

Chapitre 11

VIRUS SANS FRONTIÈRES : les aspects internationaux du SRAS

L'épidémie du SRAS ne fait qu'illustrer la prédiction de Marshall McLuhan au sujet du « village global ». La variole a pris des siècles à traverser l'Atlantique mais il n'a fallu que quelques semaines après être arrivé à Hong Kong en provenance de Guangdong pour que le SRAS se répande dans trente pays, sur cinq continents. En juillet 2003, le bilan clinique direct du SRAS était déjà d'environ 8 500 cas probables et plus de 800 morts dans le monde entier, le prix social et économique énorme.

La dimension internationale du SRAS au Canada a été évidente dès le début. En Ontario et en Colombie-Britannique, le SRAS a été importé par des Canadiens revenant d'Asie. Mais il semble que seules trois personnes aient contracté le SRAS après avoir quitté le Canada, avec transmission ultérieure par une seule personne s'étant rendue aux Philippines. Nous porterons notre attention dans ce chapitre sur trois importants aspects internationaux de l'épidémie du SRAS.

Premièrement, nous verrons une nouvelle fois que le Canada doit disposer des systèmes de déclaration, des mécanismes de collaboration et des ressources pour rassurer les autres pays sur notre capacité à contenir les épidémies. Deuxièmement, c'est dans le contexte du SRAS que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a émis pour la première fois des recommandations aux voyageurs. Non seulement cette mesure de l'OMS était mal justifiée, mais elle suscite des préoccupations plus générales au sujet des raisons et des effets des recommandations, notamment les propres pratiques de Santé Canada à cet égard. Troisièmement, le gouvernement doit examiner ses mesures de dépistage des maladies et de soutien en matière de santé aux points d'entrée au Canada. Les mesures de dépistage dans les aéroports, en particulier, semblent donner peu de résultats.

11A. Contexte international

11A.1 Le rôle de Santé Canada

« Les frontières nationales n'offrent plus d'isolement ou de protection contre les maladies infectieuses, les produits chimiques toxiques et les matières dangereuses. »

– Déclaration de Lac Tremblant, 1994

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, l'Institute of Medicine – une division des National Academies of Sciences aux États-Unis – a publié en 1992 un rapport faisant état de préoccupations grandissantes au sujet de la résurgence des maladies infectieuses¹. Un peu moins de deux ans plus tard, le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada convoquait une réunion de trois jours au Lac Tremblant. Quarante scientifiques de pointe s'y sont réunis pour discuter et débattre du rapport de l'Institute of Medicine et étudier ses implications pour le Canada. Dans leurs conclusions, qui figurent dans la « Déclaration du Lac Tremblant », ils recommandaient l'élaboration de stratégies nationales pour la surveillance et la prévention des maladies infectieuses nouvelles ou qui resurgissent au Canada. Ces recommandations reconnaissaient l'émergence en cours de maladies infectieuses au Canada, telles que la maladie de Lyme (1975), la maladie des légionnaires (1976), le VIH/SIDA (1981), *E. coli* O157:H7 (1983), l'hépatite C (1989) et le hantavirus (1993).

Même si certains au gouvernement fédéral se rendaient compte de la nécessité d'un plan national, les ressources étaient insuffisantes pour adopter une approche globale. Le rapport de l'Institute of Medicine et la réunion du Lac Tremblant ont contribué à la mise sur pied du Bureau des initiatives spéciales en matière de santé, organisé au sein du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada. Portant son attention sur la mobilité au niveau mondial et ses répercussions sur la dissémination des maladies infectieuses, le Bureau des initiatives spéciales

en matière de santé a élaboré les programmes de médecine du voyage et de la santé des migrants et le processus de Montebello, offrant aux autres ministères gouvernementaux des conseils sur le dépistage des maladies infectieuses chez les immigrants. Après la réorganisation de Santé Canada en 2000, ces activités ont été intégrées à celles du nouveau Centre de mesures et d'interventions d'urgence.

En adhérant à l'OMS, le Canada a accepté l'obligation de déclarer au niveau national quelques maladies seulement (la peste, la fièvre jaune et le choléra). Comme nous l'avons vu au chapitre 9, l'OMS a actualisé ses règlements et élabore actuellement de nouvelles normes en matière de surveillance et de prévention des maladies transmissibles. Mais même sans ces normes internationales, de multiples observateurs avaient déjà vu dans l'absence d'un système vraiment national de surveillance et de déclaration obligatoire une menace pour la prévention intérieure des maladies infectieuses. Le SRAS a largement fait la preuve des réalités internationales qui rendent intenables l'obligation faite à chaque province ou territoire de choisir les données sur les maladies infectieuses à déclarer aux autres compétences, y compris le gouvernement fédéral, et à quel moment. Les mesures déjà recommandées dans ce rapport, si elles sont adoptées, devraient remédier rapidement à cette situation.

Collaborations internationales

La collaboration entre pays est utile au Canada en lui permettant de disposer de renseignements sur les tendances des maladies émergentes et d'informer la population et les systèmes de santé pour qu'ils puissent réagir en conséquence. Santé Canada collabore étroitement avec l'OMS dans le domaine des maladies infectieuses. Des représentants canadiens siègent aux conseils consultatifs de l'OMS du Groupe Maladies transmissibles et du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. En outre, l'OMS s'appuie largement sur le Réseau d'information sur la santé mondiale (RISM)* de Santé Canada, un réseau spécial d'alerte rapide mentionné dans plusieurs des chapitres précédents. Le RISM surveille continuellement les sources médiatiques sur Internet à la recherche de rapports sur les épidémies de maladies infectieuses dans le monde. Trois membres du personnel de Santé Canada ont été détachés auprès de l'OMS pour fournir des conseils techniques, du soutien et des possibilités de formation, mais pas explicitement pour améliorer les communications. En outre, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada

comprend un certain nombre de Centres collaborateurs de l'OMS, favorisant des alliances pour l'amélioration de la réaction épidémiologique et des laboratoires aux problèmes internationaux.

Santé Canada cultive des liens étroits avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains, et les deux organisations se sont engagées dans plusieurs programmes de collaboration au cours des ans. Santé Canada joue un rôle important dans les groupes de travail internationaux, comme ceux qui ont été récemment créés pour se préparer à l'éventualité de la transmission délibérée de maladies infectieuses (c.-à-d. le bioterrorisme). La ministre fédérale de la Santé ou l'un de ses délégués représente également le Canada dans d'autres forums internationaux – le Forum de coopération économique Asie-Pacifique par exemple – qui a récemment tenu une réunion des ministres de la Santé en Thaïlande pour discuter du SRAS. Enfin, le Canada offre des conseils techniques et du soutien par l'entremise de Santé Canada et, dans une moindre mesure, de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) dans le but d'aider les pays en développement. Comme nous l'avons vu au chapitre 10, le portefeuille de la santé de l'ACDI est modeste, sauf dans le cas du VIH/SIDA, et ne comporte aucun engagement en matière de maladies infectieuses émergentes. Nous croyons qu'il y a lieu de renforcer la présence internationale du Canada dans le domaine des maladies infectieuses émergentes pour aider les pays en développement et créer des possibilités d'apprentissage spécialisées aux personnes se préparant à une carrière en santé publique.

D'autres collaborations internationales qui se sont développées à la suite de contacts personnels et de l'intérêt du personnel de Santé Canada sont notamment le Caribbean Epidemiology Centre et la surveillance conjointe des pathogènes entériques dans certains pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, rendue possible par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).

