



Santé  
Canada

Health  
Canada

# Leçons de la Crise du SRAS



**Renouvellement  
de la santé  
publique au  
Canada**

Canada

---



---

L e ç o n s  
de la C r i s e du  
S R A S



**Renouvellement  
de la santé  
publique au  
Canada**

*Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique  
Octobre 2003*

.....

**Les membres\* du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique étaient les suivants :**

- Dr David Naylor, Doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto (président)
- Dr Sheela Basrur, médecin hygiéniste, ville de Toronto
- Dr Michel G. Bergeron, président de la Division de microbiologie et du Centre de recherche sur les maladies infectieuses de l'Université Laval, Québec
- Dr Robert C. Brunham, directeur médical du British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver
- Dr David Butler-Jones, médecin hygiéniste, Office régional de la santé No 1, Regina
- Gerald Dafoe, directeur général de l'Association canadienne de santé publique, Ottawa
- Dr Mary Ferguson-Paré, vice-président, Affaires professionnelles et infirmière en chef du University Health Network, Toronto
- Frank Lussing, ancien président et directeur général du York Central Hospital, Richmond Hill
- Dr Allison McGeer, directrice du contrôle des infections, Mount Sinai Hospital, Toronto
- Kaaren R. Neufeld, directrice exécutive et infirmière en chef, Hôpital St. Boniface, Winnipeg
- Dr Frank Plummer, directeur scientifique du Laboratoire national de microbiologie de Santé Canada, Winnipeg (ex officio)

---

\* Le Comité a bénéficié de l'aide de deux membres correspondants des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et de l'Organisation mondiale de la santé.

Elle est également offerte sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications  
Santé Canada  
Ottawa, Ontario K1A 0K9  
Tél. : (613) 954-5995  
Télec. : (613) 941-5366

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2003

N° de cat. H21-220/2003F

ISBN : 0-662-89812-5

Numéro de publication : 1211 Leçons de la crise du SRAS :  
Renouvellement de la santé publique au Canada

## PRÉFACE

---

En réponse à l'écllosion du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'honorable A. Anne McLellan, ministre de la Santé, a créé le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique au début du mois de mai 2003, en lui confiant le mandat « d'évaluer – à titre d'organe tiers indépendant – les efforts actuels et les leçons de santé publique tirées de la flambée du SRAS, et d'étudier des approches à long terme sur la façon de mieux préparer le Canada à lutter contre d'éventuelles maladies infectieuses ».

La ministre a demandé au Comité de faire fond sur les interventions actuelles en santé publique, de favoriser et d'encourager la collaboration entre les autorités, les professionnels et les institutions. On nous a exhortés à œuvrer pour la coordination et l'intégration des activités sur tous les fronts de la lutte contre le SRAS (épidémiologiques, gestion, communications et coordination internationale). Comme nous nous y attendions, la poussée du SRAS dans la région du Grand Toronto a pu être enrayerée au cours de notre mandat. Nous avons donc placé l'approche intégrée de notre analyse dans un contexte élargi en y ajoutant des recommandations sur de nouvelles maladies infectieuses et sur la santé publique en général.

Le présent rapport reprend essentiellement deux des principaux éléments de notre mandat : évaluation à court terme des leçons tirées des interventions des autorités de santé publique pour enrayer le SRAS et conseils sur les divers aspects devant faire l'objet de mesures à long terme pour le contrôle et la prévention des maladies infectieuses.

Nous avons constaté rapidement que la capacité du Canada à lutter contre une crise comme celle du SRAS repose davantage sur certains atouts de notre système de santé publique que sur la capacité générale de notre régime des services personnels de santé, qui est financé par les deniers publics. Nous entendons par santé publique les systèmes axés sur la population, y compris les fonctions telles l'évaluation et la surveillance de la santé et des maladies, la prévention des maladies et des blessures (dont la maîtrise des épidémies) et la protection et la promotion de la santé. Dans notre analyse et nos recommandations, nous avons par conséquent opté pour l'élaboration d'un plan de renouveau global du système de santé publique en général et de la capacité de notre pays à détecter, prévenir, comprendre et gérer les foyers des grandes maladies infectieuses en particulier.

On trouvera ci-après une description de la méthodologie suivie par le Comité pour la collecte et l'analyse des données.

