l'adoption par les hôpitaux (en particulier les salles d'urgence des hôpitaux ou le renouvellement et la mise à niveau des systèmes d'information sont urgents), les cliniques et les unités de santé publique. La conception et la mise en œuvre du système devrait être de nature modulaire, mais s'accompagner de mécanismes de collecte de données et de logiciels structurés de façon à permettre l'intégration de l'information dans un système de surveillance et d'information sur la santé publique plus important.

Les ententes sur les processus administratifs de surveillance porteraient sur de nombreux aspects, notamment :

- a. Élaborer des procédures pour que les autorités, locales provinciales et territoriales rendent compte rapidement et de façon uniforme des maladies infectieuses identifiées, notamment les nouveaux pathogènes, à l'agence canadienne de santé publique. L'Agence devrait à son tour établir un système pour déterminer rapidement les maladies à déclarer au niveau national.
- b. Déterminer les outils et les méthodes de surveillance nécessaires aux professionnels de la santé dans d'autres cadres pour entrer les données dans le système de surveillance (p. ex., détection par les pharmacies d'une utilisation accrue des antidiarrhéiques, détection précoce d'éclosions dans des centres de soins infirmiers or autres lieux de résidence collective, rôle d'autres installations comme les écoles en cas d'importantes flambées épidémiques dans la communauté, lien entre les systèmes d'information dans les services d'urgence des hôpitaux, etc.).
- c. Élaborer des normes pour la collecte de données et des protocoles sur la propriété, l'échange et la diffusion des données.

5.5 À même son propre budget de base et le Fonds de contrôle des maladies transmissibles, l'agence canadienne de santé publique devrait soutenir en priorité le contrôle des infections nosocomiales, notamment la surveillance dans les hôpitaux. Certaines infections nosocomiales devraient être à déclaration obligatoire et leur surveillance appuyée par des mécanismes de surveillance de laboratoire active et passive.

Comme c'est le cas pour la santé en général, la santé publique a sous-investi dans les technologies de l'information pendant des années. D'autres secteurs comme les banques et les compagnies d'assurance investissent dans la technologie de l'information des montants bien supérieurs à ceux qui sont consacrés à la santé, en dépit d'une accélération de l'investissement ces dernières années. Par le biais de l'Inforoute santé du Canada, le récent Budget fédéral a prévu une somme unique de 600 millions de dollars pour la création d'un dossier de santé électronique. Par comparaison, la surveillance n'a pas reçu autant d'attention ni de financement. La présence d'un plan national pour les TI en santé, et l'accent mis sur le dossier de santé électronique, souligne la nécessité d'une approche à l'égard de la surveillance de la santé qui soit intégrée aux systèmes cliniques de l'avenir. Par conséquent, le Comité propose la recommandation suivante :

5.6 Le gouvernement du Canada devrait viser l'établissement d'un groupe de travail sous les auspices de Inforoute Santé du Canada et Santé Canada et la nouvelle agence canadienne de santé publique, chargé d'étudier plus particulièrement les besoins de l'infrastructure de santé publique et les investissements éventuels à consentir pour améliorer la surveillance des maladies et les lier aux systèmes d'information sur la santé publique et de nature clinique.

Nous avons également souligné la nécessité de créer un cadre de collaboration entre les capacités d'urgence en santé publique, en particulier la gestion des épidémies et la capacité élargie des autorités fédérales provinciales et territoriales. Par conséquent, le Comité propose la recommandation suivante :

5.7 Le Réseau F/P/T de mesures et d'interventions d'urgence, en collaboration avec le Réseau F/P/T de contrôle des maladies transmissibles, devrait adopter le plus rapidement possible une approche globale pour la gestion des urgences sanitaires au moyen d'un système pancanadien comprenant :

- l'harmonisation des cadres de mesures et d'intervention d'urgence aux paliers fédéral, provincial et territorial;

- l'établissement de capacités intégrées de planification et d'intervention conformément aux 31 recommandations du Groupe de travail spécial sur les mesures et interventions d'urgence;
- l'établissement d'une plate-forme fédérale, provinciale et territoriale intégrée de planification, de formation et d'exercices pour réagir à toutes les catastrophes, notamment les urgences sanitaires créées par des flambées épidémiques d'envergure;
- l'élaboration et l'application d'un ensemble de capacités, de principes et de concepts communs en cas de flambées épidémiques d'envergure; et
- la création des liens nécessaires avec les plus grands employeurs, avec l'industrie touristique et hôtelière et avec les ONG impliquées.