Malheureusement, Santé Canada ne dispose pas d'une stratégie globale en matière de collaboration internationale et n'a pas établi d'ordre de priorité pour ses activités internationales. Reconnaisant cette faiblesse, la DGSPSP a recensé ses activités internationales au cours des six derniers mois afin d'élaborer une stratégie. L'absence d'une stratégie ayant une solide dimension internationale sur les maladies infectieuses constitue une lacune qu'il faudra corriger dans le cadre de ce processus. Le SRAS a

* Le partenariat entre l'OMS et Santé Canada, le RISM est un système d'alerte rapide unique, basé sur Internet, qui fournit en temps réel, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, des renseignements préliminaires en santé publique sur les dangers pour la santé mondiale. Le RISM rassemble et dissémine, à partir de multiples sources d'information, notamment les sites des médias internationaux, des renseignements pertinents en santé publique sur les épidémies de maladies. Les rapports de base sont traités par un ordinateur et des analystes humains vérifient ensuite la pertinence et l'exactitude de chaque rapport. Du total d'environ 18 000 rapports reçus mensuellement, l'OMS en consulte environ 3 000 et retient les plus urgents pour des vérifications auprès du pays touché. Le RISM signale environ 40 % des épidémies connues par l'OMS. En plus des rapports sur les maladies infectieuses, le RISM couvre les contaminants de l'environnement, les catastrophes naturelles, la sécurité nucléaire, les rappels et la sécurité des produits, les produits thérapeutiques et le bioterrorisme. Les nouvelles identifiées sont distribuées par voie électronique aux utilisateurs, qui comprennent le gouvernement et des représentants de la santé publique au Canada et dans le monde.

montré que nos frontières ne nous protégeaient pas de la maladie et que nous ne sommes jamais très éloignés de graves épidémies. Il est important pour le Canada de renforcer la capacité des autres pays à détecter les maladies infectieuses émergentes et à y réagir tant dans notre intérêt personnel que pour s'acquitter de sa responsabilité internationale compte tenu de nos ressources.

11A.2 L'Organisation mondiale de la santé

Les Nations Unies ont créé en 1948 l'Organisation mondiale de la santé. La structure de gouvernance de l'OMS, qui compte 192 pays membres, comprend l'Assemblée mondiale de la Santé (tous les États membres), un Conseil exécutif (32 experts de la santé) et un Secrétariat (3 500 employés) dirigé par un directeur général. En plus de l'administration centrale à Genève, l'OMS possède six bureaux régionaux. Le budget d'ensemble de l'organisation est d'environ 1 milliard de dollars US dont une portion provient des contributions annuelles des pays membres. Le contribution du Canada en 2003 a été de plus de 10 millions de dollars US.

Au cours du dernier demi-siècle, l'OMS s'est généralement intéressée aux maladies infectieuses sévissant couramment dans les pays en développement – la malaria et la tuberculose, par exemple. Tout en surveillant ces maladies à l'échelle mondiale et en dirigeant des actions spécifiques (des campagnes d'immunisation, p. ex.), l'OMS elle ne disposait pas jusqu'à récemment de la capacité de réagir aux épidémies et de les gérer. Avant 2000, l'approche de l'OMS était relativement passive à l'égard de la déclaration internationale des épidémies de maladies infectieuses par les États membres. Les données des pays en développement étaient souvent vieilles de plusieurs années au moment de leur publication. Plus important encore, les pays omettaient parfois d'informer l'OMS lorsqu'ils étaient touchés par des épidémies susceptibles d'avoir de possibles conséquences économiques internationales (une diminution du tourisme, p. ex.).

La combinaison du rapport de 1992 de l'Institute of Medicine sur les maladies infectieuses émergentes et des épidémies de peste pneumonique en Inde en 1994 et du virus d'Ebola au Congo en 1995 ont incité l'OMS à élaborer une stratégie de réaction plus active. Les pays membres ne devaient jusque là déclarer que la peste, la fièvre jaune et le choléra (ce qui est encore le cas). Bien que les activités officielles de surveillance commencent à peine à s'intensifier, le partenariat avec Santé Canada pour la création du RISM a constitué la première étape pour l'OMS vers un système mondial d'alerte rapide en cas d'épidémie. Comme nous l'avons vu, le RISM offre une capacité globale de surveillance et court-circuite la communication traditionnellement lente de l'information des organismes locaux aux gouvernements nationaux et ensuite à l'OMS. L'OMS a également créé le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, une

collaboration entre plus de 118 institutions répondant à la demande de l'OMS pour des équipes mobiles rapides d'experts en prévention des maladies infectieuses capables de réagir en 24 heures à une demande d'un état membre. Le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie a prouvé sa capacité à déployer des équipes internationales relativement nombreuses d'épidémiologistes, de cliniciens, de statisticiens et de personnel logistique en réponse à des épidémies telles que celles du virus d'Ebola au Gabon et en Ouganda, de grippe sévère à Madagascar et de peste en Algérie. Enfin, au cours de l'épidémie du SRAS, l'OMS a commencé à émettre des recommandations aux voyageurs, agissant – sans autorisation explicite des États membres – en tant que bureau central transnational pour évaluer la sécurité des déplacements internationaux et, par extension, l'efficacité des efforts de gestion des épidémies dans différents pays. Le Comité a entendu certaines préoccupations exprimées à propos d'une situation dans laquelle des pays comme le Canada doivent « faire rapport » à l'OMS et de ce que ce précédent signifie de façon plus générale pour les États membres.

11B. La réaction internationale au SRAS

11B.1 La réponse de l'OMS au SRAS

L'OMS a lancé une alerte médicale mondiale sans précédent au SRAS le 12 mars 2003. À cette date, le SRAS s'était déjà répandu de Hong Kong et de la province chinoise du Guangdong au Vietnam, à Singapour, à la Thaïlande et au Canada.

Très tôt au cours de l'épidémie, l'OMS a pris contact avec les pays touchés pour offrir un soutien sur le plan épidémiologique, clinique et des tests de laboratoire. Dès le 17 mars 2003, l'OMS coordonnait un effort international multicentrique réunissant onze laboratoires dans dix pays afin d'identifier l'agent responsable et de mettre au point un test de diagnostic. Pendant ce temps, des équipes du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie à Hanoi et à Hong Kong recueillaient des données cliniques et épidémiologiques tout en contribuant à gérer l'épidémie, le Canada a activement participé aux efforts du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie à Hong Kong. L'OMS a mis sur pied par l'entremise de son bureau régional à Manille des bases logistiques et des chaînes d'approvisionnement afin d'assurer la distribution rapide d'équipement de protection et de médicaments.

Le SRAS a présenté un nouveau défi au groupe Maladies transmissibles : surveillance et action de l'OMS car il s'agissait d'une épidémie sans foyer, répandue dans plusieurs pays, d'une maladie auparavant inconnue. Comme nous l'avons vu au chapitre 6, l'OMS a négocié avec succès la collaboration internationale sur les aspects

relatifs aux laboratoires et à l'épidémiologie au moyen de téléconférences la plupart du temps. Elle a également créé une page Web sécurisée pour faciliter la collaboration internationale.

L'OMS a publié ses premières définitions de cas de SRAS le 15 mars 2003. À cette date, les cas soupçonnés étaient tous ceux qui présentaient de la fièvre et des symptômes respiratoires tels que la toux ou l'essoufflement. Un cas probable était quelqu'un qui avait eu un contact rapproché avec une personne diagnostiquée et ayant voyagé dans une zone touchée par le SRAS ou un cas soupçonné chez lequel une radiographie avait décelé une pneumonie. Ces définitions ont été affinées au cours des semaines suivantes pour détecter et exclure les cas avec plus de précision. Les définitions révisées publiées le 1^{er} mai exigeaient de remplir quatre critères pour identifier un cas soupçonné de SRAS : une fièvre, une toux ou un essoufflement, un lien épidémiologique (contact rapproché avec un cas soupçonné ou probable, voyage récent dans une zone où une transmission locale s'est produite), l'absence d'un autre diagnostic. Un cas probable de SRAS présentait tous les aspects d'un cas soupçonné plus les éléments caractéristiques du SRAS découverts à la radiographie, en laboratoire ou à l'autopsie. L'OMS devait continuer d'utiliser une définition clinique et épidémiologique parce qu'aucun test de laboratoire validé et largement disponible n'avait encore été mis au point pour le SRAS.

