

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

12 mars 2004

**PROPOSITION DE RÉSOLUTION**

relative à la prévention et au traitement  
des épidémies humaines dans notre pays  
(SRAS, grippe,...)

**RAPPORT**

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT  
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ  
PAR  
MME **Marie-Claire LAMBERT**

**SOMMAIRE**

|                                                                |   |
|----------------------------------------------------------------|---|
| I. Exposé introductif de la proposition de<br>résolution ..... | 3 |
| II. Discussion .....                                           | 4 |
| III. Annexe : visite de travail à Toronto et à Ottawa .....    | 8 |

Documents précédents :

Doc 51 **0817/ (2003/2004)** :

001 : Proposition de résolution de MM. Mayeur et Goutry et Mmes Tilmans,  
Avontroodt, Jiroflée et Doyen-Fonck.

002 : Amendement.

**Voir aussi :**

004 : Texte adopté par la commission.

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

12 maart 2004

**VOORSTEL VAN RESOLUTIE**

betreffende de preventie en behandeling  
van menselijke epidemieën in ons land  
zoals SARS, griep en dergelijke

**VERSLAG**

NAMENS DE COMMISSIE  
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU  
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING  
UITGEBRACHT DOOR  
MEVROUW **Marie-Claire LAMBERT**

**INHOUD**

|                                                                     |   |
|---------------------------------------------------------------------|---|
| I. Inleidende uiteenzetting van het voorstel van<br>resolutie ..... | 3 |
| II. Bespreking .....                                                | 4 |
| III. Bijlage : werkbezoek aan Toronto en Ottawa .....               | 8 |

Voorgaande documenten :

Doc 51 **0817/ (2003/2004)** :

001 : Voorstel van resolutie van de heren Mayeur en Goutry en de dames  
Tilmans, Avontroodt, Jiroflée en Doyen-Fonck.

002 : Amendement.

**Zie ook :**

004 : Tekst aangenomen door de commissie.

**Composition de la commission à la date du dépôt du rapport /  
Samenstelling van de commissie op datum van indiening van het verslag:**  
Président/Voorzitter : Yvan Mayeur

**A. — Vaste leden / Membres titulaires :**

VLD Yolande Avontroodt, Miguel Chevalier, Hilde Dierickx  
PS Colette Burgeon, Marie-Claire Lambert, Yvan Mayeur  
MR Daniel Bacquellaine, Françoise Colinia, Dominique Tilmans  
sp.a-spirit Maya Detiège, Karin Jiroflée, Anissa Tamsamani  
CD&V Luc Goutry, Mark Verhaegen  
Vlaams Blok Koen Bultinck, Frieda Van Themsche  
cdH Catherine Doyen-Fonck

**B. — Plaatsvervangers / Membres suppléants :**

Filip Anthuenis, Maggie De Block, Sabien Lahaye-Battheu, Annemie Turtelboom  
Jean-Marc Delizée, Sophie Pécriaux, Charles Picqué, Bruno Van Grootenbrulle  
Pierrette Cahay-André, Robert Denis, Denis Ducarme, Josée Lejeune  
Magda De Meyer, Dalila Douifi, Guy Swennen, Annelies Storms  
Carl Devlies, Greta D'hondt, Jo Vandeurzen  
Alexandra Colen, Guy D'haeseleer, Staf Neel  
Joseph Arens, Jean-Jacques Viseur

**C. — Membre sans voix délibérative/ Niet-stemgerechtigd lid :**

ECOLO Muriel Gerken

|               |                                                                                                                              |  |  |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| cdH           | : Centre démocrate Humaniste                                                                                                 |  |  |
| CD&V          | : Christen-Democratisch en Vlaams                                                                                            |  |  |
| ECOLO         | : Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales                                                            |  |  |
| FN            | : Front National                                                                                                             |  |  |
| MR            | : Mouvement Réformateur                                                                                                      |  |  |
| N-VA          | : Nieuw - Vlaamse Alliantie                                                                                                  |  |  |
| PS            | : Parti socialiste                                                                                                           |  |  |
| sp.a - spirit | : Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht. |  |  |
| VLAAMS BLOK   | : Vlaams Blok                                                                                                                |  |  |
| VLD           | : Vlaamse Liberalen en Democraten                                                                                            |  |  |

|                                                             |                                                                                                                                                                                                          |                                                          |                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Abréviations dans la numérotation des publications :</b> |                                                                                                                                                                                                          | <b>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</b> |                                                                                                                                                                                      |
| DOC 51 0000/000 :                                           | Document parlementaire de la 51 <sup>e</sup> législature, suivi du n° de base et du n° consécutif                                                                                                        | DOC 51 0000/000 :                                        | Parlementair document van de 51 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer                                                                                             |
| QRVA :                                                      | Questions et Réponses écrites                                                                                                                                                                            | QRVA :                                                   | Schriftelijke Vragen en Antwoorden                                                                                                                                                   |
| CRIV :                                                      | Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)                                                                                                                                           | CRIV :                                                   | Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)                                                                                                                            |
| CRABV :                                                     | Compte Rendu Analytique (couverture bleue)                                                                                                                                                               | CRABV :                                                  | Beknopt Verslag (blauwe kaft)                                                                                                                                                        |
| CRIV :                                                      | Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon) | CRIV :                                                   | Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft) |
| PLEN :                                                      | Séance plénière                                                                                                                                                                                          | PLEN :                                                   | Plenum                                                                                                                                                                               |
| COM :                                                       | Réunion de commission                                                                                                                                                                                    | COM :                                                    | Commissievergadering                                                                                                                                                                 |

|                                                                          |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</b> | <b>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</b> |
| Commandes :                                                              | Bestellingen :                                                                     |
| Place de la Nation 2                                                     | Natieplein 2                                                                       |
| 1008 Bruxelles                                                           | 1008 Brussel                                                                       |
| Tél. : 02/ 549 81 60                                                     | Tel. : 02/ 549 81 60                                                               |
| Fax : 02/549 82 74                                                       | Fax : 02/549 82 74                                                                 |
| www.laChambre.be                                                         | www.deKamer.be                                                                     |
| e-mail : publications@laChambre.be                                       | e-mail : publicaties@deKamer.be                                                    |

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné la présente proposition de résolution au cours de sa réunion du 3 mars 2004.

## I.— EXPOSÉ INTRODUCTIF DE LA RÉOLUTION

*M. Yvan Mayeur (PS)*, co-auteur de la proposition de résolution, précise que le texte en discussion fait suite à la mission effectuée par une délégation mixte - parlementaire et ministérielle - à Toronto et dont l'objectif était d'examiner la manière dont le Canada avait géré à l'épidémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère).

La proposition de résolution, qui tient également compte du plan relatif à l'organisation et la prise en charge de maladies contagieuses, présenté par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a pour objet de formuler, en la matière, certaines recommandations au gouvernement.

Tout d'abord, il est demandé au gouvernement de mettre sur pied une Agence de surveillance des maladies infectieuses, d'élaborer, en collaboration avec les communautés, un monitoring des maladies transmissibles et aussi de mettre en place un dispositif d'urgence sanitaire et un système de communication des informations entre les autorités sanitaires et l'ensemble des acteurs concernés. Par ailleurs, la résolution invite le gouvernement à identifier un Centre hospitalier et un laboratoire de référence ainsi qu'à élaborer des protocoles contenant des consignes claires à l'attention des hôpitaux et des prestataires de soins. Parallèlement à ces mesures, le gouvernement devra également veiller à ce que des stocks suffisants de médicaments, vaccins et matériels médicaux soient constitués.

En cas de crise, les autorités devront renforcer les équipes des unités de soins et d'urgence et prendre des mesures assurant la mobilité du personnel. Les moyens nécessaires à la lutte contre les infections nosocomiales et au renforcement de la qualité de l'hygiène hospitalière devront également être alloués aux hôpitaux.

Enfin, les adaptations idoines de la loi relatives aux droits du patient et de la loi relative à la protection de la vie privée devront être réalisées.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit voorstel van resolutie besproken tijdens haar vergadering van 3 maart 2004.

## I. — INLEIDENDE UITEENZETTING VAN HET VOORSTEL VAN RESOLUTIE

*Mede-indiener Yvan Mayeur (PS)* preciseert dat de ter bespreking voorliggende tekst voortvloeit uit een bezoek van een gemengde delegatie (parlementsleden en ministers) aan Toronto, om na te gaan hoe Canada de sars-epidemie heeft aangepakt (SARS = «*Severe Acute Respiratory Syndrome*»).

Het voorstel van resolutie houdt eveneens rekening met het door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid uitgebrachte plan om de aanpak van besmettelijke ziekten in goede banen te leiden. Met name is het de bedoeling de regering terzake een aantal aanbevelingen te doen.

Allereerst wordt aan de regering gevraagd een Controleagentschap voor besmettelijke ziekten in te stellen, in samenwerking met de gemeenschappen te voorzien in monitoring van de besmettelijke ziekten, een urgentieteam op te richten en een systeem uit te bouwen voor de communicatie en de uitwisseling van informatie tussen de volksgezondheidsinstanties en de betrokkenen actoren. Voorts vraagt de Kamer in haar resolutie dat de regering een referentieziekenhuis en een referentielaboratorium aanwijst, alsook dat zij protocollen uitwerkt met daarin duidelijke richtlijnen voor de ziekenhuizen en de zorgverleners. Gelijklopend met die maatregelen zou de regering er ook op moeten toezien dat voldoende voorraden worden aangelegd van geneesmiddelen, vaccins en medisch materiaal.

In geval van crisis zouden de autoriteiten de verzorgings- en urgentieteams moeten versterken, alsook maatregelen moeten nemen om het personeel mobiel te kunnen inzetten. Tevens moeten de ziekenhuizen de nodige middelen krijgen ter bestrijding van ziekenhuisinfecties en ter bevordering van de ziekenhuishygiëne.

Tot slot vergen de hier gevraagde initiatieven enkele aanpassingen van de wet betreffende de rechten van de patiënt en de wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

## II.— DISCUSSION

Mme Dominique Tilmans (MR) souligne que les rencontres organisées au Canada ont été riches d'enseignements pour les membres de la délégation.

Afin de garantir l'efficacité d'un système de gestion des épidémies, il est crucial de prévoir une parfaite hiérarchisation des rôles. En effet, les problèmes rencontrés au Canada ont principalement résulté d'une multiplicité d'instances dont les fonctions n'étaient pas clairement définies. Par ailleurs, l'intervenante met en exergue le rôle déterminant de la communication d'informations et de la constitution de stocks suffisants de médicaments mais aussi de matériel de protection individuelle.

Enfin, il est primordial que la réaction face à une épidémie soit organisée sous la responsabilité d'une seule autorité, à savoir le ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

Mme Yolande Avontroodt (VLD) précise que, même si sa formulation est assez générale, la proposition de résolution engage véritablement le gouvernement : les moyens nécessaires à sa mise en œuvre devront nécessairement être prévus. A cet égard, elle s'interroge aussi sur les moyens financiers qui seront consacrés au renforcement de la cellule de vigilance sanitaire et sur la manière dont on va pouvoir compenser les efforts éventuels qui seront fournis par le personnel soignant (« *trouble time paying* »). Ne devrait-on pas prévoir la constitution de réserves budgétaires supplémentaires à cette fin ?

L'intervenante relève que, si la situation institutionnelle canadienne n'est pas complètement identique à celle de la Belgique, les analogies existantes supposent qu'une attention particulière soit portée aux conflits éventuels de compétences et qu'une concertation active soit menée avec les communautés. Etant donné leur rôle en cas de survenance d'une catastrophe, les pouvoirs locaux et plus particulièrement les provinces, doivent également être consultés. L'intervenante souligne également l'importance des médecins de première ligne en matière de prévention.

Mme Avontroodt se dit également favorable à la conduite d'un monitoring intra muros et extra muros, qui permettrait peut-être de mieux contrôler et gérer les infections nosocomiales.

Les autorités fédérales canadiennes ont choisi de ne pas désigner d'hôpital de référence dans la mesure où, d'une part, la superficie du Canada ne le permet pas et où d'autre part, cette désignation aurait pu hypothéquer la responsabilisation et la vigilance des autres institutions hospitalières. La proposition de résolution s'engage,

## II. — BESPREKING

Mevrouw Dominique Tilmans (MR) onderstreept dat het bezoek aan Canada de leden van de gemengde delegatie heel wat interessante informatie heeft opgeleverd.

Een perfect hiërarchisch gestructureerde taakverdeling is cruciaal voor de doeltreffendheid van een epidemiebestrijdingssysteem. De problemen die zich in Canada hebben voorgedaan, waren immers voornamelijk te wijten aan het feit dat tal van instanties bevoegd waren, zonder dat echter duidelijk was wie wat moest doen. Voorts wijst de spreker op de doorslaggevende rol van de informatieverstrekking, alsook op de noodzaak van voldoende grote voorraden van geneesmiddelen én individueel beschermingsmateriaal.

Tot slot is het onontbeerlijk dat één instantie de leiding neemt van de bestrijding van de epidemie, te weten de minister die bevoegd is voor de Volksgezondheid.

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) preciseert dat het voorstel van resolutie, ondanks de behoorlijk algemene bewoordingen, de regering ontegensprekelijk voor haar verantwoordelijkheid plaatst: zij moet ervoor zorgen dat de nodige middelen worden vrijgemaakt om de gewenste initiatieven in de praktijk te brengen. In dat verband vraagt ze zich af hoeveel geld zal worden uitgetrokken voor de versterking van de cel medische bewaking en hoe eventueel de ingezette zorgverleners zullen worden gecompenseerd (« *trouble time paying* »). Moet daarvoor geen bijkomende budgettaire reserve worden aangelegd?

De spreker wijst erop dat de institutionele situatie in Canada niet helemaal dezelfde is als in België. De bestaande analogieën houden in dat in beide landen bijzondere aandacht wordt besteed aan de eventuele bevoegdheidsconflicten en dat met de gemeenschappen grondig wordt overlegd. Ook de plaatselijke besturen en meer bepaald de provincies moeten worden geraadpleegd, gelet op hun rol in geval van een ramp. De spreker wijst tevens op het belang van de eerstelijns-artsen inzake preventie.

Mevrouw Avontroodt is ook voorstander van een intramurale en extramurale *monitoring*, die het misschien mogelijk zal maken de ziekenhuisinfecties beter onder controle te houden en te beheren.

De Canadese federale overheid heeft ervoor gekozen geen referentieziekenhuis aan te wijzen omdat een-deels de uitgestrektheid van Canada zulks onmogelijk maakt en anderdeels die aanwijzing de verantwoordelijkheidstoedeling en de waakzaamheid van de andere ziekenhuizen in het gedrang had kunnen bren-

quant à elle, résolument dans cette voie. Toutefois, l'intervenante plaide également pour le renforcement des unités hospitalières provinciales qui pourraient, elles aussi, être confrontées à la nécessité de prendre en charge des patients atteints de maladies infectieuses.

Enfin, il est opportun de tenir compte de l'expertise existante en matière de maladies infectieuses (par exemple l'Institut des maladies tropicales à Anvers).

*Mme Catherine Doyen-Fonck (cdH)* estime que les recommandations contenues dans la proposition de résolution sont essentielles à une époque où les germes ne connaissent pas de frontières.

A l'instar de Mme Avontroodt, l'intervenante souligne l'importance de disposer d'unités provinciales de référence et craint quelque peu que la désignation d'un seul hôpital de référence n'augmente les risques de contamination : le transfert vers cette structure implique en effet l'accomplissement d'un trajet plus ou moins long pendant lequel les contacts risquent d'être multipliés. Rien ne s'oppose à ce que des hôpitaux, autres que l'hôpital de référence, soient désignés afin d'accueillir les patients que l'hôpital de référence n'aurait plus la capacité de recevoir.

*Mme Dominique Tilmans (MR)* estime que la désignation d'un hôpital de référence par province est disproportionnée si l'on prend en considération la superficie de la Belgique. Toutefois, elle souscrit à l'opinion selon laquelle il est essentiel d'informer de manière appropriée les pouvoirs locaux et, le cas échéant, de prévoir les moyens nécessaires à l'accueil temporaire de patients.

*Mme Maya Detiège (sp.a-spirit)* soutient pleinement la proposition de résolution et souligne le rôle essentiel de la communication dans ce domaine.

Concernant la constitution de stocks et de médicaments, quelles sont les intentions du ministre ? L'objectif est-il de recourir à une adjudication publique ? L'expérience de la méningite nous enseigne en effet que la concertation avec les entreprises est primordiale, dans la mesure où les prix peuvent fortement varier.

Des contacts seront-ils pris avec l'industrie pour éviter une interruption de la production ?

*Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique*, souscrit aux recommandations formulées mais émet certaines réserves quant à la mise en place d'une Agence de surveillance des maladies infectieuses. Certes, la création d'une Agence présente des avantages certains en matière de visibilité mais il est

gen. Het voorstel van resolutie gaat resoluut die weg op. De spreekster pleit echter ook voor de versterking van de provinciale ziekenhuisvoorzieningen, die eveneens genoodzaakt kunnen zijn om patiënten met besmettelijke ziekten op te nemen.

Ten slotte dient rekening te worden gehouden met de bestaande deskundigheid inzake besmettelijke ziekten (bijvoorbeeld binnen het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen).