Nous revenons aux questions juridiques du chapitre 9. Dans ce contexte, le Comité propose les recommandations suivantes :

5.8 En collaboration avec les autorités des provinces et des territoires, Santé Canada devrait diriger l'élaboration d'un cadre stratégique et législatif national concernant les mesures harmonisées et unifiées face aux urgences sanitaires.

Le Comité propose de plus les recommandations suivantes :

5.9 Les gouvernements F/P/T devraient élaborer et offrir des programmes et des outils de formation à l'appui des unités et des établissements locaux de santé publique pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer de façon systématique des stratégies de communication en cas de crise ou de risque d'urgences

5.10 Les sous ministres F/P/T de la Santé devraient appuyer les activités du Réseau F/P/T de mesures et d'interventions d'urgence afin d'améliorer partout les capacités d'appoint, notamment :

- créer une capacité intégrée d'évaluation des risques pour les cas d'urgences sanitaires;
- évaluer le Système de Réserve nationale de secours (SRNS) pour optimiser son rôle de soutien aux réactions aux flambées épidémiques d'envergure;
- élaborer le concept d'équipe d'intervention sanitaire d'urgence et son financement, comprenant l'intervention psychosociale, comme mécanisme réaliste et flexible permettant de répondre au besoin d'une capacité d'appoint en ressources humaines.

Annexe 5.1

Établissement du coût d'un système de surveillance

Les coûts ci-dessous correspondent, premièrement à un système raisonnablement complet de surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire, ayant la capacité de se relier aux systèmes de gestion des cas de santé publique de première ligne, les systèmes de laboratoire et les systèmes de contrôle des infections. Ces systèmes n'existent qu'en partie et devront être complétés. Pour répondre aux besoins des usagers de la santé publique et aux objectifs de la Stratégie nationale d'immunisation renouvelée, il faudra inclure des modules de rapport des réactions négatives à l'immunisation et aux vaccins. On suppose que les modules sur les syndromes des maladies et les quarantaines de masse seront inclus. La surveillance syndromique du bioterrorisme est indiquée séparément.

Les coûts sont progressifs et calculés selon l'état d'avancement de l'infrastructure de surveillance et de l'infrastructure à la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

Un deuxième élément important réside dans un système de dissémination de l'information ou dans un réseau de veille sanitaire, en partie à l'image de ce que l'Association médicale canadienne a recommandé dans son mémoire. Il serait développé éventuellement et ressemblera finalement au Public Health Intelligence Network System des CDC. Des capacités de type portail permettant l'accès contrôlé à un large éventail de renseignements seront incorporées progressivement. Il s'agirait d'un système protégé multifonctionnel destiné aux utilisateurs prioritaires et d'une simple capacité de courriel et fax pour les autres utilisateurs.

Total des coûts : serait partagé d'une manière ou d'une autre (selon le type de dépense et non par formule) entre le fédéral et les gouvernements provinciaux et municipaux. Les coûts du matériel et des connexions de base ne sont pas inclus.

Les coûts sont indiqués comme une moyenne annuelle sur cinq ans.

Établissement du coût d'un système de surveillance pour les maladies infectieuses et les urgences

	millions \$ p.a. (moyenne sur 5 ans)
SCISP, i-SISP	
Collaborative	2,0
Actualisations, pilotes, déploiement	1,8
Modules et, ou liens :	
inspection, eau	0,4
non infectieux (de base)	0,5
laboratoire (lien)	0,3
Agent infectieux véhiculé par le sang (lien)	0,4
Grippe	0,1
Quarantaine	0,1
immunisation, vaccin- maladies évitables, vaccin-réactions négatives	0,6
Développement de systèmes de laboratoire	2,0
Développement de systèmes de contrôle des infections	2,5
Architecture	0,4
Normes	0,7
Politiques (vie privée, gestion des données)	0,4
Mise en œuvre locale	7,0
Total partiel	19,2
Bioterrorisme	
Architecture, normes	0,8
Développement du système de santé publique	1,7
Développement de systèmes sources	3,0
mise en œuvre	5,0
Total partiel	10,5
Portail, Réseau d'alerte sanitaire	
Consultation, conception	0,2
Développement GI, TI, gestion de projet	2,3
Développement de composants	0,8
Mise en oeuvre et opérations	10,0
Total partiel	13,3
TOTAL	43,3
Total sur cinq ans : 215 millions \$	

Annexe 5.2

Définition des cas de SRAS de Santé Canada et de l'Ontario

1. Évolution de la définition des cas de Santé Canada

16 mars : première définition de cas : un cas probable étant une personne qui répond à la définition de cas soupçonné « ainsi qu'une maladie respiratoire sévère progressive faisant croire à une pneumonie atypique ».