Nous avons déjà mentionné les critiques que les définitions de cas du SRAS ont suscitées. Même les symptômes figurant dans la définition n'étaient peut-être pas les plus appropriés, puisqu'une évaluation des critères portant spécifiquement sur les présentations cliniques de patients de Hong Kong publiée dans le *British Medical Journal* le 21 juin constatait que les critères de l'OMS ne détecteraient pas 75 % des cas s'ils étaient appliqués à des personnes se présentant au début de l'évolution de la maladie. L'absence de distinction dans la définition des cas de l'OMS entre Toronto, en tant que prétendue « région touchée par le SRAS » et les foyers d'exposition précis ayant été déclarés par les représentants provinciaux et fédéraux de la santé publique, était une source supplémentaire de préoccupation. Comme nous l'avons vu au chapitre 5, cela a parfois mené d'autres pays à traiter les personnes ayant visité Toronto ou même transité par l'Aéroport international Pearson comme des cas potentiels de SRAS. D'autres provinces et territoires se sont servis de la définition plus spécifique de Santé Canada plutôt que de considérer toutes les personnes provenant de la Région du Grand Toronto et présentant des symptômes respiratoires et de la fièvre comme des cas possibles de SRAS.

Les critères d'une nouvelle maladie doivent inévitablement évoluer à mesure que les renseignements sur la maladie s'accumulent. Cependant, selon les critères de l'OMS, le registre des cas exportés ayant servi à son évaluation et qui a donné lieu aux recommandations aux voyageurs concernant Toronto comprenait des personnes qui

n'auraient pas répondu à la définition canadienne des cas. De prompts contacts avec les pays posant un diagnostic sur des « cas » provenant du Canada ont habituellement permis d'en arriver à un accord mutuel. De façon plus générale, les écarts entre la définition de l'OMS et celles utilisées par les différents pays constituaient une source de confusion dans les médias.

C'est seulement en juin, au cours de la Conférence mondiale de l'OMS sur le SRAS, en Malaisie, qu'il est devenu évident que plusieurs pays avaient adopté leur propre définition. Curieusement, cette pratique a été sanctionnée par l'OMS elle-même. Le Comité croit qu'il faut s'attacher à établir les rôles respectifs d'un organisme comme l'OMS et de ses États membres dans la définition d'une nouvelle maladie telle que le SRAS.

11B.2 L'expérience internationale

Alors que l'attention au Canada se portait sur la situation du SRAS ici, plusieurs pays asiatiques étaient confrontés à des problèmes encore plus grands pour confiner leurs épidémies. Chaque épidémie a été finalement endiguée en isolant les cas, en retraçant les contacts et en les mettant en quarantaine et en faisant preuve de vigilance. Même si le SRAS semblait toucher les mêmes populations – les travailleurs de la santé, les patients des hôpitaux et les contacts dans la famille – sans égard au pays, la gestion des épidémies a été très différente selon les pays.

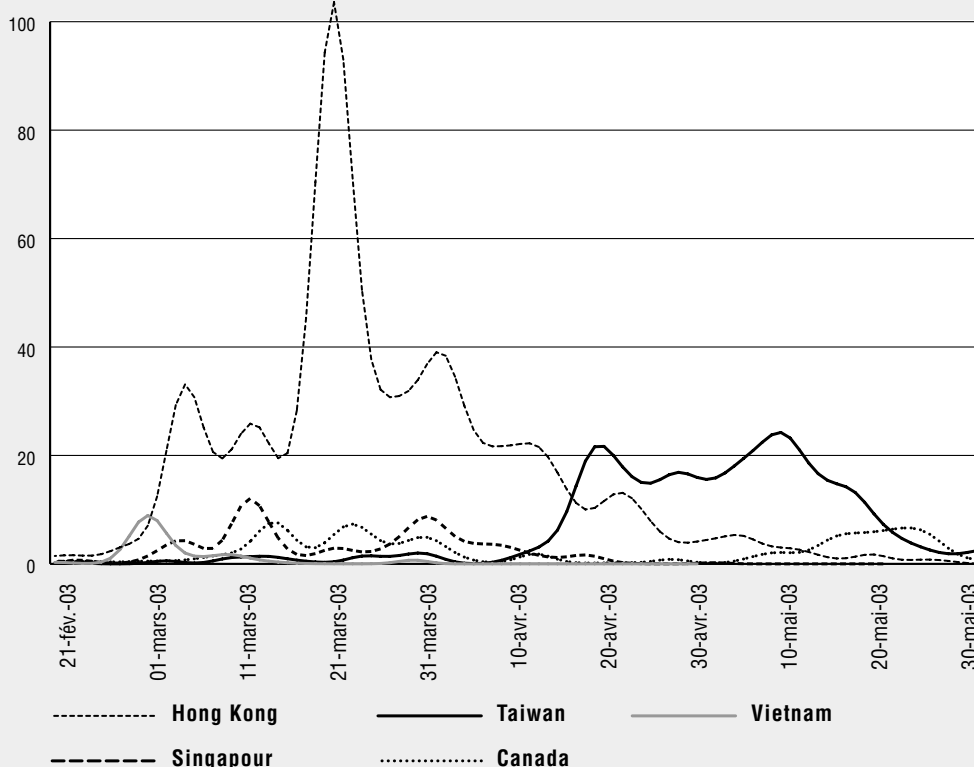
L'expérience de Singapour est éclairante car l'épidémie y a eu la même envergure qu'à Toronto (voir l'ill. 1). Singapour est une ville-État comptant une population d'un peu plus de quatre millions d'habitants, comparable à la Région du Grand Toronto. Un seul hôpital, désigné « hôpital SRAS », traitait tous les patients. L'hôpital communiquait sans arrêt avec les services de santé publique afin de retracer dans les 24 heures de leur admission tous les contacts des cas soupçonnés ou probables de SRAS – un contraste évident avec la situation à Toronto.

Les personnes mises en quarantaine à Singapour ont reçu une indemnisation du gouvernement, soit directement, soit indirectement. Au Canada, seuls certains employés ont été admissibles à des prestations alors que les travailleurs autonomes et ceux qui n'étaient pas admissibles à des prestations ont subi des pertes de revenu. À Singapour, les ordonnances de quarantaine étaient émises par une agence de sécurité privée et s'accompagnaient de deux appels au vidéophone par jour. Dans les cas très rares de violation, on a eu recours à des bracelets de localisation. À Toronto, le personnel de la santé publique était aux prises avec une pénurie massive de ressources humaines. Dans certains cas, ils ne pouvaient appeler les personnes en quarantaine que tous les trois jours.

FIGURE 1

Courbes d'infection statistiquement estimées du SRAS dans les régions touchées (à l'exception de la République populaire de Chine), axe des ordonnées : nombre quotidien de nouvelles infections prévues, calculé selon les courbes épidémiques du SRAS par date d'apparition des symptômes publiées par l'Organisation mondiale de la santé, axe des abscisses : dates des nouvelles infections.

Source : Ping Yan, Santé Canada



Singapour a bénéficié également d'un leadership fort, avec un poste unique de commandement et de contrôle. Il faut dire que pour être juste que Singapour est une ville-État dont l'organisation est moins complexe que celle du Canada, où trois paliers de gouvernement ont participé à la lutte contre le SRAS. Mais le Dr Tony Tan, ministre de la Santé de Singapour, était clairement aux commandes. Il donnait chaque matin une conférence de presse quotidienne et y discutait non seulement les faits, mais également les incertitudes, les scénarios du pire possibles et les mesures que les gens pourraient et devraient prendre pour leur propre protection et celle des autres. Au Canada, de multiples représentants de la santé publique, cliniciens et politiciens sont apparus à divers moments dans les journaux télévisés, suscitant l'inquiétude par des messages contradictoires ou trop rassurants.

Singapour a également surveillé activement la fièvre et les pneumonies chez les patients hospitalisés, à la recherche des cas non décelés. Nous croyons que l'inefficacité de ces programmes dans les hôpitaux de Toronto a contribué à la poussée de la deuxième vague du SRAS. Les différences en matière de ressources humaines sont également évidentes : alors que le Tan Tock Seng Hospital de Singapour, avec 1 400 lits, comptait quarante personnes effectuant une surveillance active, la plupart des hôpitaux de la Région du Grand Toronto, comme nous l'avons vu au chapitre 7, disposaient d'un personnel insuffisant pour la prévention normale des infections, sans parler de la surveillance des symptômes.