Volgens mevrouw Catherine Doyen-Fonck (cdH) zijn de aanbevelingen die in het voorstel van resolutie vervat zijn essentieel in een tijdperk waarin ziektekiemen geen grenzen kennen.

Net als mevrouw Avontroodt attendeert ze op het belang te beschikken over provinciale referentie-eenheden en vreest ze enigszins dat de aanwijzing van één referentieziekenhuis het besmettingsrisico verhoogt : de overbrenging naar die voorziening impliceert immers dat een min of meer lang traject moet worden afgelegd tijdens hetwelk er zeer veel contacten dreigen te zijn. Niets staat eraan in de weg dat andere ziekenhuizen dan het referentieziekenhuis worden aangewezen om de patiënten op te vangen voor wie het referentieziekenhuis geen plaats meer heeft.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR) is van mening dat de aanwijzing van een referentieziekenhuis per provincie overdreven is rekening houdend met de uitgestrektheid van België. Ze is het er echter over eens dat de plaatselijke besturen terdege moeten worden ingelicht en dat in voorkomend geval moet worden gezorgd voor de nodige middelen waarmee patiënten tijdelijk kunnen worden opgevangen.

Mevrouw Maya Detiège (sp.a-spirit) steunt het voorstel van resolutie ten volle en wijst op de zeer belangrijke rol van de communicatie in dat domein.

Wat is de minister van plan inzake geneesmiddelen en het aanleggen van voorraden en? Is het de bedoeling een openbare aanbesteding uit te schrijven ? Uit de ervaring met de hersenvliesontsteking hebben we immers geleerd dat overleg met de farmaceutische bedrijven primordiaal is aangezien de prijzen fors kunnen schommelen.

Zullen contacten worden gelegd met de industrie om een onderbreking van de productie te voorkomen ?

De heer Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, kan het eens zijn met de geformuleerde aanbevelingen, maar heeft enige reserve omtrent de oprichting van een Controleagentschap voor besmettelijke ziekten. De oprichting van een agentschap heeft ongetwijfeld voordelen inzake zichtbaarheid, maar men

également possible de recourir à une autre structure, tout aussi efficace.

Par ailleurs, le ministre rappelle que les problèmes rencontrés au Canada pendant l'épidémie de SRAS résultaient des erreurs commises dans la structuration de la prise en charge des malades. En l'occurrence, la désignation d'un hôpital de référence, disposant d'une expertise importante, lui semble opportune mais cette désignation doit se doubler, comme l'énonce la proposition de résolution, de l'élaboration de protocoles destinés aux prestataires de soins.

Concernant les questions budgétaires, le ministre énumère les décisions qui ont déjà été prises et pour lesquelles des montants supplémentaires ont été prévus : il s'agit du renforcement des structures de vigilance sanitaire, dont le personnel est doublé et la constitution de stocks d'antiviraux. Pour le reste, le ministre ne peut pas encore donner d'échéancier précis.

Une concertation a actuellement lieu avec le ministre de l'Intérieur afin de réformer et d'améliorer l'efficacité des mécanismes de prise en charge des situations d'urgence. La structure à venir jouera un rôle important dans l'articulation avec les pouvoirs locaux (provinces, communes, acteurs de terrain) et dans le monitoring.

En outre, cette structure devra également tenir compte des réalisations opérées au niveau européen, à savoir la décision de créer un centre européen de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.

*M. Yvan Mayeur (PS)* remarque qu'en cas de maladie, il faut que la logique sécuritaire cède le pas à une logique de santé publique. C'est la raison pour laquelle il est également nécessaire de pouvoir recourir à des personnes spécialisées, pouvant défendre une approche globale de la santé publique. Certes, les mesures d'isolement et de quarantaine s'appuient sur l'intervention de forces de l'ordre mais c'est un message de santé publique qui doit primer.

L'intervenant remarque en outre que la cellule de vigilance actuelle est méconnue par le grand public. A l'instar de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, une Agence de surveillance des maladies serait une structure compréhensible, identifiable et transparente, qui aurait en outre le mérite de dépolitiser l'information donnée aux citoyens.

*Mme Yolande Avontroodt (VLD)* s'interroge quant aux compensations financières accordées aux personnes

kan ook een beroep doen op een andere structuur, die even doeltreffend is.

Voorts herinnert de minister eraan dat de problemen die in Canada zijn gerezen tijdens de SARS-epidemie het gevolg waren van fouten in de structurering van de tenlasteneming van de patiënten. De aanwijzing van een referentieziekenhuis dat over een aanzienlijke deskundigheid beschikt, lijkt hem opportuun, maar zoals in het voorstel van resolutie wordt aangegeven, moet ze gepaard gaan met de uitwerking van protocollen ten behoeve van de zorgverleners.

Wat de budgettaire kwesties betreft, somt de minister de beslissingen op die reeds zijn genomen en waarvoor in bijkomende bedragen werd voorzien : het betreft de versterking van de voorzieningen voor medische bewaking, waarvan de personeelsformatie werd verdubbeld, en het aanleggen van voorraden antivirale middelen. Voor het overige kan de minister nog geen precies tijdspad geven.

Momenteel vindt daarover tussen hem en de minister van Binnenlandse Zaken overleg plaats teneinde via een hervorming de procedures om spoedeisende gevallen af te handelen, efficiënter te maken. De toekomstige structuur zal een belangrijke rol spelen bij de doorstroming naar de lokale besturen (provincies, gemeenten, veldwerkers) en bij de monitoring.

Bovendien zal die structuur tevens rekening moeten houden met wat terzake op Europees vlak werd uitgevoerd, met name de beslissing om een Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding op te richten.

*De heer Yvan Mayeur (PS)* merkt op dat, bij het uitbreken van ziektes, de logica inzake de veiligheidslogica moet primeren boven de «Volksgezondheidslogica». Daarom is het tevens noodzakelijk een beroep te kunnen doen op gespecialiseerde personen die een totaal-aanpak van de Volksgezondheid kunnen bepleiten. De maatregelen om personen te isoleren en in quarantaine te plaatsen, steunen weliswaar op het optreden van de ordestrejdkrachten, maar het is een boodschap inzake Volksgezondheid die moet primeren.

De spreker merkt bovendien op dat de huidige medische bewakingscellen nauwelijks bij het grote publiek bekend zijn. Naar analogie van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen, zou een Controleagentschap voor besmettelijke ziekten een begrijpelijke, identificeerbare en doorzichtige structuur zijn, die bovendien de verdienste zou hebben de aan de burgers verstrekte voorlichting te depolitiseren.

*Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD)* vraagt zich af welke financiële compensaties personen toegekend zul-



placées en isolement sans nécessairement être malades (et qui donc ne sont pas en incapacité de travail). Qu'advient-il de leur salaire ? L'intervenante estime qu'il ne peut être question d'obliger les employeurs à en supporter le poids financier.

*Le ministre* ne peut pas apporter de réponse à cette question dans la mesure où ce problème implique un dialogue préalable avec les interlocuteurs sociaux.

*Mme Avontroodt (VLD) et consorts* déposent un amendement n° 1 (DOC 817/002) tendant à insérer un point *Xbis* dans le dispositif de la proposition invitant le gouvernement à entamer une concertation avec les partenaires sociaux afin de régler les implications d'un éventuel éloignement obligatoire du lieu de travail.

\*  
\* \*

L'amendement n° 1 est adopté à l'unanimité.

L'ensemble de la proposition de résolution, telle que modifiée, est adopté à l'unanimité.

*Le rapporteur,*

Marie-Claire LAMBERT

*Le président,*

Yvan MAYEUR

len krijgen die werden geïsoleerd, zonder dat ze noodzakelijkerwijs ziek zijn (en dan ook niet arbeidsongeschikt zijn). *Quid* met hun bezoldiging ? Volgens de spreker kan er geen sprake van zijn de werkgevers ertoe te verplichten voor de financiële lasten daarvan op te draaien.

*De minister* moet het antwoord op die vraag schuldig blijven aangezien dat probleem een voorafgaande dialoog met de sociale gesprekspartners impliceert.

*Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) c.s.* dient amendement nr. 1 (DOC 51 0817/002) in, tot invoeging in het dispositief van het wetsvoorstel, van een punt *Xbis* dat de regering ertoe aanspoort overleg met de sociale partners op te starten teneinde de implicaties van een eventuele verplichte verwijdering uit het werkmilieu te regelen.

\*  
\* \*

Amendement nr. 1 wordt eenparig aangenomen.

Het gehele, aldus gewijzigde voorstel van resolutie wordt eenparig aangenomen.

*De rapporteur,*

Marie-Claire LAMBERT

*De voorzitter,*

Yvan MAYEUR

**BUREAU DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RE-  
NOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ**

Visite de travail à Toronto et à Ottawa  
25-30 janvier 2004

**RAPPORT DE MISSION**

**I. Introduction**

En dehors de l'Asie, le Canada (et plus particulièrement la région de Toronto) a fortement été touché par le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Les autorités canadiennes ont du réagir, dans l'urgence, pour gérer la flambée épidémique et ont été confrontées à de multiples difficultés. Dans cette perspective, le bureau de la commission de la Santé publique a estimé qu'il serait intéressant de se rendre à Toronto et à Ottawa afin de rencontrer les acteurs de la crise, de partager leur expérience et d'en tirer les leçons. La mission a en outre permis de se familiariser avec le système canadien des soins de santé et d'aborder le problème du vieillissement. Le ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, accompagné de quelques membres de son cabinet, s'est joint à la délégation parlementaire.

La délégation parlementaire était composée comme suit :

- M. Yvan Mayeur, Président,
- M. Luc Goutry, premier vice-Président,
- Mme Dominique Tilmans, second vice-Président,
- Mme Yolande Avontroodt, membre de la commission
- Mme Nicole Marquet, secrétaire de la commission
- Mme Michèle Gérard, médecin hygiéniste de l'hôpital Saint-Pierre

La délégation ministérielle était, quant à elle, composée comme suit :

- M. Rudy Demotte, ministre de la Santé publique et des Affaires sociales,
- M. Johan Kips, responsable de la cellule « Hôpitaux »,
- M. Stefaan Thijs, Relations extérieures,
- M. Karim Ibourki, Attaché de presse.

**BUREAU VAN DE COMMISSIE VOOR DE VOLKS-  
GEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE MAAT-  
SCHAPPELIJKE HERNIEUWING**

Werkbezoek aan Toronto en Ottawa  
25-30 januari 2004

**VERSLAG VAN DE ZENDING**

**I. Inleiding**

Naast Azië werd ook Canada (en meer bepaald de streek van Toronto) sterk door SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) getroffen. De Canadese autoriteiten moesten zeer snel reageren om de opflakkerende epidemie de kop in te drukken en werden met tal van moeilijkheden geconfronteerd. In het licht daarvan achtte de commissie voor de Volksgezondheid het nuttig een zending naar Toronto en Ottawa te organiseren om er de actoren van de crisis te ontmoeten, met hen van gedachten te wisselen over hun ervaringen en daar de nodige lering uit te trekken. Die zending bood de delegatie eveneens de kans een beter inzicht te verwerven in het Canadese stelsel van de gezondheidszorg en het probleem van de vergrijzing aan te kaarten. De minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken sloot zich samen met enkele leden van zijn kabinet bij de parlementaire zending aan.

De parlementaire delegatie was als volgt samengesteld:

- de heer Yvan Mayeur, Voorzitter,
- de heer Luc Goutry, eerste Ondervoorzitter,
- mevrouw Dominique Tilmans, tweede Ondervoorzitter,
- mevrouw Yolande Avontroodt, lid van de commissie
- mevrouw Nicole Marquet, secretaris van de commissie,
- mevrouw Michèle Gerard, arts-ziekenhuishygiënist Sint-Pieterziekenhuis.

De ministeriële delegatie bestond uit volgende personen:

- de heer Rudy Demotte, minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken,
- de heer Johan Kips, hoofd van de cel «Ziekenhuizen»,
- de heer Stefaan Thijs, Externe betrekkingen,
- de heer Karim Ibourki, persattaché.

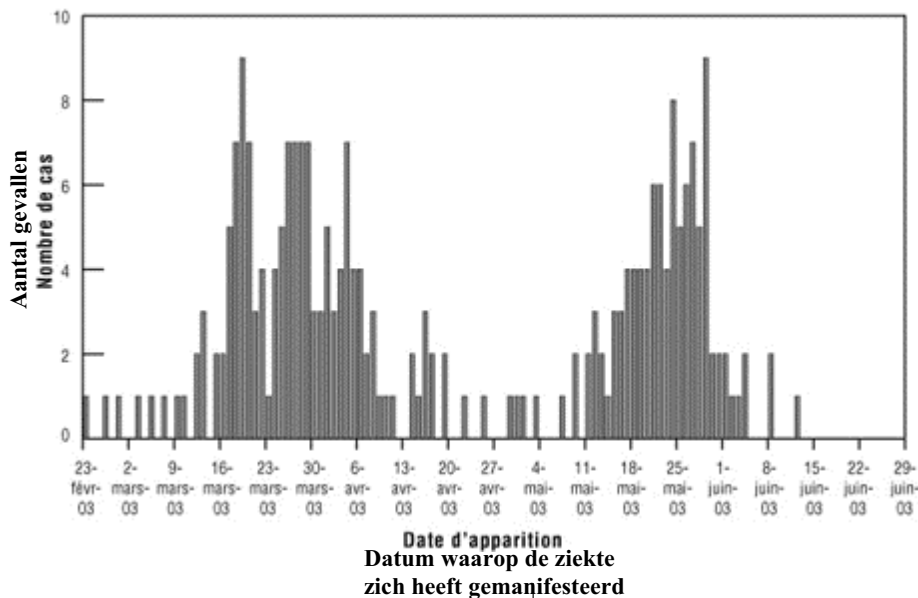


## II. L'épidémie de SARS au Canada

Courbe épidémique de l'épidémie de SRAS au Canada

## II. De SARS-epidemie in Canada

Epidemisch verloop van SARS in Canada



Dans l'histoire de la santé publique et des soins de santé au Canada, les mois de mars à juin 2003 resteront dans les mémoires des mois d'une rare intensité pendant lesquels le travail parfois héroïque de centaines de travailleurs de santé publique et de soignants ont permis le contrôle d'une épidémie d'une nouvelle maladie humaine, le SARS, acronyme anglais pour « syndrome respiratoire aigu sévère ».

Pendant cette épidémie, 247 cas probables et 128 cas suspects ont été diagnostiqués dont deux tiers à Toronto.

Le nombre important de travailleurs de santé touchés pour le Canada et pour la province d'Ontario est un des aspects remarquables de cette épidémie.

La mortalité de 17,4% soit 44 patients est plus élevée que la mortalité rapportée dans les autres pays touchés.

L'épidémie comme le montre bien la courbe épidémique de la figure 1 a été bi-phasique. Les 2 phases épidémiques ont été appelées SARS I et SARS II.

In de geschiedenis van de volksgezondheid en van de gezondheidszorg in Canada zal men zich de maanden maart tot juni 2003 blijven herinneren als zeer intense maanden tijdens welke men erin geslaagd is de SARS-epidemie (waarbij het Engelse acroniem SARS staat voor «Severe Acute Respiratory Syndrome»), een nieuwe ziekte die de mens treft, dank zij de soms heroïsche inspanningen van honderden gezondheidswerkers en ziekenverzorgers onder controle te krijgen.

Tijdens die epidemie werden 247 vermoedelijke gevallen en 128 verdachte gevallen gediagnosticeerd, waarvan twee derde in Toronto.

Een van de opvallendste kenmerken van die epidemie is het groot aantal gezondheidswerkers dat in Canada en meer bepaald in de provincie Ontario werd getroffen.

Het sterftecijfer van 17,4%, zijnde 44 patiënten, ligt hoger dan de mortaliteit die in de andere getroffen landen werd opgetekend.

Zoals duidelijk uit het epidemisch verloop in figuur 1 blijkt, vallen er twee fasen te onderscheiden. Die 2 epidemische fasen werden SARS I en SARS II genoemd.

### SARS I : du 23 février au 23 mai.

La chaîne des événements qui allaient entraîner l'épidémie Canadienne se met en place mi-février.

Un médecin chinois de 65 ans qui a soigné des patients atteints de pneumonie atypique à Guangdong se rend à Hong Kong pour le mariage de son neveu. Pendant son séjour à l'hôtel Métropole à Hong Kong, il tombe malade et infectera au moins 12 hôtes et visiteurs de plusieurs pays y compris Mme K S-C originaire du Canada et en voyage à Hong Kong où elle séjournera 10 jours.

**Mme K** rentre au Canada le 23 février, développe de la fièvre 2 jours plus tard. Elle décèdera à domicile le 5 mars après avoir consulté son médecin traitant le 28 février.

Le fils de 44 ans de Mme K, **Mr T** C-K, tombe lui aussi malade le 7 mars, 2 jours après le décès de sa mère. Il consulte le service des urgences de l'hôpital Scarborough où il passera vingt heures en salle commune avant de pouvoir être admis en unité d'hospitalisation, recevant oxygénothérapie et aérosols (actuellement techniques reconnues comme facteurs de risque de transmission du virus) et recevant de nombreuses visites. Dans cette salle commune, les lits sont séparés par de simples rideaux.

Deux autres patients présents aux urgences ce jour là tomberont malades ultérieurement.

Alors que l'OMS lance son alerte mondiale le 12 mars au sujet d'une mystérieuse infection respiratoire, aucune alerte émanant des autorités canadiennes tant fédérales que provinciales ne parvient aux médecins de première ligne.

