

La crise du SRAS

Rémi Moreau

Volume 71, numéro 3, 2003

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1092692ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1092692ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (imprimé)

2371-4913 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Moreau, R. (2003). La crise du SRAS. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 71(3), 363–379.
<https://doi.org/10.7202/1092692ar>

Résumé de l'article

L'auteur a suivi à la trace la propagation du virus du SRAS dans le monde, de février à juin 2003. Au moment de finaliser cet article, on avait recensé dans le monde environ 8 500 cas probables et 810 décès. Un bilan tragique, mais pas aussi meurtrier que d'autres grandes épidémies qui ont sévi par le passé ou qui tuent encore, notamment le sida, la peste, la malaria, la tuberculose, la diarrhée, la rougeole, la fièvre typhoïde ou la grippe.

Il tente d'abord de définir ce nouveau virus, appelé syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Il en examine ensuite les principaux foyers d'infection, notamment en Asie, et sa propagation dans la région de Toronto. Il mentionne le rôle joué à cet égard par l'Organisation mondiale de la santé. Puis, il décrit les effets de la maladie sur le plan financier, notamment dans l'industrie touristique, et sur le plan de l'assurance, dont son impact fut somme toute relativement mineur, tant il est vrai que le SRAS est exclu d'un grand nombre de polices. Enfin, il signale les leçons à tirer de cette crise, notamment sur le plan des mesures destinées à prévenir et à contrôler la propagation du virus.

La crise du SRAS

par Rémi Moreau

RÉSUMÉ

L'auteur a suivi à la trace la propagation du virus du SRAS dans le monde, de février à juin 2003. Au moment de finaliser cet article, on avait recensé dans le monde environ 8 500 cas probables et 810 décès. Un bilan tragique, mais pas aussi meurtrier que d'autres grandes épidémies qui ont sévi par le passé ou qui tuent encore, notamment le sida, la peste, la malaria, la tuberculose, la diarrhée, la rougeole, la fièvre typhoïde ou la grippe.

Il tente d'abord de définir ce nouveau virus, appelé syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Il en examine ensuite les principaux foyers d'infection, notamment en Asie, et sa propagation dans la région de Toronto. Il mentionne le rôle joué à cet égard par l'Organisation mondiale de la santé. Puis, il décrit les effets de la maladie sur le plan financier, notamment dans l'industrie touristique, et sur le plan de l'assurance, dont son impact fut somme toute relativement mineur, tant il est vrai que le SRAS est exclu d'un grand nombre de polices. Enfin, il signale les leçons à tirer de cette crise, notamment sur le plan des mesures destinées à prévenir et à contrôler la propagation du virus.

ABSTRACT

The author has tracked down the evolution of SARS crisis in the world, from February to June 2003. As he was finishing this, there have been 8,500 SARS cases reported and 810 deaths. So, it is not one of the true mass killers it was supposed to be in comparison with other world past or actual pandemic, such as aids, plague, malaria, tuberculosis, diarrhea diseases, measles, typhoid fever, or influenza.

After some general comments of the virus, called Severe Acute Respiratory Syndrome, he observes the appearance of that pneumonia-like virus in several Asia-Pacific countries and its subsequent spread to Canada in the Toronto area. He comments on the role played by the World Health Organization. Finally, he describes its impact on the economy in general, particularly the tourist industry, and its minor effect on the insurance industry, because SARS is excluded from several insurance policies. Finally, lessons are drawn, such as some steps to prevent and control the virus propagation.

■ LA MALADIE

Au fil des siècles, le monde a connu de terribles épidémies, dont la peste noire qui fit mourir quelque 25 millions de personnes entre 1346 et 1353, un nombre impressionnant qui dépassait largement, à l'époque, le quart de la population européenne. La peste demeura endémique pendant plus d'un siècle. Grâce aux progrès de la médecine et au développement de vaccins, on a pu croire à une complète éradication des épidémies au vingtième siècle. Force est d'observer encore, malheureusement, quelques poches de résistance.