11C. Les communications et la liaison avec l'étranger

Liaison

La liaison et l'échange de renseignements avec les autres pays et les organisations internationales sont toujours des fonctions importantes d'un réseau de santé publique. Ces tâches deviennent cruciales lorsqu'une crise se présente en santé publique. Peu après l'arrivée du SRAS au Canada, Santé Canada et les CDC établis à Atlanta ont échangé un membre de leurs personnels respectifs pour agir en tant qu'agent de liaison. Cette entente a duré plusieurs semaines et a largement facilité les interactions entre les deux organismes. De même, un membre du personnel du Communicable Disease Surveillance Centre of England and Wales a été détaché au Centre des opérations d'urgence de Santé Canada à Ottawa pour une période d'une semaine.

Le gros des cas de SRAS se trouvait cependant en Asie et les experts accumulaient là-bas une expérience très précieuse. Plusieurs observateurs ont eu le sentiment que les représentants canadiens n'ont pas réussi à entretenir des contacts suffisamment étroits avec les représentants de Hong Kong, de Singapour et de la Chine à une exception près lorsque l'OMS a demandé à des scientifiques du Laboratoire national de microbiologie (LNM) et du Programme de sécurité et de santé au travail de fournir

des conseils techniques à Hong Kong, à Amoy Gardens plus particulièrement, un immeuble résidentiel où des centaines de personnes avaient été infectées par un réseau d'égouts défectueux, ainsi qu'au Metropole Hotel, l'épicentre de l'épidémie à Hong Kong. Dans l'ensemble, cependant, le Canada a laissé passer de précieuses occasions d'apprendre des autres pays. Par contre, les gestionnaires de l'épidémie de Singapour ont suivi de près la situation canadienne. Des représentants provinciaux et municipaux du Canada ont visité Beijing à l'invitation du gouvernement chinois pendant l'accalmie entre les flambées du SRAS et les représentants de Santé Canada n'ont visité Singapour une fois l'épidémie mondiale pratiquement terminée.

Communication

Bien que Santé Canada ait régulièrement transmis des renseignements à l'OMS au cours de l'épidémie du SRAS, le ministère a été incapable de fournir autant de précisions qu'il ne lui en était officiellement demandé². L'absence de processus officiel de production de rapports entre les gouvernements municipaux, provinciaux et fédéral a largement contribué aux lacunes dans la collecte et l'échange de renseignements. Certains experts ont dit au Comité que le Canada était simplement incapable de conserver la confiance de l'OMS en raison de comptes rendus et de mesures de contrôle insuffisants et des tensions manifestes entre compétences.

Les représentants de Santé Canada ont affirmé qu'ils avaient demandé de façon répétée à la province de l'Ontario des renseignements plus détaillés sur les cas de SRAS. Un document précisant les éléments de données proposés et les motifs de la collecte de ces renseignements a été envoyé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (OMH) le 5 avril 2003. En plus de Santé Canada, l'OMS et les autres provinces et territoires du Canada demandaient des renseignements détaillés. Le point de vue fédéral est que l'Ontario a continué de transmettre des données incomplètes pendant la première partie de l'épidémie et que les représentants fédéraux obtenaient souvent de nouveaux renseignements par le truchement de la conférence de presse quotidienne de l'Ontario plutôt que par les voies de communication intergouvernementales. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, le point de vue de la Direction de la santé publique du OMH est radicalement différent. Il est clair que les divergences concernant la transmission des données pendant la deuxième phase de l'épidémie du SRAS s'étaient considérablement apaisées.

Comme nous l'avons montré aux chapitres 2 et 5, les services locaux de santé publique et la Direction de la santé publique de la province étaient débordés par l'énorme charge de travail pendant l'épidémie du SRAS. La simple création d'ententes nécessaires pour le partage des données est insuffisante. Il faut établir à tous les paliers du réseau de la santé publique la capacité permettant une

réaction mieux coordonnée aux épidémies, notamment des analyses et des rapports adéquats.

Bien que Santé Canada ait nommé des porte-parole francophones et anglophones pour le SRAS, le problème des messages contradictoires était autant le fait du fédéral que des provinces. Par exemple, l'ambassade du Canada aux États-Unis s'est plainte après coup des multiples messages parfois divergents provenant de Santé Canada et du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international. Elle a suggéré que les ministères trouvent un moyen de centraliser l'entrée et la sortie de l'information, en particulier les communiqués de presse.

Dans leurs mémoires adressés au Comité, l'industrie du voyage a également exprimé ses préoccupations au sujet des communications sur le SRAS, mentionnant des lacunes et des incohérences importantes dans les renseignements fournis aux passagers et au personnel. Les aéroports étaient inondés d'appels du public cherchant à obtenir des renseignements, mais ne pouvaient obtenir des représentants de la santé une réponse uniforme. Quelques aéroports et transporteurs ont retenu les services d'un expert médical pour sensibiliser le personnel en matière de maladies infectieuses, à la fois pour l'aider à accomplir son travail et pour apaiser ses craintes et ses préoccupations.

Nous devons également souligner le rôle qu'a joué l'industrie du voyage dans le domaine des communications. Les aéroports ont dit avoir offert de l'équipement et des services en communications à Santé Canada, fourni des mises à jour dans les aéroports au moyen de bulletins et d'enregistrements vidéo et ont également organisé et hébergé des réunions à l'intention des intervenants. Un certain nombre d'intervenants de l'industrie du voyage ont demandé la mise sur pied d'une stratégie de communication sur les maladies infectieuses prévoyant des points de contact avec ce secteur.

11D. Les recommandations aux voyageurs

11D.1 Les recommandations aux voyageurs de l'OMS

L'OMS a publié le 2 avril 2003 une recommandation aux voyageurs pour reporter tout voyage non indispensable à Hong Kong et dans la province du Guangdong, en Chine. C'était la première fois que cet organisme international émettait une recommandation de ce genre. Seuls certains pays l'avaient fait individuellement auparavant.

Le 23 avril 2003, l'OMS a ajouté Toronto, Beijing et la province chinoise du Shanxi à la liste des régions que les voyageurs devraient éviter. La recommandation déconseillant les voyages non indispensables à Toronto devait rester en vigueur pendant trois semaines avant d'être réévaluée. Comme nous l'avons vu au chapitre 2,

les représentants canadiens ont réagi promptement et avec colère et des politiciens et des représentants de la santé publique de multiples paliers de gouvernement se sont rendus à Genève pour fournir les preuves que l'épidémie de Toronto était maîtrisée et pour demander que l'OMS retire la recommandation. Le 29 avril, moins d'une semaine après son annonce initiale, l'OMS levait sa recommandation à l'endroit de Toronto.

Reconnaissant la menace posée par une maladie infectieuse émergente, l'OMS a apparemment ressenti le besoin d'aider et de protéger les pays moins développés. L'alerte mondiale concernant le SRAS était justifiée par le risque de la transmission de la maladie à des pays ne possédant pas l'infrastructure nécessaire pour faire face au SRAS, et les recommandations aux voyageurs sont venues renforcer cet avertissement. Les conséquences des recommandations aux voyageurs ont été cependant profondes pour les pays visés. Les Canadiens ont été particulièrement mécontents des différences dans le classement de Toronto entre les CDC et l'OMS, celui de l'OMS étant plus sévère. Certains ont suggéré que l'OMS devrait se limiter à informer les pays de la situation épidémiologique des pays membres et ne pas émettre de recommandations aux voyageurs.

La controverse entourant les recommandations aux voyageurs de l'OMS a été exacerbée par les critères utilisés et par le processus de communication. Les critères paraissent arbitraires et ont été élaborés au cours de l'épidémie sans processus de consultation officielle ou débat scientifique sérieux. Les critères étaient les « cas courants » (ce qui comprenait apparemment les personnes atteintes du SRAS encore en isolement), catégoriquement évalués à plus ou moins soixante, plus ou moins cinq nouveaux cas par jour sur une moyenne mobile de trois jours et transmission locale. L'exportation du SRAS à d'autres pays était également prise en compte.