Mr T décède 6 jours après son admission, le 13 mars. A ce moment, plusieurs autres membres de la famille sont déjà malades.

**Mr P**, traité dans le département des urgences de l'hôpital Scarborough en même temps que Mr T se représente le 15 mars avec de la température et des symptômes respiratoires. Il sera traité adéquatement avec des précautions de contact et droplet (le personnel portera masque, blouse et gants) et dans un local permettant un isolement aérien. Malheureusement, son épouse qui est déjà aussi malade n'est pas interrogée à propos de symptômes. Pendant son passage à la garde, elle va

### SARS I: van 23 februari tot 23 mei

Medio februari doet zich een opeenvolging van gebeurtenissen voor die tot het uitbreken van de epidemie in Canada heeft geleid.

Een 65-jarige Chinese arts die in Guangdong patiënten met een atypische pneumonie heeft behandeld, reist naar Hongkong voor het huwelijksfeest van zijn neef. Tijdens zijn verblijf in het Metropole Hotel in Hongkong wordt hij ziek en besmet hij ten minste 12 gasten en bezoekers uit verschillende landen, onder wie ook Mevrouw K. S-C, die afkomstig is uit Canada en voor een tiendaags bezoek naar Hong Kong was gereisd.

Mevrouw K. keert op 23 februari terug naar Canada en krijgt 2 dagen later koorts. Zij overlijdt thuis op 5 maart na op 28 februari haar behandelende arts te hebben geraadpleegd.

De 44-jarige zoon van Mevrouw K., de heer T. C-K, wordt eveneens ziek op 7 maart, 2 dagen na het overlijden van zijn moeder. Hij wendt zich tot de spoedgevallen dienst van het Scarborough ziekenhuis waar hij gedurende twintig uur in een gemeenschappelijke kamer wordt opgevangen alvorens hij in een afdeling wordt opgenomen. Daar dient men hem zuurstof toe en wordt hij met aérosols behandeld (technieken waarvan thans bekend is dat zij de virusoverdracht in de hand kunnen werken); tevens krijgt hij er bezoek van tal van mensen. In die gemeenschappelijke kamer worden de bedden enkel van elkaar gescheiden door gordijnen.

Twee andere patiënten die die dag in de spoedgevallenafdeling waren opgenomen, zullen later ook ziek worden.

Terwijl de WGO op 12 maart wereldwijd alarm slaat in verband met een mysterieuze respiratoire infectie, worden de eerstelijnsartsen op geen enkele manier door de Canadese autoriteiten, noch de federale noch de provinciale, gewaarschuwd.

De heer T. overlijdt zes dagen na zijn opname in het ziekenhuis, op 13 maart. Op dat ogenblik zijn al verscheidene andere familieleden ziek.

De heer P, die samen met de heer T. in de spoedgevallenafdeling van het Scarborough ziekenhuis werd behandeld, meldt zich op 15 maart opnieuw aan met koorts en ademhalingsstoornissen. Hij zal een gepaste behandeling krijgen in een hermetisch afgesloten ruimte waarbij de nodige voorzorgsmaatregelen inzake contact en droplet (het personeel draagt een masker, jas en handschoenen) in acht worden genomen. Jammer genoeg vraagt men zijn echtgenote, die ook al ziek

infecter 17 personnes (7 visiteurs, 6 travailleurs de santé, 2 paramédicaux, 1 pompier et 1 préposé à l'entretien).

Le médecin qui intubera Mr P ainsi que les 3 infirmières ayant assisté l'intubation vont également être infectés.

Un autre patient, contact de Mr T au service des urgences le 7 mars, est réadmis le 13 mars avec un infarctus myocardique. Bien que son contact avec Mr T soit connu, sa température peu élevée et un infiltrat radiologique pulmonaire léger ne font pas soupçonner le diagnostic de SARS. Le patient est donc transféré sans précautions particulières au York Central Hospital où il sera la source d'un cluster de plus de 50 cas qui nécessitera la fermeture de l'hôpital.

De l'autre côté du pays, à Vancouver, un autre patient contaminé par le médecin chinois à l'hôtel Métropole se présente le 13 mars à l'hôpital général de Vancouver avec une affection grippale. Il sera rapidement isolé et aucun cas secondaire ne sera à déplorer.

Ce même jour, Santé Canada est informé du cluster de pneumonie à Toronto et débute les téléconférences avec les experts de santé tant fédéraux que provinciaux.

L'épidémie continue à s'étendre à l'hôpital Scarborough. Diverses mesures vont y être prises : fermeture du service d'urgence et des soins intensifs, refus des admissions et des transferts d'autres hôpitaux, fermeture des consultations, interdiction pour les employés de travailler dans d'autres institutions, quarantaine pour toute personne ayant visité l'hôpital après le 16 mars et utilisation des précautions aériennes pour tous les patients SARS (chambres à pression négative, masque respirateur N95) et plus des précautions de contact et droplet.

Toutes les chambres à pression négative disponibles à Toronto vont être remplies y compris 25 chambres ouvertes en catastrophe au sein d'une unité fermée dans une institution de soins chroniques et anciennement destinée aux patients tuberculeux.

Le pic de l'épidémie est atteint vers le 25 mars. Ce jour là, 48 patients avec un diagnostic présomptif de SARS ont été admis dans les hôpitaux canadiens.

is, niets over de symptomen. Terwijl zij in die dienst is opgenomen, besmet zij 17 personen (7 bezoekers, 6 gezondheidswerkers, 2 paramedici, 1 brandweerman en 1 lid van het onderhoudspersoneel).

De arts die de heer P. intubeert en 3 verpleegsters die assistentie hebben verleend bij de intubatie, worden eveneens besmet.

Een andere patiënt die op 7 maart met de heer T. in de spoedgevallendienst in aanraking was gekomen, wordt op 13 maart opnieuw opgenomen met een myocardinfarct. Hoewel men wist dat hij met de heer T. in aanraking was gekomen, wees niets erop dat hij met het SARS-virus besmet was (hij had immers geen koorts en slechts een licht radiologisch pulmonair infiltraat). De patiënt werd dus naar het York Central Hospital overgebracht zonder bijzondere voorzorgsmaatregelen in acht te nemen, waar hij aan de oorsprong zal liggen van een cluster van meer dan 50 gevallen die tot de sluiting van het ziekenhuis zal leiden.

Aan de andere kant van het land, in Vancouver, meldt een andere patiënt die door de Chinese arts in het Metropole Hotel werd besmet, zich op 13 maart in het algemeen ziekenhuis aan met een griepaandoening. Hij zal snel worden afgezonderd en er zal geen enkel bijkomend geval worden gemeld.

Diezelfde dag wordt Health Canada over de pneumoniecluster in Toronto ingelicht en zet het videoconferenties op met federale en provinciale gezondheidsdeskundigen.

In het Scarborough ziekenhuis blijft de epidemie uitbreiding nemen. Er worden diverse maatregelen getroffen: sluiting van de spoedgevallenafdeling en de dienst intensieve zorgen, weigering om nog patiënten op te nemen of naar andere ziekenhuizen over te brengen, sluiting van het spreekuur, verbod voor de werknemers om in andere instellingen te werken, quarantaine voor alle personen die het ziekenhuis na 16 maart hebben bezocht en toepassing van voorzorgsmaatregelen tegen verspreiding via de lucht (negatieve drukkamer, ademhalingsmasker N95), naast de voorzorgsmaatregelen inzake contact en droplet.

Alle in Toronto beschikbare negatieve drukkamers zijn volledig bezet, ook 25 kamers die in allerijl worden geopend in een gesloten eenheid van een instituut voor chronische patiënten waar vroeger tuberculosepatiënten werden verzorgd.

Rond 25 maart bereikt de epidemie haar hoogtepunt. Die dag werden 48 patiënten van wie vermoed wordt dat zij aan SARS lijden, in Canadese ziekenhuizen opgenomen.

Le 25 mars toujours, le gouvernement de l'Ontario désigne le SARS comme maladie hautement virulente, contagieuse et à déclaration obligatoire, permettant de la sorte le « tracing » des personnes infectées par les travailleurs de santé publique et la prise de mesures vis à vis des personnes qui mettraient autrui en danger par leurs activités. Le 25 mars est également le jour où le gouvernement provincial active son centre d'opération urgente (MAG : Ministry Action Group).

### III. Synthèse des rencontres

LUNDI 26 JANVIER 2004

· **Rencontre avec le docteur Allison McGeer, directrice de l'Unité de contrôle des maladies infectieuses, Mount Sinai Hospital et membre du comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique.**

*Contexte : Au mois de mars 2003, le SRAS frappe de plein fouet la ville de Toronto. Situé au centre de la ville, le Mount Sinai Hospital qui dispose de chambres à pression négative, a accueilli plusieurs patients. Le docteur McGeer, en raison de sa fonction, a été une des actrices de première ligne de la crise. Elle-même est tombée malade le 30 mars 2003.*

Le docteur McGeer explique que dans le domaine de la santé, l'un des problèmes majeurs au Canada résulte du sous-investissement dont font l'objet les soins de santé, des tensions entre les niveaux de pouvoir compétents et de l'absence de structure de gestion claire. Lorsque l'épidémie de SRAS a frappé la ville de Toronto, personne ne savait vers qui se tourner. L'Organisation Mondiale de la Santé n'a d'ailleurs pas manqué de remettre en question la gestion canadienne de la crise.

Un problème substantiel résulte également, selon le docteur McGeer, du manque de mobilité du personnel hospitalier et du transfert des patients d'un hôpital à l'autre. La concentration des patients dans la même institution hospitalière aurait, sans doute, permis de juguler plus rapidement l'épidémie et par conséquent d'en faciliter la gestion. Le docteur McGeer souligne néanmoins le dévouement du personnel soignant qui, malheureusement, a payé un lourd tribut au cours de la crise.

Afin de remédier aux problèmes du passé, les autorités provinciales compétentes devraient, à court terme, mettre sur pied un plan d'urgence, à l'égard duquel toutefois Allison McGeer exprime son scepticisme. Lors de

Nog op 25 maart bestempelt de regering van Ontario SARS als een zeer virulente, besmettelijke ziekte die verplicht moet worden gemeld, om op die manier een «tracering» van de besmette mensen door de gezondheidswerkers mogelijk te maken en maatregelen te kunnen treffen ten aanzien van personen die anderen door hun gedrag in gevaar zouden kunnen brengen. Op 25 maart activeert de provinciale regering eveneens haar crisiscentrum (MAG : Ministry Action Group).

### III. Samenvatting van de ontmoetingen

MAANDAG 26 JANUARI 2004

· **Ontmoeting met dr. Allison McGeer, directrice van de Eenheid voor de controle van besmettelijke ziekten, Mount Sinai Ziekenhuis en lid van het National Advisory Committee on SARS and Public Health (nationaal adviescomité voor SARS en volksgezondheid)**

*Context : In maart 2003 wordt de stad Toronto zwaar door het SARS-virus getroffen. Het Mount Sinai Ziekenhuis, dat in het centrum van de stad is gelegen en over negatieve drukkamers beschikt, heeft verscheidene patiënten opgevangen. Wegens haar functie was dr. McGeer een van de hoofdrolspelers in de crisis. Zij is op 30 maart 2003 zelf ziek geworden.*

Dr. McGeer verklaart dat een van de grootste problemen op het vlak van de gezondheid in Canada voortvloeit uit de ontoereikende investeringen in de gezondheidszorg, de spanningen tussen de onderscheiden bevoegdheidsniveaus en het gebrek aan een duidelijke beheersstructuur. Toen de SARS-epidemie in Toronto uitbrak, wist niemand tot wie men zich moest wenden. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft trouwens de Canadese aanpak van de crisis aan de kaak gesteld.

Volgens dr. McGeer vormen ook het gebrek aan mobiliteit van het ziekenhuispersoneel en de overbrenging van patiënten van het ene naar het andere ziekenhuis een groot probleem. Als men alle patiënten in eenzelfde ziekenhuis zou hebben opgevangen, had men de epidemie wellicht sneller onder controle kunnen krijgen en dus beter kunnen aanpakken. Dr. McGeer wijst evenwel op de grote inzet van de ziekenverzorger, die tijdens de crisis jammer genoeg een zware tol hebben betaald.

Om de in het verleden gerezen problemen op te lossen, zouden de bevoegde provinciale autoriteiten op korte termijn een noodplan moeten uitwerken, maar dr. McGeer staat daar nogal sceptisch tegenover. Tijdens

la crise du SARS, un plan d'urgence (« Code orange ») avait déjà été lancé, selon lequel les hôpitaux devaient suspendre tous les services non essentiels, limiter les visites ou encore fournir au personnel soignant le matériel de protection individuelle adéquat. L'efficacité du « Code orange » a toutefois été limitée dans la mesure où la répartition des rôles entre les différents acteurs était floue et où une collaboration utile entre la branche 'santé publique' et la branche hospitalière faisait cruellement défaut.

Le docteur McGeer estime que si, à l'avenir, on souhaite gérer de manière efficace une nouvelle épidémie, il convient d'assurer un financement plus correct du système de santé, de créer une structure régionale capable d'améliorer la coopération entre les institutions hospitalières et de résoudre les problèmes résultant de la structure fédérale de l'Etat.

Enfin, interrogée quant aux mesures de quarantaine décrétées, le docteur McGeer soutient la nécessité d'une certaine permissivité en matière d'isolement, notamment pour les personnes sous investigation (c'est-à-dire les personnes qui présentent certains symptômes de la maladie mais pas tous).

• **Rencontre avec le docteur Vasanthi Srinivasan, senior advisor, policy & intergovernmental Affairs, Regional Director General's Office, Health Canada**

*Contexte: « Santé Canada »<sup>1</sup> est le ministère par lequel le gouvernement fédéral exerce ses pouvoirs en matière de santé. Il est notamment chargé de l'application de la loi canadienne sur la santé<sup>2</sup>. Le docteur Srinivasan a axé sa présentation sur la structure et le fonctionnement de « Santé Canada »*

Après avoir présenté à la délégation belge la structure de « Santé Canada », chapeautée par le ministre de la Santé, M. Pierre Pettigrew, le docteur Srinivasan souligne que « Santé Canada » tend à améliorer la santé des canadiens tout en respectant les choix et les circonstances individuels : ce faisant, il s'agit de faire du Canada l'un des pays les plus sains du monde.

<sup>1</sup> Voir Site Internet : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

<sup>2</sup> Il est également chargé de l'application des lois suivantes : loi canadienne sur la protection de l'environnement, loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada, loi réglementant certaines drogues et autres substances, loi sur la condition physique et le sport amateur, loi sur les aliments et drogues, loi sur les produits dangereux, loi sur les produits anti-parasitaires, loi sur la quarantaine, la loi sur les dispositifs émettant des radiations et loi sur le tabac.

de la SARS-crisis werd al een noodplan («Code orange») in werking gesteld volgens hetwelk de ziekenhuizen de niet-essentiële dienstverlening moesten opschorten, het bezoek moesten beperken en het verzorgend personeel het gepast individueel beschermingsmateriaal moesten bezorgen. De doeltreffendheid van «Code orange» liet echter te wensen over omdat de taakverdeling tussen de diverse actoren onvoldoende duidelijk was afgebakend en er hoegenaamd geen sprake was van een samenwerking tussen de afdeling «volksgezondheid» en de ziekenhuizen.

Dr. McGeer stelt dat als men nieuwe epidemieën in de toekomst op een doeltreffende manier wil aanpakken, men de gezondheidszorg beter moet financieren en een regionale structuur moet oprichten die een betere samenwerking tussen de ziekenhuizen tot stand kan en de problemen die uit de federale Staatsstructuur voortvloeien kan oplossen.

In antwoord op vragen betreffende de uitgevaardigde quarantainemaatregelen onderstreepte dr. McGeer de noodzaak van een zekere inschikkelijkheid inzake afzondering van de patiënten, met name voor de personen in observatie (d.w.z. personen die bepaalde maar niet alle symptomen van de ziekte vertonen).

• **Onderhoud met Dr. Vasanthi Srinivasan, senior advisor, policy & intergovernmental Affairs, Regional Director General's Office, Health Canada**

*Context : «Health Canada»<sup>1</sup> is het federale ministerie van volksgezondheid. Het is met name belast met de toepassing van de Canadese gezondheidswet<sup>2</sup>. Dr. Srinivasan spitste zijn uiteenzetting toe op de structuur en de werking van «Health Canada».*

Dr. Srinivasan licht de structuur van Health Canada toe ten behoeve van de Belgische delegatie. Aan het hoofd van Health Canada staat de minister van Volksgezondheid, de heer Pierre Pettigrew. Dr. Srinivasan onderstreept dat Health Canada de gezondheid van de Canadezen wil verbeteren, maar tegelijk individuele keuzes respecteert en oog heeft voor specifieke omstandigheden: zo moet Canada een van de gezondste landen ter wereld worden.

<sup>1</sup> Cf. internetsite: [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

<sup>2</sup> Het is eveneens belast met de toepassing van volgende wetten: de Canadese wet inzake milieubescherming, de wet betreffende de Instituten voor wetenschappelijk onderzoek inzake gezondheid van Canada, de wet houdende regelgeving inzake drugs en andere stoffen, de wet op de fysieke conditie en de amateursport, de wet betreffende voedingsmiddelen en drugs, de wet betreffende de gevaarlijke producten, de wet betreffende de anti-parasitaire producten, de wet op de quarantaine, de wet betreffende de inrichtingen die straling produceren en de tabakswet.