Nous avons passé en revue une grande diversité de documents sources, de résultats de recherches et de rapports du Canada et d'autres pays sur le SRAS, la maîtrise des maladies infectieuses et de manière plus générale l'infrastructure de santé publique. Le président et un membre du personnel ont interviewé en personne ou au téléphone un grand nombre d'intervenants sur l'évolution de la situation à Toronto. Le Comité a également pu compter dans ses délibérations sur le concours précieux d'un conseiller en politique et en recherche à temps plein et de deux adjoints à la recherche et à la rédaction à temps partiel.

.....

Nous avons demandé deux rapports fondamentaux à des experts-conseils indépendants. Le premier, du professeur Sujit Choudhry de la faculté de droit de l'Université de Toronto, portait sur la question délicate des autorités et des compétences. Le professeur nous a autorisés à reproduire des extraits de son rapport dans ce document, mais il y a lieu de préciser qu'il ne sera pas toujours d'accord sur les conclusions que nous en avons tirées. Le second, rédigé par la firme HayGroup de Toronto, comprend les résultats d'entrevues et d'un sondage ainsi qu'un profil analytique des services hospitaliers, décrit le degré de préparation du système de santé de la région du Grand Toronto à la lutte contre le SRAS et fait état des lacunes relevées par les intervenants ainsi que des mesures adoptées ou à envisager pour mieux s'équiper face à une crise de cette envergure à l'avenir. Nous avons travaillé de concert avec la firme HayGroup pour intégrer ses constatations directement dans notre rapport. Le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada a organisé pour sa part des tables rondes avec la participation de professionnels de la santé mobilisés en première ligne dont les résultats ont également été incorporés au rapport.

Les discussions entre les membres ont nécessité une trentaine d'heures de rencontres en personne, ainsi que de nombreuses communications électroniques et téléphoniques. Nous vivons, travaillons et nous acquittons de nos devoirs de contribuables dans des provinces différentes. Les membres de notre comité incarnent une multitude de disciplines et de points de vue, et plusieurs d'entre nous avons participé à la lutte contre le SRAS sur le terrain, dans nos domaines de compétence respectifs.

Comme nous l'avons signalé dans la section Remerciements, nos travaux sont inspirés non seulement de notre propre expérience et de celle de nos collègues, mais encore de celle de nombreux intervenants d'organisations non gouvernementales et du secteur bénévole qui nous ont fait parvenir des mémoires et des lettres, ont consenti à nos demandes d'entrevues et nous ont énormément aidés dans nos délibérations et recommandations en y apportant des renseignements précieux. Dans ce contexte, nous avons pris connaissance d'une trentaine de documents, dont la liste figure en annexe au présent rapport.

Nous avons enfin demandé au personnel de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada de nous préparer toutes les fiches documentaires et autres documents disponibles. La Direction générale nous a permis de consulter à notre guise les principaux professionnels qui y travaillent en leur donnant même pour consigne de nous fournir leur avis et leurs conseils d'experts directement, sans passer par la hiérarchie d'usage. Certains cadres supérieurs ont rédigé des articles pour le rapport proprement dit. À la demande du Comité, ces écrits ont été révisés par le personnel et nos membres les ont remaniés de nouveau par la suite.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Préface</b> .....	<b>iii</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>1</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>13</b>
<b>Chapitre 1 – Introduction</b> .....	<b>15</b>
Maladies infectieuses émergentes et réémergentes.....	15
La mondialisation et les maladies transmissibles.....	16
L'Organisation mondiale de la santé (OMS).....	17
Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis.....	17
Un « CDC Nord »?.....	18
Protection civile.....	18
L'état du système de santé au Canada.....	19
Structures et liens entre les paliers fédéral, provinciaux et territoriaux.....	19
L'expérience du SRAS au Canada.....	20
Les leçons du SRAS.....	20
Références.....	21
<b>Chapitre 2 – Le SRAS au Canada : anatomie d'une éclosion</b> .....	<b>23</b>
2A. Une nouvelle maladie à Guangdong (27 novembre 2002 – 22 février 2003).....	23
2B. De Kowloon à Scarborough (23 février 2003 – 12 mars 2003).....	25
2C. SRAS I : L'épidémie commence (13 mars 2003 – 25 mars 2003).....	26
2D. L'urgence (26 mars 2003 – 7 avril 2003).....	28
2D.1 Technologie de l'information et partage des données.....	28
2D.2 Comité consultatif scientifique.....	30
2D.3 Leadership.....	31
2D.4 Rôle de Santé Canada.....	31
2D.5 Communications publiques et relations avec les médias.....	32
2D.6 Recherche.....	33
2D.7 Laboratoires.....	34
2D.8 Défis cliniques.....	35
2E. La recherche de l'endiguement (du 8 au 23 avril 2003).....	35
2E.1 Le combat de la santé publique.....	35
2E.2 Soins primaires.....	36
2E.3 Transmission du SRAS à des travailleurs de la santé protégés.....	37
2E.4 Les recommandations pour les voyages de l'OMS.....	38
2F. Entre les vagues (du 24 avril 2003 – au 22 mai 2003).....	39
2F.1 Prévention des infections en milieu hospitalier.....	39
2F.2 Le North York General Hospital.....	40
2G. SRAS II (du 23 mai 2003 au 30 juin 2003).....	41
2H. Le SRAS et les travailleurs de la santé.....	42
2I. Épilogue.....	44
<b>Chapitre 3 – Rôle et organisation de la santé publique</b> .....	<b>45</b>
3A. Qu'est-ce que la santé publique?.....	45
3A.1 Origines de la santé publique.....	45
3A.2 Définition de la pratique moderne en santé publique.....	48