Aucun de ces critères n'a jamais été validé comme une raison d'émettre une recommandation aux voyageurs. Le seuil de soixante cas a été jugé totalement arbitraire. Un haut fonctionnaire de Santé Canada ayant agi à titre d'agent de liaison avec l'OMS et ayant critiqué les critères avait l'impression que les critères étaient encore à l'état d'ébauche au moment même où l'OMS s'en servait pour imposer des recommandations aux voyageurs à Toronto et à d'autres régions. Il existe des versions contradictoires sur la question de savoir si au cours d'une conversation téléphonique entre du personnel de l'OMS, de l'OPS et de Santé Canada sur le critère de la « région touchée », il n'y a pas eu un avertissement au sujet de la recommandation imminente aux voyageurs. De toute façon, la recommandation a été émise dans les 24 heures qui ont suivi cette conversation. Malgré une brève période de récrimination entre représentants de la santé publique, l'une des conséquences positives a été de créer une unité bienvenue dans la réaction de tous les paliers de gouvernement.

Le Comité trouve peu de justifications aux critères ou au moment choisis par l'OMS pour sa recommandation aux voyageurs. Si l'OMS continue d'émettre de telles recommandations, il lui faudra élaborer des critères et un processus précis par une entente entre les États membres.

11D.2 Les avis aux voyageurs de Santé Canada

Au Canada, c'est le Programme de médecine du voyage de Santé Canada qui émet les avis aux voyageurs et évalue les risques que courent les Canadiens voyageant à l'étranger au moyen de renseignements obtenus de l'OMS, du RISM, du ministère des Affaires étrangères et du Commerce international et d'autres sources. Trois catégories d'avis aux voyageurs sont utilisées : les avis de routine (c.-à-d. pas d'avis aux voyageurs), reporter tout voyage non indispensable et différer tout voyage. Ce système existe depuis plusieurs années et des avis aux voyageurs ont été lancés pour des épidémies de maladies nouvelles ou connues tout comme pour des catastrophes naturelles et des situations dangereuses telles que les feux de brousse en Australie.

Au cours de l'épidémie du SRAS, la préoccupation majeure était l'étendue de la contamination dans la communauté et le risque qu'elle posait au voyageur canadien. De plus, quand il devint évident que les hôpitaux constituaient une source de transmission du SRAS, Santé Canada a craint que les voyageurs canadiens souffrant d'un état pathologique préalable puissent se trouver dans l'obligation de chercher des soins médicaux dans des pays gravement touchés par le SRAS, encourageant par là un risque d'exposition.

Santé Canada s'est servi des renseignements de l'OMS sur la situation des régions touchées et les a regroupés avec les renseignements recueillis par le RISM et d'autres sources pour calculer une note se traduisant ensuite par un avis aux voyageurs. Pour ce système de notation, Santé Canada s'est servi des étiquettes catégoriques de l'OMS s'inspirant du modèle de transmission d'une ville ou d'une province en particulier. Elles ont été traduites en chiffres, leur moyenne calculée pour le pays et un avis aux voyageurs produit pour ce pays.

Le Comité ne peut trouver de preuve que le système de notation de Santé Canada ait un fondement plus solide que les critères de l'OMS. En utilisant les définitions de l'OMS de « régions touchées », Santé Canada a incorporé dans ses avis aux voyageurs les critères qu'il avait critiqués quand ils avaient été appliqués à Toronto. Ce système a été utilisé tout au long de l'épidémie et a mené à l'émission d'avis aux voyageurs pour d'autres pays, comme Hong Kong. Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, les recommandations aux voyageurs publiés par l'OMS et Santé Canada divergeaient, les avis

TABLEAU 1

Comparaison des recommandations aux voyageurs de l'OMS et de Santé Canada à l'endroit de Hong Kong

Date	OMS	Santé Canada
25 mars	Ne recommande de restriction à l'égard d'aucune destination, y compris Hong Kong.	Recommande que les gens prévoyant un voyage à Hong Kong reportent tout déplacement jusqu'à nouvel avis.
2 avril	À titre de précaution, l'OMS recommande que les personnes voyageant à Hong Kong envisagent de reporter tout voyage non indispensable. Cette recommandation vise les voyageurs visitant Hong Kong et non les passagers transitant directement par l'aéroport international de Hong Kong.	Recommande que les gens prévoyant voyager à Hong Kong reportent tout voyage et d'envisager si possible un trajet de rechange s'il leur faut transiter par Hong Kong.
13 mai		Recommande que les personnes voyageant à Hong Kong reportent tout voyage et recommande qu'ils envisagent si possible un trajet de rechange s'ils transitent par Hong Kong.
15 mai		En se fondant sur des preuves que la situation du SRAS a connu son apogée et est confinée à des zones bien définies de Hong Kong, Santé Canada recommande de reporter tout voyage facultatif ou non indispensable à Hong Kong.
23 mai	Retire la recommandation de reporter tout voyage non indispensable (c.-à-d. aucune restriction sur les voyages).	
30 mai		En raison de la persistance des préoccupations concernant une transmission limitée du SRAS, Santé Canada recommande de reporter tout voyage facultatif ou non indispensable à Hong Kong.
16 juin		En raison de la persistance des préoccupations concernant une transmission limitée du SRAS, Santé Canada recommande de reporter tout voyage facultatif ou non indispensable à Hong Kong.
23 juin	Hong Kong retirée de la liste des régions où s'est produite une transmission locale récente, c.-à-d. que la chaîne de transmission d'humain à humain est considérée rompue, éliminant ainsi le risque d'infection pour les résidents locaux comme pour les voyageurs.	Aucune autre mention de restriction sur les voyages à Hong Kong.

aux voyageurs canadiens étant parfois plus sévères que ceux de l'OMS. Cela, ainsi que d'autres différences entre les recommandations aux voyageurs de l'OMS et les avis de Santé Canada, a amené le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international à exprimer des préoccupations. Les missions canadiennes à l'étranger se sont également fait demander pourquoi les avis aux voyageurs du Canada étaient différents de ceux de l'OMS.

En bref, bien que beaucoup de représentants canadiens aient été critiques à l'égard de l'OMS en raison du manque de preuves justifiant ses critères pour les recommandations aux voyageurs, il faudrait réviser les propres pratiques du Canada dans ce domaine, idéalement dans le contexte d'une réévaluation multilatérale des bases, de la nature, des objectifs et des conséquences des avis aux voyageurs.

11E. Le SRAS et les problèmes touchant les voyages

Dès le 15 mars 2003, l'OMS a émis une recommandation d'urgence aux voyageurs, les avertissant, ainsi que les équipages des compagnies aériennes, de faire preuve de vigilance à l'égard des symptômes correspondant au SRAS et précisant la procédure de base que les compagnies aériennes devaient observer si un passager ou un membre du personnel navigant présente des symptômes au cours d'un vol. Plus tard, après sa réunion annuelle de l'assemblée mondiale de la Santé en mai, la résolution sur le SRAS de l'OMS pressait les États membres d'adhérer à ses directives concernant les voyages internationaux.

11E.1 Loi sur la quarantaine

Le gouvernement fédéral exerce, aux termes de la *Loi sur la quarantaine* et de son règlement, la responsabilité de protéger les Canadiens des maladies pouvant poser une menace pour la santé publique par le mouvement international des personnes, des marchandises et des moyens de transport (les aéronefs, les bateaux, les véhicules, etc.). La *Loi sur la quarantaine* et son règlement donnent aux agents de quarantaine aux points d'entrée et de sortie du Canada le pouvoir d'exiger que les personnes soupçonnées d'être atteintes d'une maladie énumérée par la *Loi* ou d'une autre maladie dangereuse subissent un examen médical et soient détenues au besoin. La *Loi* énumère quatre maladies contagieuses : le choléra, la peste, la fièvre jaune et la variole. Conformément à l'invitation pressante de l'OMS aux États membres de prendre les mesures nécessaires pour faire face à l'épidémie du SRAS, Santé Canada a modifié le règlement de la *Loi sur la quarantaine*. Les modifications comprennent l'ajout du SRAS à la liste des maladies infectieuses et contagieuses de la *Loi sur la quarantaine*, prescrivent une période d'incubation pour le SRAS (20 jours), confèrent aux agents de quarantaine le pouvoir d'obliger les transporteurs aériens des vols à l'arrivée et au départ à distribuer des renseignements en matière de santé et des questionnaires sur le SRAS à toutes les personnes à bord, augmentent la liste des aéroports où un aéronef arrivant au Canada doit signaler, avant l'atterrissage, les cas de maladie ou les décès à son bord.