Le rôle du gouvernement fédéral canadien est notamment d'établir, à l'échelle nationale, les principes ou les normes relatives aux services de santé assurés en vertu de la *loi canadienne sur la santé*. Le transfert des budgets nécessaires au financement des services de santé provinciaux et territoriaux (via « Finances Canada ») est d'ailleurs conditionné par le respect de certains standards de base minimaux.

Les principes de la loi canadienne sur la Santé sont les suivants : universalité, intégralité, gestion publique, transférabilité et accessibilité. La *Loi canadienne sur la santé* a donc pour but de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient accès aux services hospitaliers et médicaux nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services.

Le gouvernement fédéral assume enfin des fonctions telles la protection et la promotion de la santé ou encore la prévention des maladies. En outre, certaines catégories de canadiens<sup>3</sup> se voient offrir des services de santé directs. Enfin, Le gouvernement agit également dans les domaines présentant un intérêt dans l'ensemble de la Fédération<sup>4</sup>.

Sous réserve des standards imposés par le gouvernement fédéral, le système des soins de santé varie donc d'une région ou d'un territoire à l'autre. Outre les services hospitaliers et médicaux de base, assurés en vertu du cadre national d'assurance-maladie, les provinces peuvent offrir des services complémentaires (soins à domicile, soins dentaires, soins de la vue, équipement médicaux...).

Les dépenses totales de santé s'élèvent pour 2002 à 112 milliards de dollars canadiens (soit 3572 \$ par habitant et 9,8 % du PIB).

#### • «Conference Call» avec Mme Barbara Sérandour, Research Analyst, Health Canada

*Contexte : Le Canada est, à l'instar de nombreux pays, confronté au phénomène de vieillissement de la population. L'exposé de Mme Sérandour vise à présenter l'étendue exacte du phénomène et ses conséquences sur le coût des soins de santé.*

Mme Sérandour confirme que les personnes âgées (« les aînés ») représentent une part croissante de la population canadienne : en 2001, les personnes âgées de plus de 65 ans constituaient environ 12.5% de la po-

De Canadese federale regering heeft meer bepaald tot taak om op nationaal vlak de principes of normen vast te stellen voor de gezondheidsdiensten overeenkomstig de *Canadese gezondheidswet*. De nodige budgetten voor de financiering van de provinciale en territoriale gezondheidsdiensten worden trouwens slechts overgemaakt (via «Finance Canada») als aan bepaalde minimale basisnormen voldaan wordt.

De *Canadese gezondheidswet* stoelt op de principes van universaliteit, integraliteit, openbaar beheer, transferabiliteit en laagdrempeligheid, en strekt er met andere woorden toe alle inwoners van het land toegang te verschaffen tot de noodzakelijke medische en ziekenhuisgeneeskundige verzorging zonder dat zij daar rechtstreeks voor hoeven te betalen.

Voorts staat de federale regering in voor onder meer het gezondheidsbeschermings- en gezondheidsbevorderingsbeleid en het preventiebeleid. Sommige categorieën van Canadese burgers<sup>3</sup> hebben bovendien recht op rechtstreekse gezondheidszorg. Ten slotte treedt de regering ook op op gebieden die van belang zijn voor de Federatie in haar geheel<sup>4</sup>.

Afgezien van de door de federale overheid opgelegde normen verschilt het gezondheidszorgstelsel dus van regio tot regio of van gebied tot gebied. Naast de basisvoorzieningen voor medische verzorging en ziekenhuisgeneeskunde in het nationale kader van de ziekteverzekering kunnen de provincies aanvullende diensten aanbieden (thuisverpleging, tandverzorging, oogheelkunde, medische apparatuur, ...).

De uitgaven voor gezondheidszorg beliepen in 2002 112 miljard Canadese dollar (d.i. 3572 \$ per inwoner, en 9,8% van het BBP).

#### • «Conference Call» met mevrouw Barbara Sérandour, Research Analyst, Health Canada

*Achtergrond: net als vele andere landen wordt ook Canada geconfronteerd met het vergrijzingsprobleem. Met haar uiteenzetting wil mevrouw Sérandour de precieze omvang van het verschijnsel en de gevolgen ervan voor de kosten van de gezondheidszorg belichten.*

Mevrouw Sérandour bevestigt dat het aandeel van de ouderen (de senioren) in de totale Canadese bevolking toeneemt: in 2001 vertegenwoordigden de 65-plussers ongeveer 12,5% van de bevolking. Volgens sommige

<sup>3</sup> Anciens combattants, peuples des premières nations / Inuits vivant dans les réserves, personnel militaire, gendarmerie royale.

<sup>4</sup> Application de la théorie des dimensions nationales.

<sup>3</sup> Oud-strijders, volkeren van de First Nations / Inuit in de reservaten, militairen, leden van de Royal Canadian Mounted Police.

<sup>4</sup> Toepassing van de theorie van de nationale dimensies.



pulation. Selon certaines projections, elles représenteront environ 22,5% de la population en 2041. Ce phénomène s'explique, d'une part, par l'augmentation de l'espérance de vie (82 ans pour les femmes et 77 pour les hommes) et, d'autre part, par la diminution des causes de mortalité.

Les « aînés » se déclarent généralement en bonne santé mais la prévalence de certaines maladies (comme, par exemple la démence ou le diabète<sup>5</sup>) augmentent avec l'âge. Néanmoins, la tendance est celle d'un recours plus soutenu aux soins de santé (43 % des dépenses de santé - notamment dans les hôpitaux). Mme Sérandour souligne que ce n'est pas tant la vieillesse qui entraîne l'accroissement des dépenses mais plutôt la proximité du décès. Le vieillissement n'est toutefois pas le seul facteur à influencer les dépenses de soins de santé. Il faut également prendre en considération l'accroissement de la masse salariale (impossible à comprimer), le coût croissant des médicaments et le facteur technologique.

Il est difficile de prédire la demande future en matière de consommation des soins de santé. Une extrapolation qui avait été faite en 1971 pour l'an 1999 démontre que l'estimation était une fois et demi trop élevée. Les dépenses en matière de prévention et les efforts réalisés pour modifier les modes de vie (sport, alimentation, prévention des chutes) permettent en outre de réduire les dépenses en matière de soins de santé. Interrogée par les membres de la délégation sur le recours par les personnes âgées aux infrastructures de maisons de repos et de soins, Mme Sérandour confirme l'insuffisance numérique de ces infrastructures. C'est la raison pour laquelle les aînés ont de plus en plus souvent recours aux soins à domicile ou séjournent à l'hôpital dans l'attente d'une place. Elle rappelle à ce sujet que les prestations en la matière varient d'une province à l'autre. En tout état de cause, seul 7% des aînés résideraient en institution. Les familles jouent en effet un rôle important dans le suivi des aînés<sup>6</sup> et des logements-services (petites collectivités distinctes des institutions traditionnelles) se sont développés au fur et à mesure. Quant aux aînés souffrant de démence, seuls les cas lourds sont transférés dans des institutions spécialisées. On estime qu'environ 49% restent toutefois chez eux.

voorspellingen zal dat percentage opklimmen tot  $\pm 22,5\%$  in 2041. Oorzaken van de vergrijzing zijn enerzijds de toegenomen levensverwachting (82 jaar voor vrouwen en 77 jaar voor mannen) en anderzijds de daling van de sterfte aan bepaalde doodsoorzaken.

De senioren genieten over het algemeen een prima gezondheid, maar de prevalentie van bepaalde aandoeningen (zoals dementie of diabetes<sup>5</sup>) neemt toe met de leeftijd. Er is een tendens om meer gebruik te maken van de gezondheidszorgvoorzieningen (43% van de uitgaven voor gezondheidszorg, meer bepaald in de ziekenhuizen). Mevrouw Sérandour benadrukt dat de stijging van de uitgaven niet zozeer door de ouderdom als wel door het naderen van de dood veroorzaakt wordt. De hoge leeftijd is evenwel niet de enige factor in het kostenplaatje voor gezondheidszorg. Er moet ook rekening worden gehouden met de stijging van de loonpost (waarop onmogelijk bespaard kan worden), de hogere geneesmiddelenprijzen en de technologische factor.

Het valt moeilijk te voorspellen hoe groot de toekomstige vraag naar geneeskundige verzorging zal zijn. Uit een in 1971 uitgewerkte extrapolatie voor het jaar 1999 bleek dat de behoefte anderhalf maal te hoog ingeschat werd. Daarnaast kunnen de gezondheidsuitgaven ook ingeperkt worden dankzij de uitgaven voor preventie en de inspanningen om de mensen ertoe aan te zetten hun levensgewoonten te veranderen (sport, voeding, valpreventie). Op vragen van de delegatieleden over de mate waarin ouderen gebruik maken van de infrastructuur van rust- en verzorgingstehuizen, antwoordt mevrouw Sérandour dat de voorzieningen inderdaad niet toereikend zijn. Daarom doen senioren steeds vaker een beroep op thuisverpleging of verblijven ze zolang in het ziekenhuis tot er een plaats vrijkomt. Mevrouw Sérandour wijst erop dat de verstrekkingen op dat gebied verschillen van provincie tot provincie. Hoe dan ook zou slechts 7% van de senioren in een instelling verblijven. De familie speelt nog een grote rol in de ouderenzorg<sup>6</sup>, en naarmate de vraag naar dergelijke voorzieningen toenam, zijn er ook meer serviceflats gekomen (kleine woongemeenschappen die los staan van de traditionele instellingen). Enkel zwaar demente bejaarden worden in gespecialiseerde instellingen geplaatst. Naar schatting 49% blijft thuis wonen.

<sup>5</sup> L'augmentation des cas de diabète peut néanmoins s'expliquer par l'efficacité accrue des tests de dépistage

<sup>6</sup> Le système d'assurance-chômage permet au travailleur considéré comme aidant naturel de suspendre son activité professionnelle pendant six mois.

<sup>5</sup> De stijging van het aantal gevallen van diabetes kan evenwel verklaard worden door de toegenomen doeltreffendheid van de tests waarmee suikerziekte opgespoord kan worden.

<sup>6</sup> Het werkloosheidsstelsel biedt werknemers die als mantelzorgers worden aangemerkt, de mogelijkheid om hun beroepsactiviteit gedurende zes maanden op te schorten.

Certaines pistes ont été dégagées afin de répondre aux besoins et de contrôler les coûts. Il convient notamment d'accorder la priorité à la promotion de la santé, aux soins primaires et aux soins à domicile, de mieux prévenir les chutes, d'améliorer la coordination entre les différentes composantes du système et sa capacité de répondre avec souplesse aux besoins individuels. Mme Sérandour se réfère à ce sujet au Conseil consultatif national sur le troisième âge dont la mission est de conseiller le ministre compétent et au rapport établi par cet organe en 1999 (« 1999 et après, les défis d'une société canadienne vieillissante »).

#### · **Rencontre avec le docteur David Naylor, Doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto.**

*Contexte : En réponse à l'écllosion du Syndrome respiratoire aigu sévère, l'honorable A. Anne McLellan, alors ministre fédéral 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 ». Le docteur David Naylor, doyen de l'Université de Toronto, s'est vu conférer la fonction de président de ce comité.*

Le docteur David Naylor a remis aux membres de la délégation le rapport rédigé par le Comité consultatif du SRAS, intitulé « Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada ». Il estime que la gestion du SRAS a été caractérisée par une quadruple défaillance : défaut de capacité locale à gérer la crise, un manque flagrant de coordination entre les différents niveaux de pouvoir, une réponse stratégique insuffisante et une réponse internationale insatisfaisante. À partir de ces constatations, le Comité consultatif a notamment recommandé la création d'une Agence canadienne de santé publique à laquelle seraient accordés les pouvoirs appropriés et généraux nécessaires pour assurer un leadership efficace et agir sur les questions de santé publi-

Er werden een aantal beleidslijnen uitgestippeld om aan de behoeften te voldoen en de kosten binnen de perken te houden. Zo moet er prioritair aandacht besteed worden aan gezondheidsbevordering, primaire gezondheidszorg en thuisverpleging, moet er meer aan valpreventie gedaan worden, moet de coördinatie tussen de onderscheiden componenten van het stelsel verbeterd worden en moet het stelsel soepeler kunnen inspelen op de individuele noden. Mevrouw Sérandour verwijst wat dat betreft naar de National Advisory Council on Aging (nationale adviesraad voor de derde leeftijd), die tot taak heeft de bevoegde minister advies te geven, en naar het rapport dat deze adviesraad in 1999 publiceerde («1999 and Beyond, Challenges of an aging canadian society») (1999 en erna, uitdagingen voor een verouderende Canadese samenleving).

#### · **Gesprek met Dr. David Naylor, decaan van de faculteit geneeskunde van de universiteit van Toronto**

*Achtergrond: na het uitbreken van het SARS-virus (Severe Acute Respiratory Syndrome) richtte toenmalig federaal minister van Volksgezondheid A. Anne McLellan begin mei 2003 het National Advisory Committee on SARS and Public Health (Nationaal Adviescomité voor SARS en volksgezondheid) op. Dat comité kreeg de opdracht om als onafhankelijk orgaan de huidige inspanningen en de lessen die inzake volksgezondheid uit de SARS-epidemie getrokken werden te evalueren, en te onderzoeken welke langetermijnstrategieën uitgestippeld kunnen worden om Canada beter voor te bereiden op de bestrijding van besmettelijke ziekten. Voorzitter van dat adviescomité is Dr. David Naylor, decaan aan de universiteit van Toronto.*

Dr. David Naylor overhandigt de delegatieleden een exemplaar van het rapport van het Advisory Committee on SARS met als titel «Learning from SARS – Renewal of Public Health in Canada» (lessen uit de SARS-epidemie: de vernieuwing van het volksgezondheidsbeleid in Canada). Volgens hem vertoonde het crisismanagement tijdens de SARS-epidemie vier tekortkomingen: het falende crisisbeheer op lokaal niveau, het aperte gebrek aan coördinatie tussen de onderscheiden beleidsniveaus, ontoereikende strategische oplossingen en een inadequate respons op internationaal niveau. Op grond van die vaststellingen beveelt het Advisory Committee on SARS de oprichting van een Canadian Agency for Public Health (Canadees Bureau voor de volksgezond-

que<sup>7</sup>. Il a été également proposé de nommer un médecin hygiéniste en chef pour le Canada. Le gouvernement fédéral s'est engagé à mettre en œuvre les recommandations du comité consultatif. Il faut savoir que l'exécution de ces mesures nécessiterait seulement 700 millions de dollars canadiens (ce qui équivaut aux dépenses des hôpitaux et de l'industrie pharmaceutique exposées en trois jours !).

En réponse aux questions de certains membres de la délégation, le docteur Naylor précise qu'il n'existe pas de système général d'information des médecins généralistes. Les lignes de téléphone d'urgence (« hotlines ») sont insuffisantes et, en cas d'épidémie, les médecins ignorent où envoyer leurs patients. Par ailleurs, il est difficile de mettre sur pied un envoi d'alertes systématiques : les autorités ignorent en effet bien souvent l'adresse des praticiens, dont un nombre important ne disposent ni de fax, ni d'adresse 'e-mail'. Rendre opérationnel des moyens de communication efficaces constitue donc un défi majeur pour le renouveau de la santé publique au Canada.

Aujourd'hui, il existe déjà un programme « *FluWatch* »<sup>8</sup> mené par « Santé Canada », dont l'objet est de surveiller les éclosions de grippe durant toute la saison grippale et d'informer les professionnels de la santé publique par le biais de son site Web 'FluWatch'. La surveillance de la grippe est le fruit des efforts conjugués des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, des laboratoires participants, du Collège des médecins de famille du Canada, des médecins sentinelles et de Santé Canada. Toutefois, certaines contraintes liées au fonctionnement de Fluwatch en empêchent parfois le fonctionnement efficace.

Le docteur Naylor exprime en outre son scepticisme à l'égard de l'efficacité des screenings<sup>9</sup> réalisés par les agents de quarantaine en poste auprès des aéroports internationaux. La fièvre n'est pas toujours la preuve d'une maladie infectieuse et celle-ci peut toujours se déclarer après l'entrée sur le territoire d'une personne supposée saine. Il semble que ces tests de dépistage systématiques aient été surtout réalisés dans le but louable de rassurer la population. En réalité, il est beaucoup plus raisonnable de privilégier l'information aux passagers quant aux risques de maladies infectieuses et de compter sur leur bon vouloir...

heid) aan, dat de nodige algemene en aangepaste bevoegdheden zou krijgen om zich te doen gelden als een autoriteit op het stuk van de volksgezondheid<sup>7</sup>. Tevens werd voorgesteld een hoofdgeneesheer-hygiënist voor Canada aan te stellen. De federale overheid heeft zich ertoe verbonden de aanbevelingen van het adviescomité uit te voeren. De uitvoering van die maatregelen zou overigens amper 700 miljoen Canadese dollar kosten (de ziekenhuizen en de farmaceutische industrie geven evenveel uit in drie dagen!).