Après la mortelle grippe espagnole de 1918-1919, qui tuait à toutes les dix minutes, c'est l'apparition du sida, découvert en 1981, qui se rapproche le plus de la grande pandémie, menaçant tout particulièrement le continent africain. On peut mentionner aussi des virus de toute sorte, plus localisés, qui ont fait leur apparition depuis peu dans le monde, néfastes à l'homme ou à l'animal : le syndrome de la guerre du Golfe, dans les années 1990, puis l'encéphalopathie spongiforme bovine (ou maladie de la vache folle) et la tremblante du mouton, puis le virus du Nil occidental, puis l'anthrax (ou virus du charbon), dont la dernière manifestation en septembre 2001 avait semé l'émoi et, enfin, la variole du singe, un virus africain qui a affecté de nombreuses personnes dans plusieurs États du Centre-Est des États-Unis. Dans ce sillage viral, une nouvelle maladie, jusqu'à inconnue, s'est répandue comme une traînée de poudre dans une trentaine de pays en 2003, notamment sur les territoires asiatiques et le Canada. Ce mal qui a répandu la terreur serait une forme très contagieuse d'infection du système respiratoire, baptisée pneumonie atypique ou syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

La lutte contre le SRAS a mobilisé des centaines de chercheurs partout dans le monde. Malgré tout, on connaît très peu de choses sur cette maladie, sinon qu'elle est causée par un virus aussi contagieux que le rhume. Le SRAS est une infection dont les personnes atteintes ont de la fièvre, puis des symptômes respiratoires (toux, essoufflement ou difficulté à respirer, douleurs musculaires, maux de tête). Dans certains cas, les symptômes respiratoires ont été très sévères et les personnes ont eu besoin d'un apport d'oxygène et d'une ventilation mécanique.

Selon la chaîne de transmission du virus, remontée par les autorités épidémiologiques mondiales, c'est en Chine, en novembre 2002, dans la province du Guandong, que le premier cas serait apparu chez l'humain. Le premier cas répertorié à l'origine de l'épidémie du SRAS a été rapporté le 28 février 2003 par le docteur Carlo Urbani, de l'Organisation mondiale de la santé. Il a été le premier à

signaler et à traiter la maladie chez un homme d'affaires américain admis dans un hôpital de Hanoï, au Vietnam. Le docteur Urbani, qui avait contracté le SRAS en soignant des patients dans cet hôpital, est lui-même décédé à la fin du mois de mars 2003.

Le virus s'est ensuite répandu en Asie du Sud-Est, particulièrement à Hong Kong, au Cambodge et au Vietnam, avant d'être porté dans le reste du monde par les transporteurs aériens sur lesquels naviguaient des voyageurs infectés. En avril 2003, on retrouvait le virus du SRAS dans plus de 28 pays répartis sur les cinq continents, dont le Canada.

Deux anecdotes démontrent à quel point son origine est discutable. D'abord, des chercheurs de l'Université de Hong Kong l'ont attribué à la civette, un mammifère qui ressemble à un gros chat sauvage d'une vingtaine de kilos. Ils ont en effet retrouvé, chez cet animal, le coronavirus responsable du SRAS, confirmant ainsi la piste d'un passage du virus entre les espèces animale et humaine. Protégée par une convention internationale, la civette est très appréciée dans la gastronomie chinoise. Puis, des experts ont prétendu que le virus du SRAS pourrait venir de l'espace, transporté par une comète qui serait tombée sur la Terre. Cette thèse apocryphe n'a pas germé dans un esprit crédule, mais dans celui d'un professeur britannique de mathématiques appliquées et d'astronomie, qui présentait son analyse dans la très sérieuse revue *Lancet*. Il rappelait qu'un ballon sonde envoyé à 41 kilomètres d'altitude il y a deux ans avait ramené des bactéries inconnues sur notre planète.