11E.2 Agents de quarantaine

Santé Canada a informé en 2002 les administrations aéroportuaires qu'elle transférerait la responsabilité de la quarantaine des aéroports à l'Agence des douanes et du revenu du Canada. Le personnel des douanes n'a jamais reçu de formation pour faire ce travail. Lorsque le SRAS s'est présenté, le Canada ne disposait que d'un minuscule contingent d'agents de quarantaine prêts à faire du dépistage auprès des passagers arrivant d'Asie. Quelques infirmières de Santé Canada ont été rapidement formées

et détachées à Toronto et Vancouver le 18 mars. Plus tard, des agents supplémentaires ont été déployés dans les aéroports internationaux de Montréal, Calgary et Ottawa. Les agents de quarantaine étaient chargés de l'évaluation des passagers et des cargaisons des aéronefs, bateaux, trains, voitures, etc. et de la détention de toute personne ou objet soupçonné d'être infecté.

Au cours de l'épidémie du SRAS, une poignée d'agents de quarantaine ont effectué le dépistage, distribué l'information aux passagers et répondu aux demandes d'aide du personnel navigant et des agents des douanes et de l'immigration pour l'évaluation des personnes malades dans les aéronefs. Normalement, de douze à quatorze vols arrivent quotidiennement d'Asie en mars et la capacité moyenne de chaque vol étant de 315 passagers, il faut faire un dépistage auprès de plus de 27 000 passagers chaque semaine. Étant donné la baisse du tourisme causée par le SRAS, ce volume est tombé à 19 000 par semaine. Dans tous les cas, les agents de quarantaine ont rapidement été débordés et ont éventuellement eu besoin d'une aide supplémentaire qui a été fournie par les administrations locales de la santé publique et par le bureau régional de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Dans leurs mémoires, les administrations aéroportuaires ont exprimé des préoccupations au sujet de la capacité de Santé Canada à mobiliser du personnel de quarantaine informé aux aéroports, à fournir un soutien logistique et à gérer les communications à l'intention de son propre personnel, des aéroports, des transporteurs aériens et du public. Les administrations aéroportuaires ont clairement senti que le personnel de quarantaine de Santé Canada avait été parachuté avec des instructions limitées et peu ou pas de matériel d'appoint.

11E.3 Mesures de dépistage et distribution d'information en matière de santé

Le dépistage des passagers aériens a servi au début à prévenir l'importation du SRAS. (L'annexe 11.1 contient la chronologie du dépistage dans les aéroports au Canada.) Les passagers en provenance d'Asie subissaient un « dépistage visuel » et étaient accueillis par des recommandations d'alerte médicale jaunes donnant des instructions sur la manière de s'auto-ausculter pour déceler les symptômes du SRAS. On leur demandait également des renseignements permettant de les rejoindre au cas où le SRAS serait diagnostiqué chez un passager de leur groupe. Des affiches offrant des renseignements pertinents sur le SRAS étaient placées dans des endroits stratégiques des aéroports.

Le 27 mars 2003, l'OMS a recommandé que les régions où s'était produite une transmission locale du SRAS instituent des mesures pour effectuer un dépistage auprès des passagers en partance. Santé Canada a réagi en

distribuant des recommandations d'alerte médicale de couleur cerise identiques à ceux donnés aux voyageurs à l'arrivée.

En mai, dans le cadre de l'entente qui a incité l'OMS à annuler sa recommandation aux voyageurs, le gouvernement fédéral a accepté d'effectuer un dépistage plus poussé des voyageurs aériens. Les fiches d'information des voyageurs à l'arrivée et au départ ont été modifiées pour inclure un ensemble de questions* afin de détecter les personnes présentant des symptômes. Quiconque répondait « oui » à l'une des questions était interrogé par les infirmières du dépistage de Santé Canada et tous les cas possibles de SRAS étaient promptement isolés et transférés dans les établissements de santé pour une évaluation plus approfondie. L'OMS a suggéré également d'envisager l'utilisation d'analyseurs thermiques. Singapour a prêté gracieusement un appareil au Canada et d'autres ont été achetés dans le cadre d'un projet pilote visant à faire l'essai de la technologie. Ces appareils ont été installés à Toronto et Vancouver pour détecter les voyageurs présentant de la fièvre.

Dans leurs mémoires au Comité, les administrations aéroportuaires de Vancouver et de Toronto ont critiqué la capacité organisationnelle de Santé Canada et sa capacité opérationnelle à gérer le dépistage des voyageurs. L'Administration de l'aéroport international de Vancouver a fait remarquer, par exemple, que les représentants de Santé Canada ont mentionné de manière répétée un « plan d'urgence » qui « n'avait jamais dépassé le stade d'ébauche et paraissait (avoir été) abandonné ». Ils ont également fait remarquer que l'on n'avait pas surmonté adéquatement l'obstacle des langues pour beaucoup de voyageurs et que l'information aurait du être fournie en chinois autant qu'en français et en anglais.

Le 27 août 2003, il s'était effectué dans les aéroports canadiens un nombre d'opérations de dépistage estimé à 3,5 millions afin d'aider à la détection du SRAS et à la prévention de sa transmission. Grosso modo, 5 800 passagers ont été dirigés vers une évaluation plus poussée par les infirmières du dépistage ou les agents de quarantaine. Aucun n'avait le SRAS. Le dépistage s'est fait au moyen des fiches jaunes auprès de plus de 1,3 million de passager. La conformité a été de presque 100 % en raison de l'examen obligatoire des représentants des douanes. Le dépistage s'est fait auprès de plus de 690 000 passagers en partance à l'Aéroport international Pearson de Toronto au moyen des fiches de couleur cerise. Des vérifications effectuées par le personnel de Santé Canada ont prouvé que le taux d'observation était également élevé pour les cartes cerise, plus de 90 % des passagers internationaux en partance ont indiqué qu'ils avaient reçu les fiches et

que le personnel des compagnies aériennes leur avait posé des questions sur la santé au moment de l'enregistrement.

Le projet pilote des analyseurs thermiques a permis de contrôler à l'aéroport de Toronto la plupart des passagers internationaux à l'arrivée et au départ et, à l'aéroport de Vancouver, tous les passagers des vols en provenance d'Asie ainsi qu'un échantillon de trois vols internationaux en partance par jour. Le dépistage a été effectué auprès de 2,4 million de passagers, la vaste majorité à Toronto. Une évaluation plus poussée n'a été nécessaire que pour 832 d'entre eux, et là encore aucun n'avait le SRAS. L'appendice 11.2 propose des statistiques plus détaillées.

Dans les autres pays, les résultats des mesures de dépistage dans les aéroports ont été également maigres. Une évaluation du dépistage dans les aéroports à Beijing a révélé que, malgré un dépistage effectué auprès de 275 000 voyageurs entre le 24 avril et le 20 juin, de la fièvre n'avait été détectée que chez 0,2 % d'entre eux. Aucun n'avait le SRAS. À Singapour, le dépistage se faisait chaque jour auprès de 30 000 passagers et environ soixante de ceux-ci étaient évalués de manière plus approfondie. Encore là, aucun n'avait le SRAS. C'est à Hong Kong seulement que le dépistage dans les aéroports a permis de détecter deux cas de SRAS, après avoir contrôlé des millions de voyageurs avec les analyseurs thermiques aériens.