Antwoordend op de vragen van een aantal delegatielieden legt Dr. Naylor uit dat er geen algemeen informatiesysteem voor huisartsen bestaat. De hotlines (alarmlijnen) zijn ontoereikend, en als er een epidemie uitbreekt, weten de artsen niet waarheen ze hun patiënten moeten doorverwijzen. Systematische alarmering is moeilijk te organiseren: de overheid kent het adres van de artsen vaak niet, en heel wat artsen beschikken niet over een faxtoestel noch over een emailadres. Zorgen voor operationele en efficiënte communicatiemiddelen vormt dan ook een grote uitdaging voor de vernieuwing van het Canadese volksgezondheidsbeleid.

Er is wel al het « *FluWatch* »-programma<sup>8</sup> van Health Canada, dat ertoe strekt griepgolven in kaart te brengen tijdens het griepseizoen en de gezondheidswerkers te informeren via de FluWatch-website. Het monitoren van de griepbesmettingen is een gezamenlijk initiatief van de provinciale en territoriale ministeries van Volksgezondheid, de bij het project betrokken laboratoria, het Canadese college van huisartsen, de peilartsen en Health Canada. Het systeem is evenwel niet altijd even efficiënt, gelet op een aantal beperkingen die inherent zijn aan de werking van FluWatch.

Dr. Naylor staat sceptisch tegenover de doeltreffendheid van de screenings<sup>9</sup> door de quarantainebeambten in de internationale luchthavens. Koorts wijst niet noodzakelijk op een besmettelijke ziekte, en de ziekte kan zich ook altijd manifesteren nadat een als gezond beschouwd persoon het land is ingekomen. Naar verluidt werden die systematische screenings vooral uitgevoerd met de overigens zeer loffelijke bedoeling de bevolking gerust te stellen, maar eigenlijk doet men er veel verstandiger aan de passagiers voor te lichten over het risico op besmettelijke ziekten en te rekenen op hun goede wil ...

<sup>7</sup> La structure de cette Agence est actuellement mise à l'examen par Mme Carolyn Bennett, Ministre d'Etat. Cette dernière a été chargée par le gouvernement de mettre en œuvre les recommandations formulées dans le rapport.

<sup>8</sup> [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/fluwatch/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/fluwatch/index_f.html)

<sup>9</sup> Questionnaires à l'intention des voyageurs, prise de température.

<sup>7</sup> De structuur van dat Bureau voor de volksgezondheid wordt momenteel onderzocht door onderminister Carolyn Bennett, die door de regering belast werd met de uitvoering van de in het rapport geformuleerde aanbevelingen.

<sup>8</sup> [http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/fluwatch/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/fluwatch/index_f.html)

<sup>9</sup> Vragenlijsten die de reizigers moeten invullen, temperatuur-opneming.

Le docteur Naylor confirme en outre que l'épidémie de SRAS a bel et bien influencé l'enseignement universitaire, mais ce, de manière assez marginale. Parmi les étudiants, seul 1% se spécialise en santé publique.

Le SRAS a également provoqué un changement de mentalité dans les hôpitaux où les pratiques en matière d'hygiène hospitalière ont quelque peu évolué.

Interrogé sur l'efficacité des mesures de quarantaine, le docteur Naylor répond qu'elles ont posé peu de problèmes : les Canadiens, en général, et le personnel soignant, en particulier, ont fait preuve de bonne volonté en la matière. Pour preuve, seule une personne a du être mise sous garde policière.

Par ailleurs, M. Naylor souligne que les laboratoires de santé publique dépendent des provinces. Il existe toutefois un laboratoire de référence au niveau fédéral. Lors de la crise du SARS, les laboratoires provinciaux ont été débordés, les laboratoires hospitaliers ont par conséquent pris le relais.

Enfin, On doit relever une insuffisance des ressources humaines dans le domaine de la santé : de nombreux Canadiens n'ont pas de médecins traitants et le cadre hospitalier est loin d'être complet.

#### • **Rencontre avec le Maire de Toronto, M. David Miller**

*Contexte : M. David Miller a été élu maire de Toronto en novembre 2003 et n'a donc pas occupé cette fonction lors de l'épidémie du Sars.*

La délégation a rencontré le maire de Toronto dans le prestigieux « CityHall ». La discussion a notamment porté sur la réglementation municipale à l'égard du tabac. Il est en effet interdit de fumer dans les restaurants de la ville. A partir de juin 2004, la même réglementation s'appliquera dans les bars et pubs, sous réserve toutefois de la possibilité de fumer dans les zones réservées à cet effet. Le maire de Toronto a indiqué que cette interdiction n'avait pas d'impact majeur sur la fréquentation des établissements mais éventuellement sur le profil de la clientèle (certains fumeurs désertent les restaurants alors qu'un public nouveau s'y rend).

Le système hospitalier de la ville a également été abordé : Toronto compte en effet 42 hôpitaux et 8000 médecins pour 5,1 million d'habitants.

Dr. Naylor bevestigt dat de SARS-epidemie wel degelijk een invloed gehad heeft op het universitair onderwijs, zij het een vrij marginale invloed. Amper 1% van de studenten specialiseert zich in de volksgezondheid.

SARS leidde ook tot een mentaliteitswijziging in de ziekenhuizen, waar de praktijk op het vlak van de ziekenhuishygiëne een zekere evolutie heeft gekend.

Op de vraag naar de doeltreffendheid van de quarantainemaatregelen, antwoordde dokter Naylor dat de toepassing ervan probleemloos was verlopen: de Canadezen in het algemeen en het verplegend personeel in het bijzonder werkten immers zeer goed mee. Dat blijkt onder meer uit het feit dat slechts één persoon onder politiebewaking moest worden geplaatst.

De heer Naylor wijst erop dat de laboratoria bevoegd voor volksgezondheid van het provinciale niveau afhangen. Op het federale niveau bestaat wel een referentielaboratorium. Tijdens de SARS-crisis konden de provinciale laboratoria het vele werk niet langer aan en zijn de ziekenhuislabo's bijgesprongen.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat de gezondheidssector met een personeelstekort kampt: heel wat Canadezen hebben geen huisdokter en de personeelsbezetting in de ziekenhuizen is ondermaats.

#### • **Ontmoeting met de burgemeester van Toronto, de heer David Miller**

*Achtergrond: de heer David Miller werd in november 2003 tot burgemeester van Toronto verkozen, en bekleedde dat ambt dus niet ten tijde van de SARS-epidemie.*

De delegatie ontmoette de burgemeester van Toronto in de prestigieuze «City Hall». Bij die gelegenheid kwam onder meer de gemeentelijke reglementering betreffende het tabaksgebruik aan bod: er geldt in alle restaurants van de stad een rookverbod, dat vanaf juni 2004 tot de bars en de pubs zal worden uitgebreid. Roken kan wel in de voorbehouden rokerszones. Volgens de burgemeester heeft de maatregel geen noemenswaardige invloed op het aantal restaurantbezoekers, hoewel zich eventueel een verschuiving kan voordoen (een aantal rokers haakt af en wordt vervangen door een nieuw publiek)

Daarnaast werd ook het ziekenhuisbeleid in Toronto aangekaart: de stad beschikt over 42 ziekenhuizen en 8000 artsen, voor 5,1 miljoen inwoners.

## Rencontre avec le docteur Sheela Basrur, Medical Officer of Health, City of Toronto

*Contexte : le docteur Sheela Basrur, en tant que médecin hygiéniste de la ville de Toronto, a été l'un des acteurs de première ligne pendant l'épidémie de Sars, lors de laquelle elle a, selon de nombreux observateurs, fait preuve d'un leadership constant. Le 19 janvier 2004, quelques jours à peine avant la visite de la délégation parlementaire à Toronto, le ministre provincial de la Santé et des Soins de longue durée, George Smitherman, a annoncé la nomination de Mme Basrur comme médecin hygiéniste en chef de la province d'Ontario.*

Le docteur S. Basrur retrace la chronologie de l'épidémie de SRAS et distingue deux phases importantes. La première s'étend du 13 mars au 20 avril et la seconde du 20 mai au 24 juin. Pendant ces deux périodes, on a décelé 224 cas de SARS à Toronto (sur un total de 438 pour l'ensemble du Canada). Parmi eux, 44 morts ont dû être déplorés. 222 personnes ont dû être hospitalisées, dont 50 dans des unités de soins intensifs. Nombre d'entre elles (40%) étaient des membres du personnel soignant qui a payé un lourd tribut à la maladie (4 décès).

Trente et un cas ont par ailleurs été décelés dans une communauté religieuse unie.

Lors de la crise du SRAS, le rôle de « Toronto Public Health » a été multiple : la surveillance de la maladie, l'examen et la gestion des cas suspects, l'identification et la mise en quarantaine des proches des personnes atteintes, l'évaluation des risques sanitaires et la communication avec le public<sup>10</sup>, le contact avec les hôpitaux et autres agences de contrôle des infections.

Après avoir commenté la structure du système d'intervention d'urgence, Mme Basrur précise que la charge de travail a été très élevée lors de la crise du SRAS : plus de 300 000 appels téléphoniques ont pu être enregistrés (avec un pic de 47 567 appels sur une journée), environ deux mille enquêtes sur des cas pouvant être suspects<sup>11</sup>, le suivi de 198 cas probables et 26 cas suspects, 23306 contacts de suivi, 6995 personnes placées en quarantaine en même temps. Cette charge s'expli-

<sup>10</sup> Concernant les risques liés au travail, aux activités sociales...

<sup>11</sup> Avec une moyenne de 9 heures de travail par cas d'investigation : afin de limiter la contagion, il fallait impérativement retracer le parcours des personnes sous investigation depuis qu'elles présentaient les symptômes de la maladie mais aussi pendant une période de 10 jours précédant la naissance des symptômes.

## Ontmoeting met dokter Sheela Basrur, Medical Officer of Health van Toronto

*Achtergrond: dokter Sheela Basrur speelde als geneesheer-hygiënist van de stad Toronto een vooraanstaande rol tijdens de SARS-epidemie. Volgens tal van commentatoren hield ze gedurende de hele periode het heft in handen. Op 19 januari 2004, slechts enkele dagen voor het bezoek van de parlementaire delegatie aan Toronto, kondigde George Smitherman, provinciaal minister of Health and Long Term Care (minister bevoegd voor gezondheid en langdurige zorg), aan dat mevrouw Basrur tot hoofdgeneesheer-hygiënist van de provincie Ontario zou worden benoemd.*

Dokter S. Basrur schetst het verloop van de SARS-epidemie en onderscheidt daarin twee belangrijke periodes: van 13 maart tot 20 april en van 20 mei tot 24 juni. Tijdens die twee periodes werden in Toronto 224 gevallen van SARS vastgesteld (tegenover 438 in heel Canada); 44 mensen bezweken aan de ziekte en 222 mensen hadden ziekenhuisverzorging nodig, van wie 50 in de afdeling intensieve zorg. Onder hen heel wat leden van het verzorgend personeel, dat met vier dodelijke slachtoffers een zware tol betaalde.

Overigens werden 31 ziektegevallen in een gesloten religieuze gemeenschap vastgesteld.

Tijdens de SARS-crisis had «Toronto Public Health» uiteenlopende taken: bewaking van de ziekte, onderzoek en beheer van verdachte gevallen, identificatie en afzondering van de naaste omgeving van de besmette personen, inschatting van het gezondheidsrisico en communicatie met de bevolking<sup>10</sup>, contact met de ziekenhuizen en andere instanties bevoegd voor het toezicht op besmettingen.

Vooreerst licht mevrouw Basrur de organisatie van de crisismaatregelen toe. Ze wijst erop dat de werkdruk tijdens de epidemie uitzonderlijk hoog was: er waren meer dan 300.000 telefonische oproepen (met een piek van 47 567 oproepen in de loop van één dag), er werden zo'n 2000 onderzoeken omtrent mogelijke verdachte gevallen gevoerd<sup>11</sup>, 198 vermoedelijke en 26 verdachte ziektegevallen dienden te worden gevolgd, er waren 23 306 contacten in het kader van de bewaking van de ziekte

<sup>10</sup> met betrekking tot de risico's verbonden aan de arbeidssituatie, aan sociale activiteiten...

<sup>11</sup> Elk onderzoek vergde gemiddeld 9 uur: om de besmetting in te dijen moest voor elke onderzochte persoon worden nagegaan waar hij geweest was na het opduiken van de ziekteverschijnselen, maar ook in de loop van de tien daaraan voorafgaande dagen



que également par la durée de l'évènement : contrairement à une catastrophe (par exemple un accident aérien) dont les conséquences doivent être généralement gérées pendant une brève période de temps, la crise du SRAS a mis Toronto en alerte pendant quatorze semaines.

Il est opportun de préciser, en outre, que les autorités canadiennes n'avaient plus appliqué de mesures de quarantaine depuis plus de 50 ans. Il a été nécessaire de faire preuve d'inventivité en la matière notamment à l'égard du personnel infirmier dont dépendait la survie du système. Mme Basrur souligne à cet égard les difficultés psychologiques, physiques, émotionnelles et financières ressenties par les personnes concernées, auxquelles il a été nécessaire d'assurer un suivi.

La communication et l'information ont également joué un grand rôle. A titre d'illustration de son propos, Mme Basrur précise qu'au Canada, l'épidémie a suscité presque autant d'intérêt médiatique que la guerre en Irak. Des briefings quotidiens ont été organisés et, pendant les huit premières semaines, plus de 1200 appels ont été enregistrés de la part des journalistes. Une newsletter quotidienne (électronique ou non) a été adressée aux acteurs locaux et internationaux. Les médias ont interrogé de nombreuses personnes dont plusieurs ont exprimé des opinions divergentes !

Mme Basrur estime que le SRAS a au moins eu le mérite de mettre l'accent sur les lacunes du système. Il a fait apparaître la nécessité de disposer d'un système informatique flexible et efficient, de surveiller de manière active les maladies respiratoires et de mettre sur pied des mécanismes de rapportage rapide des maladies au sein d'une juridiction mais également entre juridictions.

Le contrôle hospitalier des maladies infectieuses requiert en outre une implication plus active de la branche « santé publique »<sup>12</sup>. Les hôpitaux, eux aussi, nécessitent des ressources et une expertise accrues. Mme Basrur se réfère pour le reste aux conclusions de divers comités<sup>13</sup> chargés de tirer les leçons de l'épidémie ainsi qu'à une évaluation interne aux services de « *Public health Toronto* ».

<sup>12</sup> Et donc, une expertise et des ressources accrues ainsi qu'une présence 'in situ

<sup>13</sup> Au niveau provincial, la commission d'enquête sur la santé publique en Ontario, menée par le juge Campbell ; le rapport du comité d'experts sur le sras, présidé par le docteur David Walker et intitulé « pour le bien de la santé publique » ; le rapport rédigé par le Comité consultatif du SRAS, intitulé « Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada »

en 6 995 personnes werden tegelijkertijd in quarantaine geplaatst. De werkdruk houdt ook verband met de duur van de epidemie: daar waar voor een ramp (een vliegtuigongeluk, bijvoorbeeld) slechts gedurende een beperkte periode bijzondere maatregelen moeten worden genomen, hield de SARS-epidemie Toronto gedurende 14 weken in haar ban.

Bovendien moet worden opgemerkt dat de Canadese overheid sinds meer dan vijftig jaar geen quarantaine-maatregelen meer hoefde te nemen. Er kwam dan ook heel wat inventiviteit aan te pas, onder meer ten aanzien van het verplegend personeel, dat ter zake een sleutelrol vervulde. Mevrouw Basrur wees erop dat zowel de psychologische, de fysieke, de emotionele als de financiële moeilijkheden waarmee die personen geconfronteerd werden, moesten worden gevolgd.

Ook communicatie en informatie speelden een centrale rol. Het feit dat de epidemie in Canada nagenoeg evenveel media-aandacht kreeg als de oorlog in Irak, is tekenend. Er werden elke dag persbriefings georganiseerd en in de loop van de eerste acht weken werden meer dan 1200 telefonische oproepen vanwege journalisten opgetekend. Dagelijks werd ook een (al dan niet elektronische) nieuwsbrief aan de lokale en internationale actoren overgezonden. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de door de media ondervraagde experts er sterk uiteenlopende meningen op na hielden.

Volgens mevrouw Basrur had de SARS-epidemie als enige verdienste dat de leemten in het bestaande systeem werden blootgelegd. De epidemie toonde aan dat een flexibel en doeltreffend informaticasysteem noodzakelijk is, dat aandoeningen van de luchtwegen van nabij moeten worden gevolgd en dat moet worden gezorgd voor mechanismen die een snelle rapportering van die ziekten mogelijk maken, niet alleen binnen eenzelfde rechtsgebied maar ook tussen onderscheiden rechtsgebieden.

De ziekenhuizen kunnen slechts instaan voor een daadwerkelijke controle van de infectieziekten op voorwaarde dat aan de afdeling «volksgezondheid» een actieve rol wordt toebedeeld<sup>12</sup>. Ook de ziekenhuizen zelf hebben nood aan meer expertise en aan bijkomende middelen. Voor het overige verwijst mevrouw Basrur naar de besluiten van de diverse comités<sup>13</sup> die de opdracht kregen uit de epidemie de nodige lessen te trekken ener-

<sup>12</sup> De afdeling moet over een sterkere expertise en over bijkomende middelen kunnen beschikken en moet ook in de praktijk aanwezig zijn.