La section de commentaires indique des signes et des symptômes qui peuvent caractériser une maladie respiratoire sévère progressive et que « des changements dans les radiographies peuvent être ou non présents ».

- La première définition de cas comprend un « contact étroit » avec un cas probable
- Voyage récent (dans les 10 jours) vers l'Asie, en particulier dans les régions ayant signalé des cas de SRAS(voir ci-dessous)

Régions en Asie signalant des cas de SRAS

China : Province de Guangdong, SAR de Hong Kong

Vietnam : Ville de Hanoi

Singapour

17 mars : « ET pas d'autre cause connue de la maladie » a été ajoutée à la définition de cas.

20 mars : « Personnes sous observation » est défini et ajouté à la définition des cas. Voyage récent (dans les 10 jours) dans des régions touchées déclarées par l'OMS en Asie est ajouté à la définition de cas soupçonné plutôt qu'un voyage récent (dans les 10 jours) en Asie.

21 mars : Définition de personnes « sous observation » retirée et ajoutée au site Internet sous « Mesures publiques de santé ».

31 mars :

- « Contact étroit *dans les 10 jours du début des symptômes* avec un cas probable » est ajouté à la définition de cas soupçonné.
- « voyage récent dans un endroit associé à un groupe de cas de SRAS » est ajouté à la définition de cas soupçonné. A été ajouté pour tenir compte des régions d'exposition au Canada (Toronto).

Régions en Asie avec transmission locale

(29 mars 2003 21 h HNE)

Chine, notamment la SAR de Hong Kong

Vietnam : ville de Hanoi

Singapour

Taiwan (ajouté)

2 avril : « Contact étroit dans les 10 jours du début des symptômes avec un cas soupçonné ou probable » est ajouté à la définition de cas soupçonné.

14 mai : La formulation de région touchée a légèrement changé « Voyage récent dans les 10 jours du début des symptômes vers une région touchée déclarée à l'OMS » *en dehors du Canada* (auparavant en Asie)

- Table des régions EN DEHORS DU Canada énumérées comme « Régions touchées » (avec transmission locale du SRAS) incluse. La définition des cas reste la même.

29 mai : Les critères cliniques d'un cas soupçonné vivant restent les mêmes.

- ajout de: « Une personne ayant une maladie respiratoire aiguë non expliquée entraînant la mort après le 1^{er} novembre 2002, mais sur laquelle aucune autopsie n'a été effectuée » à la définition de cas soupçonné
- Voyage récent ou visite dans les 10 jours du début des symptômes dans un endroit défini où existe un groupe de cas de SRAS changé à « Voyage récent ou visite dans un endroit identifié au *Canada* où *l'exposition au SRAS a pu se produire* (p. ex., hôpital [notamment un hôpital où existe une unité occupée par des patients atteints de SRAS], foyer, travail, école, etc.). *Comprend les patients hospitalisés, les employés ou les visiteurs d'un établissement si le lieu de l'exposition est un établissement.* »
- lien au site de l'Ontario fourni : « *la liste des lieux d'exposition possibles au SRAS dans la province de l'Ontario peut être consultée à l'adresse suivante* : <http://www.health.gov.on.ca/english/public/updates_archives/hu_03/sars/exposure_sites_052703.pdf> »
- La définition de cas probable a changé : « *Un cas soupçonné avec preuve radiographique d'infiltrations correspondant à la pneumonie ou syndrome de détresse respiratoire (SDR) sur la radiographie pulmonaire.* »

- Critères d'exclusion renforcés

Un cas soupçonné ou probable devrait être exclu si un autre diagnostic *peut complètement expliquer* la maladie.