Ces résultats ne sont pas surprenants. Le dépistage d'une maladie aussi rare que le SRAS dans une large population (c.-à-d. des millions de voyageurs) est à la fois difficile et inefficace, avec une très faible probabilité de détection réelle des cas. De plus, le dépistage en cours de voyages ne détecte pas les personnes pouvant incuber la maladie puisqu'elles ne présentent pas encore de symptômes. Le dépistage de maladies infectieuses chez des personnes saines devrait se fonder sur certaines prémisses : que la maladie soit présente dans la population en général, qu'elle puisse être décelée par les mesures de dépistage et qu'il existe un risque élevé de transmission par les personnes asymptomatiques. Le SRAS ne répondait à aucune de ces conditions. En l'absence de ces caractéristiques, le dépistage chez des personnes saines est onéreux, probablement très intrusif et susceptible de créer un faux sentiment de sécurité ou une angoisse inutile.

Lors de forums internationaux, plusieurs pays ont affirmé que le dépistage raffermait la confiance du milieu des affaires. Vu les données disponibles, il semble que le dépistage relève plus du conformisme idéologique que de la logique ou des faits, aucun pays n'étant prêt à faire le premier pas pour abandonner ces mesures. En outre,

* Avez-vous de la fièvre? Avez-vous un ou plusieurs des symptômes suivants : toux, essoufflement ou difficulté à respirer? Avez-vous été en contact avec une personne atteinte du SRAS dans les 10 derniers jours?

toute mesure mise en place dans les aéroports devrait l'être aussi, théoriquement, dans les ports et dans les postes frontaliers terrestres. Au Canada, avec 18 postes frontaliers terrestres à la frontière des États-Unis, c'était impossible. On a plutôt, à l'imitation du CDC, distribué des fiches d'information à un nombre de véhicules entrant au Canada estimé à 200 000 par mois.

Le dépistage officiel peut être difficile à justifier, mais la distribution aux voyageurs de renseignements à jour et pratiques en matière de santé est beaucoup moins onéreuse et se fonde sur l'hypothèse logique que la vaste majorité des gens sont raisonnables et bien intentionnés et qu'ils peuvent faire une évaluation intelligente des risques. L'avantage de distribuer des renseignements en matière de santé aux voyageurs a été illustré par l'anecdote du signalement d'au moins une personne qui est arrivée en Colombie-Britannique en provenance d'une région touchée et a été par la suite diagnostiquée comme ayant le SRAS. Elle a présenté les symptômes un ou deux jours après son arrivée, s'est isolée conformément aux directives de l'avis d'alerte médicale jaune et a été admise à l'hôpital où les précautions en matière d'isolement ont été strictement observées. Aucune transmission secondaire n'a résulté de ce cas.

11E.4 Protocoles pour les lignes aériennes et les paquebots de croisière

À un certain moment, au début de l'épidémie du SRAS, un voyageur qui présentait des symptômes correspondant à ceux du SRAS est arrivé à Vancouver, Santé Canada a invoqué la Loi sur la quarantaine pour empêcher l'aéronef de repartir jusqu'à ce qu'il ait été adéquatement décontaminé. Les représentants de Santé Canada ont été toutefois incapables d'informer la ligne aérienne des exigences d'une décontamination adéquate parce qu'ils n'étaient pas certains de la cause du SRAS. Les protocoles pour les aéronefs et les lignes aériennes n'ont été élaborés qu'à la fin d'avril. Ils précisaient les produits de nettoyage et les mesures de protection appropriés à employer pour décontaminer un aéronef ayant transporté un cas possible de SRAS. Les protocoles de Santé Canada pour le dépistage et le traitement des cas de SRAS et le nettoyage des paquebots de croisière ont été publiés à la mi-juin.

Les désaccords entre représentants fédéraux et locaux ainsi qu'entre administrations locales de la santé, concernant les aéroports et les ports situés dans les frontières géographiques des services de santé locaux ont posé des problèmes connexes au cours de l'épidémie du SRAS. Par exemple, le University of British Columbia (UBC) Hospital à Vancouver a été désigné établissement pour les patients atteints du SRAS, mais, l'aéroport est situé en banlieue de Richmond et fait par conséquent partie d'une région sanitaire différente. Les voyageurs présentant des symptômes correspondant à ceux du SRAS étaient apparemment examinés dans le stationnement pour décider s'il fallait

les transporter au UBC Hospital ou à l'hôpital local de Richmond.

Il est possible dans tous ces cas d'élaborer des processus opérationnels pour aplanir les difficultés prévisibles et assurer la mise en application plus rapide des protocoles de confinement, de décontamination ou d'orientation.

11F. Recommandations

En ce qui concerne les questions internationales, le Comité propose les recommandations suivantes :

11.1 Le gouvernement du Canada devrait prendre la tête, en collaboration avec un consortium international de pays, de la détection des maladies émergentes et des épidémies mondiales. Cela devrait se faire par l'amélioration du Réseau d'information sur la santé mondiale et de programmes similaires.

11.2 L'agence canadienne de santé publique devrait disposer du mandat de s'engager davantage sur le plan international dans le domaine des maladies infectieuses émergentes, notamment au moyen de projets visant à renforcer la capacité de surveillance et de gestion des épidémies dans les pays en développement.

11.3 L'agence canadienne de santé publique devrait être responsable des communications directes avec l'Organisation mondiale de la santé, les CDC américain et autres organisations et compétences internationales. L'Agence devrait diffuser au Canada les renseignements reçus des organisations et des compétences internationales sur les menaces pour la santé mondiale et devrait, à son tour, informer l'Organisation mondiale de la santé et les autres pays des événements pertinents au Canada. En cas d'épidémie, l'Agence assurerait la liaison entre les organisations et les compétences canadiennes et internationales afin d'optimiser l'apprentissage mutuel.

11.4 Le gouvernement du Canada devrait examiner ses techniques et protocoles de dépistage afin de s'assurer que les mesures de dépistage visant l'efficacité de la santé publique sont fondées sur des faits, tout en tenant compte des ressources humaines et financières nécessaires pour leur mise en œuvre et leur opération durable.

11.5 Le gouvernement du Canada devrait rechercher le soutien de partenaires internationaux afin de lancer un processus multilatéral, sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé, pour établir des normes convenues de preuve servant à l'émission des recommandations aux voyageurs et des alertes par les États membres. Ce processus multilatéral devrait également chercher à définir le rôle de l'OMS dans l'émission des recommandations aux voyageurs et à établir une procédure visant à fournir des préavis sur les alertes et avis possibles. Le processus de préavis devrait prévoir un mécanisme de consultation avec le pays visé et de réaction de sa part.

11.6 Le gouvernement du Canada devrait s'assurer qu'un contingent adéquat d'agents de quarantaine est présent dans les aéroports et autres points d'entrée, selon les besoins. Des agents de quarantaine complètement formés et informés devraient être disponibles dans les aéroports afin de réagir aux menaces pour la santé, offrir des renseignements et sensibiliser le personnel des aéroports, les représentants des douanes et le personnel des lignes aériennes à la détection des maladies et les mesures à prendre pour confiner les risques. Une collaboration étroite est nécessaire avec les administrations des aéroports et le personnel des lignes aériennes afin de clarifier les responsabilités en cas de menace pour la santé.

11.7 Le gouvernement du Canada devrait s'assurer que les passagers à l'arrivée et au départ sont renseignés sur les endroits où il existe des menaces pour la santé et quand, sur les mesures de précaution à prendre, sur la façon d'identifier les symptômes de la maladie et les premières étapes à suivre en cas d'infection soupçonnée. Un partenariat avec l'industrie du voyage pourrait faciliter ce processus, l'information étant alors communiquée au moment de la réservation. Il faudrait faire connaître davantage le site Web actuel de Santé Canada contenant des renseignements à l'intention des voyageurs.