<sup>13</sup> Op het provinciale niveau: de onderzoekscommissie i.v.m. de volksgezondheid in Ontario onder leiding van rechter Campbell; het verslag van het comité van experts rond SARS, onder het voorzitterschap van dokter David Walker, met als titel: «pour le bien de la santé publique»; het verslag van het raadgevend comité inzake SARS met als titel: « Leçons de la crise du SRAS: renouvellement de la santé publique au Canada »



MARDI 27 JANVIER 2004

· **Rencontre avec Neill McKerell, chief of Emergency Management of Ontario**

*Contexte : La gestion des situations d'urgence en Ontario relève du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels. Le département « Emergency Management Ontario » dispose d'un centre provincial des opérations (CPO) pouvant, en cas d'urgence, être activé sans délai. Selon la nature de l'urgence et sa durée et ampleur, des employés d'un certain nombre de ministères provinciaux et fédéraux peuvent être appelés à travailler au CPO pour coordonner l'intervention provinciale.*

**Mandat**

Le département «Emergency Management Ontario» est responsable de la promotion, du développement, de la mise en œuvre et de la mise à jour des programmes de gestion des situations d'urgence dans tout l'Ontario. Les situations d'urgence sont régies par l'« *Emergency Management Act* » ainsi que par le décret 879/2003<sup>14</sup>.

En vertu de l'« *Emergency management Act* », Le président du conseil municipal peut déclarer la situation d'urgence pour l'ensemble ou une partie de la municipalité<sup>15</sup>. Le Premier ministre de l'Ontario, lui aussi, peut déclarer la situation d'urgence pour l'ensemble ou une partie de la province et peut déléguer à un ministre de la Couronne les pouvoirs qui lui sont conférés<sup>16</sup>. Chaque ministre de la Couronne responsable d'un ministère du gouvernement de l'Ontario doit d'ailleurs élaborer et mettre en œuvre un programme de gestion des situations d'urgence<sup>17</sup>. Le décret 879/2003 précité confie la responsabilité d'élaborer un tel programme en matière d'épidémie et d'urgence sanitaire au ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

<sup>14</sup> Voir Gazette de l'Ontario, 26 avril 2003, p. 1022.

<sup>15</sup> Emergency Management Act, article 4 (1).

<sup>16</sup> Emergency Management Act, article 7 (1).

<sup>17</sup> Emergency Management Act, article 5.1 (1).

zijds en naar de interne evaluatie van de diensten van «*Public health Toronto*» anderzijds.

DINSDAG 27 JANUARI 2004

· **Ontmoeting met Neill McKerell, chef of Emergency Management of Ontario**

*Achtergrond: Het beheer van noodtoestanden in Ontario valt onder het ministry of Community Safety and Correctional Services (het ministerie bevoegd voor de gemeenschappelijke veiligheid en de correctionele diensten). Het departement «Emergency Management Ontario» beschikt over een provinciaal centrum operaties dat zo nodig ogenblikkelijk kan optreden. Afhankelijk van de aard, de duur en de omvang van de noodtoestand, kunnen ambtenaren van een aantal provinciale en federale ministeries het provinciaal centrum versterken met het oog op de coördinatie van de operaties.*

**Opdracht**

Het departement «Emergency Management Ontario» staat in voor de verspreiding, de ontwikkeling, de toepassing en de bijwerking van de programma's voor het beheer van noodtoestanden in heel Ontario. De «*Emergency Management Act*» en het decreet 879/2003<sup>14</sup> vormen daartoe de wettelijke grondslag.

Overeenkomstig die akte kan de voorzitter van de gemeenteraad de noodtoestand uitroepen voor een deel of het geheel van het grondgebied van de gemeente<sup>15</sup>. De eerste minister van Ontario, van zijn kant, kan de noodtoestand uitroepen voor het geheel of een deel van de provincie en hij kan de hem toegekende bevoegdheden overdragen aan een minister van de Kroon<sup>16</sup>. Bovendien moet elke minister van de Kroon die toezicht houdt over een ministerie van de regering van Ontario, een beheersprogramma voor crisissituaties uitwerken en ten uitvoer leggen<sup>17</sup>. Het voornoemde decreet 879/2003 vertrouwt de verantwoordelijkheid voor het opstellen van zo een programma met betrekking tot epidemieën en sanitaire noodtoestanden toe aan de *minister of Health and Long Term Care* (de minister bevoegd voor gezondheid en langdurige zorg) .

<sup>14</sup> Zie Gazette de l'Ontario, 26 april 2003; blz. 1022

<sup>15</sup> Emergency Management Act, artikel 4 (1).

<sup>16</sup> Emergency Management Act, artikel 7 (1).

<sup>17</sup> Emergency Management Act, artikel 5.1 (1).

### Gestion du SRAS par le département « Emergency Management Ontario »

Le 23 février 2003, une dame âgée revient à Toronto après un séjour à l'hôtel Métropole à HongKong. Il s'agit du premier cas (« index case ») de SRAS au Canada. Lors de son décès, les médecins concluent à une crise cardiaque. Son fils est contaminé : le diagnostic conclut à la tuberculose.

Le 19 mars 2003, onze cas de SRAS sont diagnostiqués.

Le 26 mars 2003, à la demande du docteur James Young, commissaire à la sécurité publique de l'époque, le Premier ministre de l'Ontario déclare l'état d'urgence. Le Centre provincial d'urgence prend en main les opérations et s'organise pour gérer au mieux la situation : un « operational executive group » réunissant le commissaire à la santé publique, le docteur Colin N'Cunha, et le commissaire à la sécurité publique, le docteur Young coordonnent les opérations. Des contacts sont établis avec les multiples acteurs de la crise et notamment les régions touchées (c'est-à-dire la ville de Toronto et les régions de Durham, Peel, York et Halton) et le centre provincial émet des directives à l'intention des services de santé (fermetures d'hôpitaux, restrictions des visites, transferts des patients, protection des prestataires de soins hospitaliers), à l'intention des services communautaires (directives sur la conduite des opérations, sur la gestion des déchets biomédicaux...) et à l'intention des ministères (directives pour les employés). Une assistance est également offerte aux services aéroportuaires pour le screening des passagers.

Le centre provincial se charge également d'informer le public de l'évolution de la situation et de lui donner les conseils utiles. En l'occurrence, l'actuel commissaire à la sécurité publique, Neil McKerell estime qu'on a, à l'époque, sous-estimé l'impact économique du SRAS (de nombreuses conférences ont été annulées, l'industrie et l'activité hôtelière en ont souffert). Il est donc toujours nécessaire de trouver un juste équilibre dans l'information.

Les leçons de la crise du SRAS ont été nombreuses. Il est en effet apparu qu'une trop grande confusion régnait dans la répartition des rôles (premier ministre, ministre de la santé...). Par ailleurs, la structure du centre provincial n'était pas suffisante, à elle seule, pour répondre à l'éclosion d'une maladie infectieuse. Il est en outre nécessaire de créer un lien entre les stratégies locales et provinciales de réponse aux épidémies.

### Beheer van SARS door het departement «Emergency Management Ontario»

Op 23 februari 2003 keert een bejaarde dame, na een verblijf in het Metropole hotel in Hongkong, naar Toronto terug. Het gaat om het eerste geval («index case») van SARS in Canada. De dame overlijdt, volgens de dokters aan een hartaanval. Ook haar zoon wordt ziek en bij hem luidt de diagnose: tuberculose.

Op 19 maart 2003 zijn al elf gevallen van SARS vastgesteld.

Op 26 maart 2003 kondigt de eerste minister van Ontario op verzoek van dokter James Young, toenmalig Commissioner of Public Security (commissaris voor de openbare veiligheid), de noodtoestand af. Het Provinciaal Urgentiecentrum leidt de operaties en neemt de nodige maatregelen om de crisis zo goed mogelijk onder controle te houden: een «operational executive group» bestaande uit de Commissioner of Public Health (commissaris voor de volksgezondheid), dokter Colin N'Cunha, en de Commissioner of Public Security, dokter Young, staat in voor de operationele coördinatie. Er worden contacten gelegd met de diverse crisisactoren, waaronder in het bijzonder de getroffen regio's (de stad Toronto en de regio's Durham, Peel, York en Halton). Het Provinciaal Centrum vaardigt richtlijnen uit voor de gezondheidsdiensten (sluiting van ziekenhuizen, beperking van de bezoeken, overbrenging van patiënten, bescherming van de zorgverleners in de ziekenhuizen), voor de gemeenschapsdiensten (richtlijnen inzake de uitvoering van de operaties, de verwerking van biomedisch afval,...) en voor de ministeries (richtlijnen voor de ambtenaren). De luchthavendiensten krijgen ook hulp bij het screenen van de passagiers.

Daarnaast houdt het Provinciaal Centrum het publiek op de hoogte van de evolutie van de toestand en verspreidt het nuttige tips. De huidige Commissioner of Public Security, de heer Neil McKerell, vindt dat men tijdens de crisis de weerslag van SARS op de economie onderschat heeft (tal van conferenties werden afgelast, de industrie en de hotelbranche hadden er onder te lijden). Bij het verstrekken van informatie komt het er dus steeds op aan het juiste evenwicht te vinden.

Uit de SARS-crisis werden tal van lessen getrokken. Het is immers gebleken dat de taakverdeling onduidelijk was geregeld (eerste minister, minister van Volksgezondheid,...). Bovendien volstond de structuur van het provinciaal centrum op zich alleen niet om het hoofd te bieden aan het uitbreken van een besmettelijke ziekte. Voorts moeten de lokale en provinciale strategieën voor de bestrijding van epidemieën op elkaar afgestemd worden.

Enfin, la crise a démontré l'importance fondamentale d'une communication efficace et du partage d'informations.

**Rencontre avec le docteur Moe Watkin, Epidemiological Centre Manager, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care**

La province d'Ontario a une superficie trente-cinq fois supérieure à celle de la Belgique et compte douze millions d'habitants. Toronto, capitale de la province, est la plus grande métropole du Canada, comptant à elle seule, 5,1 millions d'habitants (dont 40 % d'immigrants).

Sous l'angle de la santé publique, l'épidémie de SRAS a représenté un défi majeur : on ne disposait pas en effet de tests laboratoires permettant de diagnostiquer la maladie (les symptômes étaient en effet très ordinaires : fièvre, toux, essoufflement, maux de tête, diarrhée, nausées, myalgies) et les facteurs de contamination étaient inconnus. La classification des cas, notamment les cas asymptomatiques, était complexe. Au fur et à mesure, il a été nécessaire d'affiner et de développer la définition. On a également constaté un manque d'infrastructure d'urgence et les prestataires de soins ont été fortement exposés.

61% des cas de SRAS ont été décelés à Toronto, 39 % dans les régions avoisinantes. Au total, sur les 375 cas recensés<sup>18</sup>, le taux de mortalité s'est élevé à 17,4 % : la première phase de la crise (19,1%) a été plus meurtrière que la seconde (15,3%). En comparaison avec les autres pays touchés, le taux de mortalité au Canada a été le plus élevé<sup>19</sup>. Curieusement, 65 % des victimes étaient des femmes : ce taux s'explique sans doute par le fait que de nombreuses victimes travaillaient dans le domaine de la santé (infirmières). 54 % des victimes étaient âgées de 36 à 64 ans. 5 % seulement étaient âgées de moins de 18 ans, 24% étaient âgées de 18 à 35 ans, et 17 % étaient âgées de plus de 65 ans.

Pendant la crise, des milliers de personnes, parmi lesquelles un grand nombre de travailleurs de la santé, ont été placées en quarantaine.

Tot slot heeft de crisis aangetoond dat efficiënte communicatie en gedeelde informatie van primordiaal belang zijn.

**Ontmoeting met dokter Moe Watkin, Epidemiological Centre Manager, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care**

De provincie Ontario is 35 maal groter dan België en telt twaalf miljoen inwoners. Met 5,1 miljoen inwoners (onder wie 40 percent immigranten) is de provinciehoofdstad Toronto de grootste stad van Canada.

De SARS-epidemie vormde een grote uitdaging voor de volksgezondheid: men beschikte namelijk niet over laboratoriumtests om de ziekte te diagnosticeren (de symptomen waren inderdaad erg alledaags: koorts, hoesten, ademnood, hoofdpijn, diarree, misselijkheid, spierpijn) en het was niet bekend hoe de ziekte zich verspreidde. Het was een zware klus sommige ziektebeelden als SARS te herkennen, zeker wanneer het om asymptomatische gevallen ging. In de loop van de epidemie moest de definitie van de ziekte verfijnd en verder ontwikkeld worden. Men kwam tevens tot de vaststelling dat de urgentievoorzieningen niet volstonden. De zorgverleners werden vaak aan besmetting blootgesteld.

61 percent van de SARS-gevallen werd in Toronto geregistreerd, 39 percent in de omliggende regio's. Voor de 375 geregistreeerde gevallen<sup>18</sup> bedroeg het sterftecijfer 17,4 percent: in de eerste fase van de crisis (19,1 percent) vielen meer dodelijke slachtoffers dan in de tweede (15,3 percent). In vergelijking met de andere getroffen landen had Canada het hoogste sterftecijfer<sup>19</sup>. Vreemd genoeg waren 65 percent van de slachtoffers vrouwen, wat allicht verklaard wordt door het feit dat tal van slachtoffers in de gezondheidszorg werkten (verpleegsters). 54 percent van de slachtoffers behoorde tot de leeftijdsgroep van 36 tot 64 jaar. Slechts 5 percent was jonger dan 18 jaar, 24 percent behoorde tot de leeftijdscategorie van 18 tot 35 jaar en 17 percent was ouder dan 65 jaar.

Tijdens de crisis werden duizenden personen, onder wie vele gezondheidswerkers, in quarantaine geplaatst.

<sup>18</sup> Parmi ces 375 cas, on dénombre 247 cas probables et 128 cas suspects.

<sup>19</sup> Chine (6,6%), HongKong (17,0%), Taïwan (10,7%), Singapore (13,9%) et les États-Unis (0%).

<sup>18</sup> Onder die 375 waren er 247 waarschijnlijke gevallen en 128 verdachte gevallen.

<sup>19</sup> China (6,6%), Hongkong (17,0%), Taiwan (10,7%), Singapore (13,9%) en de Verenigde Staten (0%).

M. Moe Watkins relève l'efficacité du travail et du dévouement du personnel hospitalier et des téléconférences ainsi que du partage d'information entre le ministère et les Unités sanitaires provinciales. D'autres aspects de la gestion du SRAS auraient pu être meilleurs : tel est le cas de la répartition des rôles et des responsabilités entre les différents acteurs.

A l'avenir, il sera donc nécessaire de mettre l'accent sur la nécessité d'un leadership et d'une coordination accrue, d'une augmentation des ressources, d'une communication et d'une surveillance renforcées.

Les prochaines étapes devront donc être de développer un nouveau programme spécialisé dans la surveillance des maladies infectieuses et dans la gestion des épidémies. Il conviendra également d'augmenter la capacité de réaction à ce type de maladies, de lancer un système de surveillance informatique et certainement de mettre à jour les procédures et les règles existantes.

MERCREDI 28 JANVIER 2004

· **Rencontre avec Mme Allison Stuart, Director, Emergency Management Unit and Lead of the Emergency Readiness Project, Ministry of Health and Long term Care for Ontario**

Mme Alison Stuart retrace la chronologie des événements liés à la crise du SRAS.

La gestion de l'épidémie au niveau provincial a été un réel challenge pour les autorités dans la mesure où l'agent épidémique était inconnu et où les informations relatives à la période d'incubation et au mode de transmission étaient incertaines. En outre ni test diagnostique, ni vaccin, ni même un commencement de traitement n'étaient disponibles.

Le cadre légal de l'intervention des autorités provinciales était le suivant :

- L' Emergency Management Act, qui définit d'une certaine manière l'équilibre entre les droits et libertés des individus et la nécessité d'un contrôle centralisé ;
- La loi sur la protection et la promotion de la santé, dont l'objet est d'assurer l'organisation et la prestation de programmes et de services de santé, la prévention

De heer Moe Watkins wijst op het efficiënte optreden en de toewijding van het ziekenhuispersoneel evenals op de doeltreffendheid van de videoconferenties en van de informatie-uitwisseling tussen het ministerie en de Provinciale Gezondheidseenheden. Op een aantal andere vlakken was de aanpak van de SARS-crisis voor verbetering vatbaar. Zo dienden de taken en bevoegdheden van de verschillende actoren nauwkeuriger afgebakend te worden.

In de toekomst moet bijgevolg de nadruk gelegd worden op een leadership en de verdere uitbouw van de coördinatie, op het vrijmaken van meer middelen en zal er een grotere rol weggelegd zijn voor communicatie en controle.

In de volgende fasen zal er dan ook een nieuw gespecialiseerd programma voor de monitoring van besmettelijke ziekten en voor de bestrijding van epidemieën moeten ontwikkeld worden. Tevens moet er sneller op het uitbreken van dergelijke ziekten gereageerd worden, moet er een geïnformatiseerd systeem van toezicht komen en moeten hoe dan ook de bestaande procedures en reglementeringen worden bijgewerkt.

WOENSDAG 28 JANUARI 2004

· **Ontmoeting met mevrouw Allison Stuart, Director, Emergency Management Unit and Leader of the Emergency Readiness Project, Ministry of Health and Long Term Care for Ontario**

Mevrouw Alison Stuart schetst de chronologie van de SARS-crisis.