3B.	Gouvernance et organisation de la santé publique au Canada . . . . .	50
3B.1	Certains problèmes constitutionnels et législatifs . . . . .	50
3B.2	Organisation des services de santé publique . . . . .	51
3B.3	Défi de la santé publique dans les régions rurales et éloignées . . . . .	53
3C.	La santé publique à l'arrière-plan . . . . .	54
3D.	Financement de la santé publique au Canada . . . . .	57
3D.1	Dépenses nationales en santé publique . . . . .	58
3D.2	Tendances des dépenses en Ontario . . . . .	58
3D.3	Un investissement modeste . . . . .	60
3E.	Comparaisons internationales . . . . .	61
3E.1	États-Unis d'Amérique . . . . .	61
3E.2	Royaume-Uni . . . . .	65
3E.3	Australie . . . . .	66
3F.	Réflexions et conclusions . . . . .	67
	Références . . . . .	71
	Annexe 3.1 – Organigramme du département de la Santé et des Services humanitaires des É.-U. . . . .	72
	<b>Chapitre 4 – Soutenir l'infrastructure de santé publique : une ordonnance pour le renouvellement . . . . .</b>	<b>73</b>
4A.	Éléments essentiels de l'infrastructure de santé publique . . . . .	73
4B.	Un nouvel accent national sur la santé publique . . . . .	74
4B.1	Considérations générales . . . . .	74
4B.2	Que signifie « national »? . . . . .	75
4B.3	La structure de la nouvelle agence fédérale de santé publique . . . . .	76
4C.	Un médecin hygiéniste en chef pour le Canada . . . . .	78
4D.	Portée du mandat de l'agence canadienne de santé publique . . . . .	79
4E.	Une agence fédérale dotée d'une orientation pancanadienne . . . . .	81
4E.1	Une agence, plusieurs emplacements . . . . .	81
4E.2	Une Commission consultative nationale en santé publique . . . . .	82
4E.3	Une stratégie nationale en santé publique . . . . .	83
4F.	Financement visant à renforcer la capacité canadienne en matière de santé publique . . . . .	84
4F.1	Observations d'ordre général . . . . .	84
4F.2	Financement des fonctions de base de l'agence . . . . .	84
4G.	Un nouveau partenariat en santé publique pour les provinces et les territoires . . . . .	86
4G.1	Niveau de financement . . . . .	86
4G.2	Financement programmé : quelques observations constitutionnelles et juridiques . . . . .	87
4G.3	Conventions de financement . . . . .	87
4G.4	Programme actuel de subventions et de contributions . . . . .	89
4G.5	Revitalisation de la Stratégie nationale d'immunisation . . . . .	90
4H.	Recommandations . . . . .	91
	Appendice 4.1 – Direction générale de la santé publique et de la santé de la population : Organigramme actuel . . . . .	92
	<b>Chapitre 5 – Renforcement de la capacité et de la coordination : Surveillance nationale des maladies infectieuses, gestion des épidémies et intervention d'urgence . . . . .</b>	<b>93</b>
5A.	Surveillance et gestion des épidémies : Fonctions essentielles à la santé publique . . . . .	93
5A.1	Surveillance . . . . .	93
5A.2	Gestion des épidémies et enquêtes . . . . .	95
5B.	La perspective du vérificateur général . . . . .	99
5C.	La Gestion des urgences en santé publique . . . . .	100
5C.1	La Santé publique en tant que lutte contre les incendies . . . . .	100
5C.2	Le cadre national des urgences . . . . .	101
5C.3	Centres de coordination des urgences sanitaires . . . . .	102
5C.4	L'après 11 septembre . . . . .	103
5C.5	Créer une capacité d'appoint . . . . .	104
5C.6	Communication avec le public : le chaînon manquant . . . . .	105
5D.	Capacité nationale et réseau de surveillance des maladies et de gestion des épidémies . . . . .	106
5E.	Recommandations . . . . .	109
	Annexe 5.1 – Établissement du coût d'un système de surveillance . . . . .	111
	Annexe 5.2 – Définition des cas de SRAS de Santé Canada et de l'Ontario . . . . .	112
	Annexe 5.3 – Quelques étapes pour une gestion intégrée des épidémies au Canada . . . . .	114
	<b>Chapitre 6 – Renforcer le rôle des laboratoires dans la santé publique et dans les urgences de santé publique . . . . .</b>	<b>115</b>
6A.	Activités principales des laboratoires . . . . .	115
6A.1	Diagnostic des infections . . . . .	115
6A.2	Caractérisation des micro-organismes . . . . .	116