- Régions, EN DEHORS DU Canada indiquées comme les « Régions de transmission locale récente » du SRAS révisé

Chronologie de la définition des cas de SRAS en Ontario selon le site Internet

Date	Site Internet	Définition de cas probable	Définition de cas soupçonné
11 avril 2003	http://ogov.nouveauswire.ca/ontario/GPOE/2003/04/11/c0428.html?lmatch=&lang=_e.html	Un cas probable est une personne chez qui on a constaté une pneumonie ou le syndrome respiratoire aigu sévère suite à une radiographie pulmonaire OU que l'on soupçonne en raison d'une affection respiratoire inexpliquée qui aboutit à un décès avec constatation du syndrome respiratoire aigu sévère de cause ET qui a eu des contacts directs avec une personne possiblement atteinte du SRAS ou soupçonnée de l'être ou qui a voyagé à Hong Kong, au Vietnam, en Chine, à Taiwan ou à Singapour.	Une personne qui a des antécédents de fièvre élevée (supérieure à 38 degrés C) ET qui présente des symptômes respiratoires y compris toux, essoufflement, difficulté à respirer ET aucune autre cause de la maladie actuelle ET qui a eu des contacts directs avec une personne possiblement atteinte du SRAS ou soupçonnée de l'être ou qui a voyagé à Hong Kong, au Vietnam, en Chine, à Taiwan ou à Singapour dans les derniers dix jours
29 avril 2003	http://ogov.nouveauswire.ca/ontario/GPOE/2003/04/29/c5627.html?lmatch=&lang=_e.html	Un cas probable est une personne chez qui l'on a constaté une pneumonie ou le syndrome respiratoire aigu sévère suite à une radiographie pulmonaire OU que l'on soupçonne en raison d'une affection respiratoire inexpliquée qui aboutit à un décès avec constatation du syndrome respiratoire aigu sévère de cause non identifiable ET qui a eu des contacts directs avec une personne possiblement atteinte du SRAS ou soupçonnée de l'être ou qui a voyagé à Hong Kong, au Vietnam, en Chine, au Taiwan ou à Singapour au cours des derniers 10 jours	Pas de changement
26 mai 2003	http://www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives/hu_03/sars_stats/stat_052603.pdf	Par cas probable, on entend une personne respectant la définition de cas soupçonné avec une maladie respiratoire progressive sévère faisant penser à la pneumonie atypique ou à une insuffisance respiratoire aiguë sans cause connue OU une personne respectant la définition de cas soupçonné avec une maladie respiratoire non expliquée et fatale, avec une autopsie révélant la pathologie du syndrome respiratoire aigu sévère sans cause connue.	Une personne qui a des antécédents de fièvre élevée (plus de 38 degrés C) ET qui présente un ou plusieurs des symptômes respiratoires, tels que toux, essoufflement, gêne respiratoire, ET au moins une des caractéristiques suivantes : 1) contact étroit* dans les 10 jours suivant l'apparition des symptômes avec un cas soupçonné ou probable; 2) un voyage récent dans les 10 jours suivant l'apparition des symptômes dans une « région touchée » signalée par l'OMS, située à l'extérieur du Canada (consulter le site de l'OMS pour obtenir des renseignements à jour : http://www.who.int/csr/sars/fr/); 3) voyage récent ou visite dans les 10 jours suivant l'apparition des symptômes dans un lieu défini associé à un groupe de cas de SRAS ET aucune autre cause connue de la maladie courante.

* Par contact étroit, on entend les personnes qui ont pris soin, vécu ou eu des contacts personnels (à moins d'un mètre de distance) avec une personne atteinte du SRAS, ou qui ont été en contact avec les sécrétions des voies respiratoires et, ou les liquides organiques de telles personnes.

Annexe 5.3

Quelques étapes pour une gestion intégrée des épidémies au Canada

Des protocoles d'entente ou des arrangements législatifs devraient être conclus entre Santé Canada et toutes les autorités provinciales et territoriales pour établir des protocoles régissant tous les aspects de la gestion d'importantes épidémies, notamment :

- entente sur les rôles et les responsabilités,
- entente sur la propriété, la garde et le partage des données, afin de faciliter l'échange des données,
- une entente préalable sur l'utilisation des données à publier et leur paternité doit être incluse,
- désignation des personnes responsables de (a) la gestion de l'épidémie, (b) la gestion des données et (c) des communications,
- entente préalable sur l'aperçu général des éléments de la gestion de l'information (normes, définitions etc.), à partir de normes acceptées, une personne étant responsable d'autoriser l'élaboration de ces éléments et leur application,
- création d'une fonction « d'équipe B » conjointe, avec des équipes séparées responsables de contenir l'épidémie en première ligne, de l'épidémiologie et de l'analyse des données et d'un second examen objectif et de la présentation d'hypothèses,
- stratégie et plan de travail pour assurer l'interopérabilité de tous les systèmes d'information sur les maladies infectieuses dans les hôpitaux et en santé publique,
- l'information serait partagée en accédant à une base de données commune plutôt que par la transmission des données.