De beheersing van de epidemie op provinciaal niveau stelde de overheid voor een grote uitdaging omdat de verwekker van de epidemie niet gekend was en er evenmin weinig geweten was over de incubatietijd en de wijze waarop de ziekte wordt overgedragen.

De provinciale overheden dienden binnen het volgend wettelijk kader te handelen:

- De Emergency Management Act die in zekere zin een afweging maakt tussen de individuele rechten en vrijheden en de noodzaak van een gecentraliseerd toezicht;
- De wet op de bescherming en bevordering van de gezondheid die het kader schept voor de organisatie en de uitvoering van de programma's en gezondheids-

de la propagation de la maladie et la promotion et la protection de la santé des habitants de l'Ontario ;

- La loi sur la santé et la sécurité au travail, définissant les droits et obligations des travailleurs et des employeurs.
- Les directives
- Les standards

Lors de la première phase de l'épidémie, la gestion choisie a été la gestion traditionnelle des urgences (celle traditionnellement appliquée, par exemple, en cas d'incendie) : gestion centralisée, cordon de sécurité autour des hôpitaux et zones affectées, isolement et quarantaine. Des directives ont été établies afin de répondre à tous les aspects «santé» et de contrôler le mouvement des personnes (personnel hospitalier et patients). De nombreuses activités hospitalières, non urgentes, ont été suspendues.

Des efforts importants ont également dû être réalisés pour fournir au personnel le matériel de protection adéquat (gants, masques...).

Le 17 mai 2003, l'état d'urgence provincial est levé.

L'éclosion de la deuxième phase de l'épidémie est entourée de mystère. Les causes de la contamination sont troubles. La gestion de cette nouvelle vague a heureusement été facilitée par l'expérience de la première. Les hôpitaux ont continué à fournir la presque totalité de leurs services. Certains hôpitaux de la région du Grand Toronto ont en effet créé une alliance, mettant l'accent sur l'évaluation, la prise en charge et le traitement des patients atteints du SRAS. En vertu de cette alliance, certains hôpitaux ont ouvert des cliniques de dépistage du SRAS ainsi que des unités spéciales pour prendre en charge les patients atteints. Cette deuxième phase a été caractérisée par un grand nombre de défis, résultant du sous financement du système des soins de santé et de l'inquiétude des travailleurs de première ligne à l'égard de leur vulnérabilité.

Mme Stuart donne un aperçu statistique de la crise du SRAS :

Les deux vagues de l'épidémie ont au total coûté la vie à 44 personnes, dont 4 travailleurs de la santé. Soixante-cinq membres du personnel hospitalier ont été atteints par la maladie.

diensten, voor het preventiebeleid tegen de verspreiding van ziekten en voor de bevordering en bescherming van de gezondheid van de inwoners van Ontario;

- De wet op de gezondheid en de veiligheid op het werk die de rechten en plichten van de werknemers en –gevers vastlegt;
- Richtlijnen;
- Standaarden.

In de eerste fase van de epidemie werd geopteerd voor de traditionele vorm van crisismanagement (zoals die in de meeste gevallen wordt toegepast, bijvoorbeeld bij brand): centraal beheer, veiligheidsperimeter rond de ziekenhuizen en de getroffen zones, afzondering en quarantaine. Er werden richtlijnen opgesteld om op alle gezondheidsaspecten te kunnen inspelen en de verplaatsingen van de personen (ziekenhuispersoneel en patiënten) te kunnen volgen. Tal van minder dringende ziekenhuisactiviteiten werden stilgelegd.

Er moesten ook heel wat inspanningen geleverd worden om het personeel met aangepaste beschermingskledij (handschoenen, maskers,...) uit te rusten.

Op 17 mei 2003 wordt de noodtoestand in de provincie Ontario opgeheven.

De uitbarsting van de tweede fase van de epidemie blijft een raadsel. Het is niet duidelijk wat de besmetting veroorzaakt heeft. De bestrijding van deze nieuwe opstoot werd gelukkig vergemakkelijkt door de ervaring die tijdens de eerste crisis was opgedaan. De ziekenhuizen hebben opnieuw bijna al hun afdelingen ingeschakeld. Een aantal ziekenhuizen uit de regio Groot-Toronto hebben een verbond gesloten om de evaluatie, de opvang en de behandeling van de SARS-patiënten te optimaliseren. In het kader van dit samenwerkingsverband hebben diverse ziekenhuizen afdelingen geopend om SARS-infecties op te sporen. Tijdens deze tweede fase doken tal van moeilijkheden op die te wijten waren aan de onderfinanciering van het systeem van de gezondheidszorg en aan de bezorgdheid van de eerstelijnszorgverleners over hun eigen veiligheid.

Mevrouw Stuart geeft een statistisch overzicht van de SARS-crisis.

De twee opstoten van de epidemie hebben in totaal het leven gekost aan 44 personen, onder wie vier gezondheidswerkers. Vijfenzestig leden van het ziekenhuispersoneel werden door de ziekte besmet.



Au cours de la crise, 71 directives, 19 communiqués et 26 questions/réponses ont été émises par le ministère.

Concernant les avis de voyage publiés par l'OMS, Mme Stuart regrette leur manque de clarté et s'interroge sur leur opportunité. Elle en rappelle en effet l'impact local et économique<sup>20</sup>.

L'épidémie aura permis de mettre l'accent sur la nécessité de développer, au sein du système des soins de santé, des mesures de contrôle à l'égard des maladies infectieuses et de conserver un système de screening et de surveillance ainsi qu'un système de traçabilité des patients. Une attention renforcée sera désormais portée à la gestion des urgences et à la sécurité et à la santé des travailleurs.

En réponse aux questions de la délégation, Mme Stuart précise qu'elle n'est pas favorable à la création d'un hôpital de référence qui, seul, devrait faire face à une épidémie. Il importe en effet que tous les hôpitaux soient préparés à l'éventualité d'une nouvelle maladie infectieuse (SRAS ou pas). En Ontario, l'hypothèse d'un hôpital de référence est de toute façon à rejeter : la taille de la province rendrait une telle mesure inefficace.

#### • **Rencontre avec le docteur David Mowat, Acting Senior Director General, Population and Public Health Branch**

Le docteur David Mowat confirme que « Santé Canada » s'est efforcé, au cours des derniers mois de solutionner les problèmes mis en évidence par le comité consultatif national sur le SRAS. Pour rappel, les problèmes relevés étaient notamment le renforcement des mécanismes de surveillance, l'amélioration de la coordination entre les différents gouvernements et institutions, l'amélioration des stratégies de communication publique, le renouvellement des ressources humaines, une meilleure planification des urgences, le renouvellement de l'infrastructure des laboratoires...

Tijdens de crisis heeft het ministerie 71 richtlijnen, 19 officiële mededelingen en 26 vragen/antwoorden verspreid.

Mevrouw Stuart betreurt dat de reisadviezen van de WGO geen eenduidige informatie bevatten en stelt zich vragen bij de waarde ervan. Ze verwijst hierbij naar de schade die deze adviezen op lokaal en economisch vlak hebben veroorzaakt<sup>20</sup>.

De epidemie heeft in elk geval de noodzaak aangetoond om in het kader van de gezondheidszorg de maatregelen inzake toezicht op infectieziekten verder te ontwikkelen en een systeem van screening en opspoorbaarheid en van toezicht op de patiënten te behouden. Voortaan zal er meer aandacht worden besteed aan het beheer van de spoedgevallendiensten en aan de veiligheid en gezondheid van de zorgverleners.

Antwoordend op de vragen van de delegatie stelt mevrouw Stuart dat ze geen voorstander is van de oprichting van een referentieziekenhuis dat in zijn eentje het hoofd zou moeten bieden aan een epidemie. Integendeel, alle ziekenhuizen moeten voorbereid zijn op een mogelijke nieuwe uitbarsting van een besmettelijke ziekte (SARS of een andere). In Ontario moet de hypothese van een referentieziekenhuis in elk geval verworpen worden: door de omvang van de provincie zou een dergelijke maatregel geen vruchten afwerpen.

#### • **Ontmoeting met dokter David Mowat, Acting Senior Director General, Population and Public Health Branch**

Dokter David Mowat bevestigt dat «Health Canada» de jongste maanden inspanningen heeft geleverd om een oplossing te vinden voor de problemen die het National Advisory Committee on SARS (nationaal raadgevend comité over SARS) aan het licht heeft gebracht. Ter herinnering, de vastgestelde problemen wezen meer bepaald op de noodzaak om de mechanismen van toezicht uit te bouwen, de coördinatie tussen de diverse regeringen en instellingen en de openbare communicatiestrategieën te verbeteren, het personeelsbeleid op een nieuwe leest te schoeien, de spoedgevallendiensten beter te organiseren, de laboratoriuminfrastructuur te vernieuwen,...

<sup>20</sup> Les estimations actuelles font état d'un coût de plus de 900 millions de dollars pour le système des soins de santé et de plus de 570 millions de pertes pour le secteur touristique

<sup>20</sup> Volgens de huidige schattingen is er sprake van een kostenplaatje van meer dan 900 miljoen dollar voor het stelsel van de gezondheidszorg en van een verlies van 570 miljoen dollar in de toeristische sector.

Il est certain que le Canada est aujourd'hui mieux armé pour détecter et gérer l'éclosion de maladies respiratoires analogues au SRAS. Le système de surveillance a en effet été adapté pour répondre de manière plus rapide à une épidémie, la capacité de diagnostic a été améliorée, des lignes directrices visant à prévenir les infections et à empêcher la propagation du virus dans les hôpitaux ont été élaborées.

En matière de surveillance il a été décidé de lancer, outre le réseau canadien existant d'information sur la santé mondiale, un système des alertes respiratoires. Par ailleurs, Santé Canada a également établi des définitions nationales de cas de SRAS, tenant compte de nouveaux tests diagnostics. Un « protocole d'analyse de laboratoire du coronavirus du SRAS au cours de la période de post-éclosion du SRAS » a été élaboré.

En cas de réapparition de la maladie, un large éventail de mesures pourront être entreprises dont notamment, la publication d'avis de voyage, des déclarations publiques coordonnées (fédéral, provincial et territorial), réinstallation, dans les aéroports canadiens, des imageurs thermiques dans les 24 à 48 h.

• **Rencontre avec l'Honorable Carolyn Bennett, Ministre d'Etat à la Santé publique en présence de M. Yves Morin, Sénateur**

*Contexte : Mme Carolyn Bennett a été nommée Ministre d'Etat à la Santé publique le 12 décembre 2003 et s'est vu confier la mission de mettre en œuvre les recommandations du comité consultatif national sur le SRAS. Elle seconde le ministre fédéral de la Santé, Pierre Pettigrew, dans la mise en place d'une nouvelle Agence canadienne de la santé publique.*

La rencontre avec la ministre d'Etat à la Santé publique a été l'occasion pour le ministre belge de la Santé publique et des Affaires sociales, de souligner les similitudes entre le Canada et la Belgique en matière de soins de santé, résultant de la structure fédérale des deux Etats.

La ministre s'est montrée très intéressée par la création d'un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Rudy Demotte lui a fait part des derniers développements en la matière.

Het staat buiten kijf dat Canada thans beter gewapend is om bij het uitbreken van een nieuwe epidemie ademhalingsziekten vergelijkbaar met SARS op te sporen en te bestrijden. Het toezichtstelsysteem werd aangepast om sneller te kunnen reageren op een epidemie, de diagnostische capaciteit werd verbeterd, er werden richtlijnen opgesteld om infecties te voorkomen en om te verhinderen dat het virus zich in de ziekenhuizen zou verspreiden.

Op het vlak van het toezicht werd beslist naast het bestaande Canadese informatienetwerk over de wereldgezondheid een alarmsysteem voor ademhalingsaandoening op te richten. Bovendien heeft Health Canada tevens nationale definities opgesteld van de ziektebeelden waaraan SARS beantwoordt. Daarbij werd uitgegaan van de nieuwste diagnostische tests. Er werd een «protocol van laboratoriumanalyse van het SARS-coronavirus voor de periode volgend op het uitbreken van SARS» opgesteld.

Als de ziekte opnieuw opduikt zal er een brede waaier van maatregelen in werking kunnen gesteld worden, waaronder met name de bekendmaking van reisadvies, gecoördineerde publieke verklaringen (federaal, provinciaal en territoriaal), het opnieuw opstellen in de Canadese luchthavens van een thermische scanner binnen de 24 à 48 uur.

• **Ontmoeting met Carolyn Bennett, onderminister van Volksgezondheid, in aanwezigheid van de heer Yves Morin, senator**

*Context: mevrouw Carolyn Bennett werd op 12 december 2003 tot onderminister van Volksgezondheid benoemd en kreeg de opdracht de aanbevelingen van het National Advisory Committee on SARS (nationaal raadgevend comité voor SARS) in de praktijk om te zetten. Zij assisteert de federale minister van Volksgezondheid, Pierre Pettigrew, bij de oprichting van een nieuwe Canadian Public Health Agency (Canadees agentschap voor de volksgezondheid).*

Tijdens zijn ontmoeting met de onderminister van Volksgezondheid onderstreepte de Belgische minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken dat de Canadese en de Belgische gezondheidszorg heel wat gelijkenissen vertonen, vermits beide landen op een federale structuur zijn gestoeld.

De onderminister was erg geïnteresseerd in de oprichting van een Europees Centrum voor de preventie en beheersing van ziekten. Rudy Demotte bracht haar op de hoogte van de stand van zaken.

Les derniers développements en matière de grippe aviaire ont également été abordés : la ministre d'Etat a précisé que des contacts quotidiens étaient organisés avec les provinces pour faire le point sur la situation. L'Agence canadienne d'inspection des aliments impose en outre des règles strictes sur l'importation de volaille et de produits avicoles. Par ailleurs, la ministre évoque les travaux du laboratoire national de microbiologie de Winnipeg, conçu pour permettre aux scientifiques et aux chercheurs de travailler en toute sécurité avec les maladies et les pathogènes humains et animaux les plus graves.

VENDREDI 30 JANVIER 2004

**Rencontre avec le docteur Eric Bouffet, Director of the Paediatric Brain Tumour Program, Professor of Paediatrics, Division of Haematology/Oncology, Hospital for Sick Children**

La délégation parlementaire a rencontré le docteur Eric Bouffet, oncologue à l'Hospital for Sick Children. L'objet de la rencontre était notamment de comprendre la manière dont a dû être gérée l'épidémie de SRAS dans un hôpital pédiatrique.

Le docteur Bouffet précise que la gestion au sein de son institution n'a pas fondamentalement différé de celle des autres hôpitaux : les directives gouvernementales ont en effet été suivies. La seule spécificité réside dans l'accueil des enfants, parmi lesquels on a relevé seulement deux cas suspects de SRAS. Il semble donc que la maladie ait touché davantage les adultes.

Force est de constater que, lors de l'éclosion de l'épidémie à Toronto, y a eu un certain flottement. Les directives provinciales ont en effet seulement été diffusées à l'issue de la première semaine.

La gestion initiale a reposé en grande partie sur le volontariat (fermeture complète et screening de tous les visiteurs de l'hôpital, précautions maximales, processus draconiens, accueil policier). Les mesures prises ont tout naturellement suscité des tensions avec les visiteurs, ont entraîné la fermeture des commerces installés au sein de l'hôpital ainsi que l'interruption des services bancaires disponibles.

Afin d'éviter tout risque de propagation de la maladie, il a été décidé de suspendre les consultations non urgentes et d'annuler les opérations chirurgicales programmées : l'activité hospitalière a donc été limitée, par la

Ook de recentste ontwikkelingen inzake de vogelpest werden aangekaart: de onderminister stelde dat zij dagelijks in contact stond met de provincies teneinde de toestand op de voet te volgen. Het Canadian Food Inspection Agency (Canadees agentschap voor de voedselinspectie) legt bovendien strikte regels op aan de invoer van pluimvee en aanverwante producten. De onderminister vermeldde voorts de werkzaamheden van het National Microbiology Laboratory (nationaal laboratorium voor microbiologie) in Winnipeg, waar wetenschappers en onderzoekers in alle veiligheid met de ernstigste menselijke en dierlijke ziektes en ziekteverwekkers kunnen omgaan.

VRIJDAG 30 JANUARI 2004

**Ontmoeting met dokter Eric Bouffet, directeur van het Paediatric Brain Tumour Program, Professor of Paediatrics, Division of Haematology / Oncology, Hospital for Sick Children**

De parlementaire delegatie ontmoette dokter Eric Bouffet, oncoloog bij het Hospital for Sick Children. Het doel van het onderhoud bestond erin te begrijpen hoe de SARS-epidemie in een kinderziekenhuis moet worden benaderd.

Dokter Bouffet legde uit dat de aanpak in het ziekenhuis niet fundamenteel verschilde van die in andere ziekenhuizen: overal werden de richtlijnen van de regering nageleefd. Het enige verschil lag in het onthaal van de kinderen, bij wie slechts twee mogelijke gevallen van SARS werden vastgesteld. Dit zou er dus op wijzen dat de ziekte eerder volwassenen heeft getroffen.

Men moet vaststellen dat er niet meteen werd ingegrepen toen de epidemie in Toronto uitbrak. Pas na een week werden er provinciale richtlijnen uitgevaardigd.