6A.3	Microbiologie de référence	116
6A.4	Soutien du contrôle épidémiologique	116
6A.5	Contrôle en laboratoire	117
6A.6	Contrôle environnemental	117
6A.7	Contrôle des maladies chroniques	118
6A.8	Préparatifs et interventions d'urgence	118
6A.9	Recherche appliquée	118
6A.10	Recherche fondamentale	118
6B.	Le système de laboratoires de santé publique au Canada	119
6B.1	Laboratoires de première ligne (privés, locaux et hospitaliers)	119
6B.2	Laboratoires provinciaux	120
6B.3	Laboratoires nationaux et réseaux de laboratoires nationaux	121
6B.4	Réseaux de laboratoires internationaux	122
6C.	Analyse de la réaction des laboratoires au SRAS	122
6D.	Le système de laboratoires de santé publique idéal pour le Canada	124
6E.	Recommandations	125
	Annexe 6.1 – Réseau canadien de laboratoires de santé publique (RCLSP) – Ébauche de mandat	126
<b>Chapitre 7 – Ressources humaines en santé publique</b>		<b>131</b>
7A.	Les effets du SRAS sur l'éducation professionnelle	132
7B.	Disponibilité actuelle des professionnels en santé publique	133
7B.1	Médecins du domaine communautaire	133
7B.2	Infirmières hygiénistes	134
7B.3	Personnel des laboratoires	135
7B.4	Professionnels en prévention des infections et épidémiologistes de l'hôpital	136
7B.5	Infectiologues	137
7B.6	Épidémiologistes	137
7B.7	Autres travailleurs du secteur de la santé publique	137
7B.8	Évaluation globale	137
7C.	Nature de l'éducation et de la formation	138
7C.1	Médecins	138
7C.2	Sciences infirmières	139
7C.3	Épidémiologistes	140
7D.	Une stratégie concernant les ressources humaines en santé publique	140
7E.	Recommandations	143
	Sources et références	144
<b>Chapitre 8 – Questions touchant les systèmes cliniques et de santé publique soulevées par l'épidémie de SRAS à Toronto</b>		<b>145</b>
8A.	Portée et méthode	146
8B.	État de préparation du système de santé	147
8B.1	Contexte	147
8B.2	Rôles et responsabilités	147
8B.3	Structure et planification des urgences	150
8B.4	Hôpitaux	152
8B.5	Structures et processus de communication	154
8B.6	Surveillance	157
8B.7	Ressources humaines en santé	158
8B.8	Répercussions psychosociales du SRAS	159
8C.	Répercussions sur les services et évaluation de l'arriéré de travail	160
8C.1	Répercussions sur le nombre de visites et les admissions aux services des urgences	160
8C.2	Nombre des opérations chirurgicales	162
8C.3	Jours d'hospitalisation et taux d'occupation	163
8C.4	Arriéré de chirurgies non urgentes	165
8D.	Recommandations	166
<b>Chapitre 9 – Questions d'ordre éthique et juridique soulevées par le SRAS et les maladies infectieuses au Canada</b>		<b>169</b>
9A.	Questions générales touchant la législation et la gouvernance	169
9A.1	Législation et réglementation en tant qu'éléments de l'infrastructure nationale de santé publique	169
9A.2	La gouvernance	170
9B.	Questions de compétence	172
9B.1	Contexte	172
9B.2	Santé publique et pouvoir en matière de droit pénal	173
9B.3	Santé publique et pouvoir en matière de POBG	174
9B.4	L'impératif international	174
9B.5	Autres bases de la législation fédérale	175