11.8 Tous les plans d'intervention fédéraux-provinciaux-territoriaux devraient comprendre des protocoles spécifiques pour les ports et les paquebots de croisière et les aéroports et les aéronefs concernant les maladies infectieuses ainsi que des protocoles sur les mesures de protection des employés et la décontamination des aéronefs, bateaux ou installations. Les problèmes de compétence relatifs aux voyages et à la santé doivent être réglés dans le cadre de ce plan. Le plan doit être élaboré avec la contribution et l'appui des représentants locaux de la santé publique, des organismes d'intervention, des ports, des aéroports et des compagnies concernées des secteurs du transport maritime et aérien.

Références

1. Institute of Medicine, *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States*, 1^{er} janvier 1992. Consulté le 4 août 2003 à l'adresse <http://www.iom.edu/report.asp?id=4572>.
2. Organisation mondiale de la santé, *Weekly Epidemiologic Record*, 2003, 78 (14): 102-105.

Appendice 11.1

Chronologie du dépistage du SRAS en voyage

Chronologie – Dépistage du SRAS (2003)

24 février	Le SRAS arrive au Canada par l'intermédiaire d'un voyageur revenant de Hong Kong
12 mars	L'OMS lance une alerte mondiale au sujet d'une épidémie d'un « mystérieux virus Pox » en Chine
13 mars	Santé Canada reçoit recommandations de plusieurs cas de pneumonie atypique en Ontario
18 mars	Déploiement d'agents de quarantaine. SC commence la distribution d'« avis d'alerte médicale » aux passagers arrivant au Canada en provenance d'Asie aux aéroports Pearson et de Vancouver
21 mars	Fiches jaunes de renseignements sur la santé distribuées dans les grands aéroports du Canada
24 mars	SC déploie du personnel à Dorval pour intensifier le dépistage auprès des passagers arrivant
27 mars	L'OMS recommande aux régions touchées par le SRAS avec transmission connue d'instituer des mesures pour détecter les passagers internationaux présentant des symptômes. Elle émet également des recommandations à l'intention des lignes aériennes concernant les cas soupçonnés en vol
3 avril	La distribution de fiches cerise aux passagers des vols internationaux en partance de Pearson est instaurée – elle s'étend à l'Aéroport des îles de Toronto et aux gares ferroviaires le 7 avril
9 avril	La distribution pendant les vols des fiches jaunes et des formulaires de recensement des contacts commence le 9 sur les vols en provenance d'Asie
23 avril	La recommandation aux voyageurs de l'OMS à l'endroit de Toronto est émise, puis levée le 30 avril...
7 mai	L'analyseur thermique prêté par Singapour entre en opération à l'aéroport Pearson
14 mai	Toronto retirée de la liste de l'OMS des régions à transmission locale. Retour sur la liste le 26 mai et nouveau retrait le 2 juillet
16 mai	La distribution des fiches jaunes d'alerte médicale révisées (avec questions) débute à Toronto et Vancouver pour les voyageurs internationaux de toutes les lignes aériennes asiatiques amenant des passagers au Canada et des vols d'Air Canada provenant d'Asie
16 mai	La distribution des fiches cerise révisées (avec questions) pour les vols en partance commence à Toronto pour cinq lignes aériennes. Six analyseurs thermiques installés à l'aéroport de Vancouver pour le dépistage de tous les voyageurs internationaux arrivant (tombant à cinq par la suite en raison d'équipement défectueux)
23 mai	Six analyseurs thermiques installés à l'aéroport Pearson de Toronto à l'intention de tous les voyageurs internationaux partant et arrivant
2 juin	Début de la distribution des fiches cerise pour tous les vols des lignes aériennes en partance de Toronto
6 juin	Dépistage par fiche jaune instauré pour tous les vols internationaux arrivant à Toronto et Vancouver et les 18 postes frontaliers terrestres à la frontière américaine
10 juin	Le protocole de SC pour les bateaux de croisière affiché en ligne
12 juin	Les modifications à la <i>Loi sur la quarantaine</i> et à la réglementation en découlant entrent en vigueur
14 juin	Dépistage par fiche jaune instauré pour tous les vols internationaux arrivant à Toronto, Vancouver, Calgary, Montréal et Ottawa

Appendice 11.2

Mesures de dépistage du SRAS – Rapport quotidien *Le 27 août 2003 (fin de journée)*

Mesure	Lieu	Rapport quotidien			Rapport cumulatif			Commentaires
		Examinés	Évaluation ultérieure	Résultats	Examinés	Évaluation ultérieure	Résultats	
Fiches cerise – départs	Toronto	10 074	7	tous dédouanés	992 720	792	tous dédouanés	Tous les vols internationaux en partance de tous les aéroports ont maintenant recours au processus « fiches cerise ». Constatations de la vérification du 8 au 12 août portant sur 1 302 passagers : 93 % des gens interrogés (1 210) à Pearson ont répondu qu'elles avaient reçu une fiche cerise. 80 % ont répondu qu'on leur avait posé des question sur la santé à l'enregistrement. Suivi auprès des lignes aériennes ne se conformant pas entièrement.
Fiches jaunes - arrivées	Toronto	15 217	33	tous dédouanés	1 091 709	3 158	tous dédouanés	Tous les vols internationaux arrivant quotidiennement à Toronto (70+ lignes aériennes), Vancouver (100+), Ottawa (13+), Calgary (20+), Dorval et Mirabel (23+) ont recours au dépistage par fiches jaunes. Les données de Vancouver ne font jusqu'à maintenant rapport que des arrivées des lignes aériennes asiatiques. Nous compilons les enregistrements antérieurs pour mettre à jour ces données pour toutes les lignes aériennes.
	Vancouver	4 118	24	tous dédouanés	1 137 526	2 111	tous dédouanés	
	Vancouver	2 774	16	tous dédouanés	282 425	888	tous dédouanés	
	Vancouver	6 602	15	tous dédouanés	629 599	1 103	tous dédouanés	
	Ottawa	1 188	2	tous dédouanés	61 768	236	tous dédouanés	
	<i>Sous-total, fiches jaunes</i>	<i>29 899</i>	<i>90</i>	tous dédouanés	<i>3 203 027</i>	<i>7 476</i>	tous dédouanés	
TOTAL, TTES FICHES		39 973	97	tous dédouanés	4 195 847	8 268	tous dédouanés	
Analyseurs (projet pilote)	Toronto	25 291	4	tous dédouanés	2 051 141	791	tous dédouanés	2 firmes exploitantes : FLIR (3) et Thermal Imaging Inc. (3), tous statiques : • Terminal 1 (2 appareils – arrivées et départs) • Terminal 2 (2 appareils – arrivées et départs) • Terminal 3 (2 appareils – arrivées et départs) • Hrs d'exploitation selon les horaires de lignes aériennes. Quarts couvrant la période de 8h30 à 21h00.
	Vancouver	4 714	1	tous dédouanés	310 745	41	tous dédouanés	2 firmes exploitantes : Mikron (3) et FLIR (3) : • 1 appareil FLIR est manuel. • Hrs d'exploitation selon les horaires de lignes aériennes. Quarts couvrant la période de 7h00 à 23h00.
TOTAL, TOUS ANALYSEURS		30 005	5	tous dédouanés	2 361 886	832	tous dédouanés	Les contrats de location des analyseurs ont été prolongés jusqu'au 16 septembre.
Vidéo	Toutes les lignes aériennes (à l'exception de Air Canada et de Philippine Airlines) montrent la vidéo.	7 à 9 lignes aériennes de régions touchées par le SRAS ayant des vols vers Toronto et Vancouver ont des copies de la vidéo						Des bandes vidéo ont été envoyées à Air Canada le 31 juillet et à Philippine Airlines le 7 juillet. Nous avons reçu confirmation qu'Air Canada commencera à montrer la vidéo le 9 août. Philippine Airlines a reçu ses copies du bureau du consul canadien à la fin juillet. Ils s'attendent à les montrer d'ici la mi-août.
Frontières terrestres	Environ 200 000 véhicules par mois reçoivent des fiches jaunes dans 18 postes.							
TOTAL, TTES MESURES DE DÉPISTAGE =	5 753 185							
5 753 185	Représente le nombre total d'opérations de dépistage auprès des passagers : certaines personnes auront été examinées deux fois (au moyen des fiches cerise/jaunes, puis des analyseurs thermiques).							