In eerste instantie werd vooral een beroep gedaan op vrijwilligers (volledige sluiting van het ziekenhuis en screening van alle bezoekers, maximale voorzorgsmaatregelen, draconische procedures, opvang door politie-agenten). De getroffen maatregelen veroorzaakten vanzelfsprekend spanningen bij de bezoekers en leidden tot de stopzetting van de handelsactiviteiten en de beschikbare bankdiensten in het ziekenhuis.

Teneinde ieder risico op uitbreiding van de ziekte te voorkomen, werd besloten de niet-dringende consulten uit te stellen en de geplande chirurgische ingrepen te annuleren: de ziekenhuisactiviteit werd dus noodzakelij-

force des choses, aux interventions urgentes ainsi qu'aux états graves nécessitant un suivi médical continu.

L'épidémie de SRAS et les précautions prises pour en éviter la propagation ont eu des répercussions importantes : d'une part, sur l'activité clinique et d'autre part sur l'activité académique<sup>21</sup>. L'interruption des activités a eu un impact économique important dans la mesure où une large partie du financement des hôpitaux est fonction des activités. L'activité clinique a pu reprendre juste avant l'éclosion de la deuxième phase de l'épidémie et en dépit de cette nouvelle crise, n'a plus été interrompue. Ce changement de politique résulte, selon le docteur Bouffet, d'une gestion plus efficace.

L'obligation imposée aux médecins d'examiner les patients en prenant une série de précautions a, à terme, créé une véritable psychose parmi les proches des malades ainsi que parmi le personnel hospitalier. L'épuisement professionnel et la contamination de certains membres des équipes soignantes ont été à la base de plusieurs démissions.

Le docteur Bouffet s'est dit en outre frappé par le contraste entre les aspects hospitaliers et publics de la gestion du SRAS. Alors que les hôpitaux appliquaient des mesures maximales de précaution, les politiques défendaient un message rassurant.

De nombreuses critiques ont été exprimées à l'encontre d'une gestion que d'aucuns ont jugée déplorable. Les personnes atteintes ont été dirigées vers les hôpitaux locaux qui, chacun, ont dû établir un protocole d'accueil alors qu'il aurait été plus raisonnable de concentrer ces patients au sein de la même institution.

Selon le docteur Bouffet, il y a eu une absence de prise de conscience et des messages préventifs insuffisants à l'égard des risques intrinsèques à toute activité sociale<sup>22</sup>. Interrogé sur l'opportunité d'interdire tout contact social alors que le facteur de risque principal est rencontré dans le secteur de soin, le docteur Bouffet répond qu'il est préférable d'interdire tout contact pendant une courte période plutôt que de prendre des mesures draconiennes et arbitraires pour certains et permissives pour d'autres !

<sup>21</sup> Pendant plus de cinq mois, aucune réunion à caractère scientifique ou caritatif n'a pu être menée.

<sup>22</sup> Le docteur Bouffet se réfère en particulier à l'absence de dissuasion à l'égard de la fréquentation des églises ou des enterrements

kerwijs beperkt tot dringende ingrepen en ernstige gezondheidstoestanden die een voortdurende medische begeleiding vereisten.

De SARS-epidemie en de maatregelen om de uitbreiding ervan te voorkomen, hebben aanzienlijke gevolgen gehad, zowel voor de klinische als de academische activiteit<sup>21</sup>. De onderbreking van de activiteit heeft een belangrijke economisch weerslag gehad, vermits de financiering van de ziekenhuizen grotendeels van hun activiteit afhangt. De klinische activiteit kon net vóór het uitbreken van de tweede fase van de epidemie worden hernomen en werd ondanks deze nieuwe crisis niet meer onderbroken. Volgens dokter Bouffet is deze ommekeer in het beleid toe te schrijven aan een doeltreffender beheer.

Doordat de dokters verplicht waren een hele reeks voorzorgsmaatregelen te treffen wanneer zij hun patiënten onderzochten, ontstond er na een tijdje een ware psychose, zowel bij de familieleden van de patiënten als bij het ziekenhuispersoneel. Verscheidene leden van het verzorgend personeel die professioneel opgebrand raakten of besmet werden, gaven hun ontslag.

Het viel dokter Bouffet ook op dat de ziekenhuizen en de overheid de SARS-epidemie op een geheel verschillende manier benaderden. Terwijl de ziekenhuizen maximale voorzorgsmaatregelen toepasten, verspreidden de politici een geruststellende boodschap.

Er werd vaak kritiek geuit op de aanpak van de epidemie die door sommigen zelfs als erbarmelijk werd bestempeld. De besmette personen werden naar de plaatselijke ziekenhuizen doorverwezen, die elk afzonderlijk een protocol voor hun opvang moesten opstellen, terwijl het verstandiger was geweest deze patiënten in één en dezelfde instelling samen te brengen.

Volgens dokter Bouffet was men zich niet ten volle bewust van de omvang van het probleem en was er onvoldoende preventieve communicatie over de risico's die iedere vorm van sociale activiteit meebracht<sup>22</sup>. Op de vraag of het nuttig zou zijn om ieder sociaal contact te verbieden terwijl de voornaamste risicofactor zich in de sector van de gezondheidszorg bevindt, antwoordde dokter Bouffet dat het beter is tijdens een korte periode iedere vorm van contact te verbieden, in plaats van draconische en willekeurige maatregelen te treffen voor sommigen en tolerant te zijn jegens anderen!

<sup>21</sup> Gedurende meer dan vijf maanden kon er geen enkele wetenschappelijke of charitatieve vergadering plaatsvinden.

<sup>22</sup> Dokter Bouffet verwijst met name naar het feit dat de bevolking niet werd afgeraden kerkdiensten of begrafenis te wonen.

En conclusion, le docteur Bouffet estime que les hôpitaux ont été insuffisamment informés des leçons à tirer de l'épidémie de SRAS.

Il serait utile d'éviter les contaminations inter-hospitalières en privilégiant la désignation d'un hôpital de référence. Les personnes en voie de guérison devraient être transférées dans des centres de convalescence, placés éventuellement en quarantaine.

Ensuite, il est inacceptable que les médecins qui, au péril de leur vie, ont mis leurs services à la disposition des malades perdent tout salaire pour la seule raison que leurs honoraires sont payés à l'acte. Il est à tout le moins logique qu'une assurance, voire une compensation fédérale, soit prévue.

#### IV. Répartition des compétences au Canada en matière de santé<sup>23</sup>

Le Canada est un Etat fédéral : deux niveaux de pouvoir sont compétents en matière de santé :

- Les autorités provinciales et,
- Les autorités fédérales.

Les tribunaux ont fixé les principes généraux relatifs à l'exercice des compétences:

- La compétence attribuée à un ordre de gouvernement lui est exclusive et ne peut être envahie par l'autre, que le gouvernement titulaire l'ait exercée ou non.
- Un sujet déterminé peut avoir un double aspect, ressortissant à la fois de la compétence fédérale et provinciale.
- Un législateur peut en outre intervenir dans l'exercice de sa compétence et, de la sorte, affecter de manière incidente une matière qui relève de la compétence du législateur fédéral ou provincial.
- En cas d'incompatibilité entre lois fédérales et provinciales valides, la première l'emportera.

L'attribution constitutionnelle de la compétence en matière de santé ne résulte pas d'une disposition précise et spécifique du droit public canadien. La Constitution ne mentionne en effet nulle part le pouvoir de faire des lois en matière de santé, de soins de santé ou de services de santé. Selon la Cour suprême du Canada,

<sup>23</sup> Synthèse de l'étude « La santé et le partage des compétences au Canada » réalisée par André Braën de l'Université du Canada (juillet 2002) et disponible sur le site Internet suivant : [www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/Braen\\_F.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/Braen_F.pdf)

Dokter Bouffet stelde ten slotte dat de ziekenhuizen onvoldoende op de hoogte werden gebracht van de lezing die zij uit de SARS-epidemie moesten trekken.

Het ware nuttig besmettingen tussen ziekenhuizen onderling te voorkomen door één ziekenhuis als referentiecentrum aan te duiden. Herstellende patiënten zouden naar revalidatiecentra moeten worden overgebracht, waar zij eventueel in quarantaine kunnen worden geplaatst.

Het is tevens onaanvaardbaar dat artsen die hun leven op het spel hebben gezet om zieken bij te staan, geen enkel loon ontvangen om de eenvoudige reden dat hun honoraria per prestatie worden betaald. Het is niet meer dan logisch dat er een verzekering of zelfs een compensatie vanwege de Staat zou bestaan.

#### IV. Bevoegdheidsverdeling inzake volksgezondheid in Canada<sup>23</sup>

Canada is een federale staat. Voor de volksgezondheid zijn twee bestuursniveaus bevoegd:

- de provinciale overheid en
- de federale overheid.

De rechtbanken hebben de algemene beginselen inzake de uitoefening van de bevoegdheden vastgesteld:

- De bevoegdheid die aan een overheid wordt toegekend, behoort haar alleen toe. Een andere overheid kan zich deze bevoegdheid niet toe-eigenen, ongeacht of de overheid aan wie zij toekomt, haar al dan niet heeft uitgeoefend.
- Een bepaald onderwerp kan een tweevoudig aspect hebben, dat zowel onder de federale als de provinciale bevoegdheid ressorteert.
- Door de uitoefening van haar eigen bevoegdheid kan de ene overheid bovendien onbewust een materie beïnvloeden waarvoor de andere overheid bevoegd is.
- Indien geldige federale en provinciale wetten verenigbaar zijn, zijn de eerste doorslaggevend.

Het Canadese publiek recht bevat geen specifieke en welomschreven bepaling inzake de grondwettelijke toewijzing van de bevoegdheid voor volksgezondheid. De Grondwet maakt inderdaad nergens melding van de bevoegdheid om wetten inzake gezondheid, gezondheidszorg of gezondheidsdiensten uit te vaardigen. Vol-

<sup>23</sup> Synthese van de studie «La santé et le partage des compétences in Canada», uitgevoerd door André Braën van de Université du Canada in juli 2002 en beschikbaar op de website: [www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/Braen\\_F.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/Braen_F.pdf)



la « santé » constitue d'ailleurs un sujet indéterminé que les lois fédérales ou provinciales peuvent aborder selon la nature ou la portée du problème en cause dans chaque cas.

La Charte canadienne des droits et libertés garantit, comme son nom l'indique, les droits et libertés qui y sont énoncés : elle s'impose à tous les législateurs. Elle n'a toutefois aucune incidence sur le partage des compétences. Cette Charte ne reconnaît pas le droit à la santé en tant que tel mais certaines dispositions permettent indirectement de le garantir (par exemple, principe d'égalité, dualité des langues officielles).

La province constitue l'autorité de première ligne dans le domaine de la santé. Cette compétence revêt de multiples facettes :

- L'article 92 (7) de la Constitution confère aux provinces le pouvoir d'établir les lois relatives à l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, des asiles, des hospices (la nature publique ou privée de l'institution concernée importe peu). C'est sur cette base que les provinces légifèrent quant à la détention des malades mentaux, l'établissement des comités thérapeutiques, l'avortement à l'intérieur d'un centre hospitalier. La réglementation en matière de relations de travail (ainsi que le droit de grève) relève également des autorités provinciales.
- Toute matière de nature purement locale ou privée relève de la compétence des provinces : sur la base de l'article 92 (16) de la Constitution, on reconnaît aux provinces une compétence générale, sinon extensive, en matière d'hygiène et de santé (par exemple, pouvoir d'établir une loi imposant un traitement aux héroïnomanes)
- En vertu de l'article 92 (13), le droit de propriété et les droits civils sont des matières ressortissant de la compétence provinciale. Or, dans la mesure où il est jugé qu'un régime contributif en matière de santé (assurance-hospitalisation, assurance médicale et assurance médicaments) affecte les droits civils des employeurs et employés, cette matière relève donc des provinces. Il en va de même en matière de commerce (toutes les étapes de production et de commercialisation d'un produit – par exemple, un médicament)
- L'éducation est également de la compétence des provinces, en application de l'article 93 de la Constitution : les provinces sont donc habilitées à légiférer en matière de programmes universitaires, de contrôle des diplômes, des tests de compétence...

gens het Canadese Hooggerechtshof is «gezondheid» overigens een onbepaalde materie, die in de federale of provinciale wetten kan worden benaderd volgens de aard of de draagwijdte van het probleem dat zich in elk van de afzonderlijke gevallen voordoet.

Het Canadian Charter on Rights and Freedoms (Canadees handvest inzake rechten en vrijheden) waarborgt, zoals zijn naam doet vermoeden, de rechten en vrijheden die erin staan vermeld: het is bindend voor alle wetgevers. Op de bevoegdheidsverdeling heeft het evenwel geen enkele invloed. Dit Handvest erkent het recht op gezondheid dus niet als dusdanig maar bevat wel een aantal bepalingen die het onrechtstreeks waarborgen, zoals het gelijkheidsbeginsel en het dualiteitsbeginsel inzake de officiële talen.

Op het vlak van de gezondheid is de provincie de eerstelijnsverantwoordelijke. Haar bevoegdheid vertoont talrijke facetten:

- Artikel 92 (7) van de grondwet verleent de provincies de bevoegdheid de wetten uit te vaardigen inzake de vestiging, het onderhoud en het bestuur van ziekenhuizen, gestichten en tehuizen (het maakt weinig uit of het om een overheids- dan wel om een privé-instelling gaat). Op grond hiervan keuren de provincies ook wetten goed inzake de opname van geesteszieken, de oprichting van therapeutische comités en de zwangerschapsonderbreking in een ziekenhuis. Ook de regelgeving met betrekking tot de arbeidsverhoudingen (en het stakingsrecht) is een provinciale bevoegdheid.
- Alle louter plaatselijke en privé-aangelegenheden vallen onder de bevoegdheid van de provincies: artikel 92 (16) van de grondwet kent de provincies een algemene, zo niet extensieve bevoegdheid toe inzake hygiëne en gezondheid (bijvoorbeeld voor het uitvaardigen van een wet die heroïneverslaafden verplicht een behandeling te ondergaan).
- Krachtens artikel 92 (13) vallen het eigendomsrecht en de burgerrechten onder de provinciale bevoegdheid. Indien een bijdragestelsel inzake gezondheidszorg (hospitalisatie-, medische en geneesmiddelenverzekering) de burgerrechten van werkgevers en werknemers beïnvloedt, valt deze materie onder de bevoegdheid van de provincies. Hetzelfde geldt voor de handel (alle productie- en verkoopfasen van een product, bijvoorbeeld een geneesmiddel).
- Volgens artikel 93 van de grondwet is ook het onderwijs een provinciale bevoegdheid: de provincies zijn dus gemachtigd om wetten te maken te vaardigen inzake universitaire programma's, toezicht op diploma's, competentiemetingen,...

Indépendamment des compétences provinciales énumérées ci-dessus, les autorités provinciales régissent, elles aussi, diverses matières.

- Le parlement fédéral dispose notamment de la compétence de faire les lois relatives à la quarantaine et au maintien des hôpitaux de marine.
- Le parlement est également compétent en matière de droit criminel, lequel, selon la Cour suprême du Canada, doit avoir un objectif de nature publique tels la paix publique, l'ordre, la sécurité, la moralité ainsi que la santé. Cette compétence en matière de droit criminel permet aux autorités fédérales d'interdire ou de contrôler la fabrication et la distribution de produits présentant un risque pour la santé, de fixer des exigences en matière d'étiquetage et d'emballage de produits dangereux ou encore d'imposer des mises en garde sur les paquets de cigarettes.
- Disposant du « pouvoir de dépenser », l'autorité fédérale pourvoit à l'octroi de fonds dans les domaines provinciaux au moyen de programmes de transfert ou de subventions. Leur octroi peut être soumis au respect de certaines conditions imposées aux provinces (des « standards nationaux »).
- Le législateur fédéral assure également la « paix, l'ordre et le bon gouvernement ». Selon la jurisprudence, ce pouvoir permet de légiférer dans des situations d'urgence et de crise nationale et sur toute matière qui présente un intérêt pour l'ensemble de la Fédération (théorie des dimensions nationales).

Ook de federale overheid staat in voor een aantal materies, onafhankelijk van de bovenvermelde provinciale bevoegdheden:

- Het federaal parlement heeft een wetgevende bevoegdheid inzake de quarantaine en het onderhoud van marineziekenhuizen.
- Het parlement is ook bevoegd voor het strafrecht, dat volgens het Canadese Hooggerechtshof een doelstelling van openbaar belang moet hebben, zoals de openbare rust, de openbare orde, de veiligheid, de openbare zeden en de volksgezondheid. Via deze bevoegdheid kan de federale overheid de aanmaak en de verdeling van producten die een gezondheidsrisico inhouden, verbieden of controleren, voorwaarden inzake etikettering en verpakking van gevaarlijke producten bepalen en waarschuwingen op pakjes sigaretten opleggen.
- Vermits de federale overheid bevoegd is om « uitgaven te doen », kent zij via transfer- en subsidieprogramma's fondsen toe aan provinciale initiatieven. De provincies moeten eventueel aan bepaalde voorwaarden (« nationale standaarden ») voldoen om deze overheidssteun te kunnen ontvangen.
- De federale wetgever staat tevens in voor « de rust, de orde en deugdelijk bestuur ». Volgens de rechtspraak kan hij dus wetten uitvaardigen in noodsituaties of bij een nationale crisis voor alle aangelegenheden die voor het geheel van de federatie van belang zijn (theorie van de nationale dimensies).