9B.6	L'analogie américaine	175
9B.7	Législation fédérale par défaut	176
9C.	Législation fédérale existante et proposée	176
9C.1	Le projet de Loi canadienne sur la protection de la santé	176
9C.2	Législation fédérale sur la protection des renseignements personnels et la santé publique	177
9C.3	Sommaire	180
9D.	Législation provinciale sur les épidémies de maladies infectieuses	180
9D.1	Contexte	180
9D.2	Le Model State Emergency Health Powers Act	180
9D.3	Évaluation initiale des lois provinciales à la lumière du Model Act	181
9E.	Crises sanitaires fédérales	182
9F.	Questions d'ordre éthique soulevées par le SRAS	184
9G.	Recommandations	186
	Références	187
<b>Chapitre 10 – La recherche sur les maladies infectieuses émergentes au Canada – Les leçons du SRAS</b>		<b>189</b>
10A.	La recherche sur les maladies infectieuses émergentes : premier aperçu de la performance du Canada face au SRAS	190
10B.	Enquêtes et recherche sur les épidémies	192
10C.	Réflexions sur la recherche en réaction aux épidémies	194
10C.1	Maintien du statu quo	194
10C.2	Mobilisation des ressources scientifiques	194
10C.3	Direction, organisation et orientation de la recherche	196
10C.4	Financement	199
10C.5	Communications	199
10D.	La capacité d'une recherche pertinente sur la santé publique et les maladies infectieuses au Canada	200
10E.	Recommandations	201
<b>Chapitre 11 – Virus sans frontières : les aspects internationaux du SRAS</b>		<b>203</b>
11A.	Contexte international	203
11A.1	Le rôle de Santé Canada	203
11A.2	L'Organisation mondiale de la santé	205
11B.	La réaction internationale au SRAS	205
11B.1	La réponse de l'OMS au SRAS	205
11B.2	L'expérience internationale	206
11C.	Les communications et la liaison avec l'étranger	207
11D.	Les recommandations aux voyageurs	208
11D.1	Les recommandations aux voyageurs de l'OMS	208
11D.2	Les avis aux voyageurs de Santé Canada	209
11E.	Le SRAS et les problèmes touchant les voyages	211
11E.1	Loi sur la quarantaine	211
11E.2	Agents de quarantaine	211
11E.3	Mesures de dépistage et distribution d'information en matière de santé	211
11E.4	Protocoles pour les lignes aériennes et les paquebots de croisière	213
11F.	Recommandations	213
	Références	214
	Appendice 11.1 – Chronologie du dépistage du SRAS en voyage	215
	Appendice 11.2 – Mesures de dépistage du SRAS – Rapport quotidien	216
<b>Chapitre 12 – Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada</b>		<b>217</b>
12A.	Préparation à la saison des virus respiratoires	219
12B.	Recommandations pour le renouvellement de la santé publique	220
12B.1	Nouvelles structures de santé publique	220
12B.2	Nouveau financement pour la santé publique	221
12B.3	Stratégie nationale de santé publique	221
12B.4	Planification des urgences, gestion des épidémies et communications en cas de crise	221
12B.5	Surveillance, collecte de données et diffusion	222
12B.6	Clarification du contexte de législation et de réglementation	222
12B.7	Renouvellement de l'infrastructure des laboratoires	223
12B.8	Renforcement des capacités	223
12B.9	Renouvellement des ressources humaines en santé publique	224
12B.10	Enjeux internationaux	225
12B.11	Questions touchant les systèmes cliniques et de santé publique	225
12C.	Postface	227
<b>Annexe 1 – Entrevues et mémoires</b>		<b>229</b>