Dans la même Revue, des chercheurs allemands ont montré que le sucre de la réglisse, la glycyrrhizine, serait un meilleur remède contre le SRAS que le traitement prescrit habituellement aux malades, car plus efficace que cinq autres antiviraux pour bloquer la répllication du virus en laboratoire. La glycyrrhizine, la molécule extraite de la réglisse, est plus efficace que la ribavirine, l'antiviral actuellement le plus utilisé pour traiter le SRAS. Elle a été la plus efficace des cinq molécules testées par les chercheurs; à très hautes doses, elle bloque totalement la prolifération du virus. La réglisse est une plante largement utilisée en médecine traditionnelle chinoise et elle a déjà servi dans le traitement d'hépatites et du sida. Elle ralentit la reproduction du virus en rendant difficile son attachement aux cellules qu'il tente d'infecter. Des millions de personnes ont aussi essayé de se prémunir des dangers par le port du masque antiseptique, mais il semble que son efficacité ait été pour le moins douteuse.

En l'absence d'un test de laboratoire, les médecins ont utilisé les critères qui suivent pour diagnostiquer le SRAS :

- les personnes qui ont voyagé « récemment » dans des pays touchés en Asie ou qui ont eu des contacts étroits avec des personnes ayant un diagnostic de SRAS;
- qui ont de la fièvre (plus de 38 °C);
- et présentent un ou plusieurs des symptômes respiratoires suivants : toux, essoufflement ou difficulté à respirer.

Des scientifiques du Centre chinois pour le contrôle des maladies à Pékin ont découvert que le virus pouvait vivre cinq jours à la température ambiante dans la salive, sur différentes surfaces. Ceci confirme des résultats précédents, qui concluaient que le virus pouvait rester actif durant quatre jours dans les fèces et autant sur des surfaces plastiques à température frigorifique. C'est toutefois la première fois que le test était effectué sur de la salive, a expliqué le Dr. Klaus Stohr, responsable de la virologie à l'OMS. La période d'incubation de la pneumonie atypique pourrait être longue. Un adolescent de Toronto a développé le syndrome respiratoire aigu sévère 12 jours après que ses parents infectés aient été hospitalisés. C'est ce que rapportent les auteurs d'une « nouvelle » étude publiée sur le site Internet du journal de l'Association médicale canadienne.

■ LE RÔLE DE L'OMS

L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution confirmant et soulignant l'autorité de l'OMS pour vérifier l'existence des flambées épidémiques auprès des sources d'information disponibles, qu'elles soient officielles ou non. Cet accord réaffirme le rôle directeur de l'Organisation pour déterminer la gravité des flambées par des études sur place et pour veiller à ce que des mesures de lutte appropriées soient prises. L'OMS a établi une distinction entre un cas « soupçonné » et un cas « probable » de SRAS.

Un cas soupçonné est une personne qui entre dans l'une des deux catégories suivantes :

- une personne qui a de la fièvre et présente un ou plusieurs symptômes respiratoires, dont la toux, l'essoufflement ou la difficulté à respirer, dans les 10 jours de son retour d'un voyage dans des régions d'Asie où l'on a signalé des cas de SRAS;
- ou une personne qui a de la fièvre et présente un ou plusieurs symptômes respiratoires, dont la toux, l'essoufflement ou la

difficulté à respirer, dans les 10 jours d'un contact étroit avec un cas « probable » de SRAS.

Un cas « probable » de SRAS est semblable au cas soupçonné, mais le patient a souvent une maladie plus grave, avec un essoufflement progressif et de la difficulté à respirer et, dans certains cas, la radiographie pulmonaire montre les signes d'une pneumonie atypique.

Le 27 mars, l'OMS avait recommandé à toutes les régions de transmission locale récente de contrôler systématiquement tous les passagers pour les départs internationaux, de façon à veiller à ce que les sujets atteints et les contacts de cas de SRAS ne puissent pas partir. Cette recommandation s'appliquait alors à Hong Kong et à la province du Guangdong. La recommandation de différer tout voyage à Hong Kong et à Guangdong qui ne soit pas indispensable avait été publiée le 2 avril pour diminuer les risques de propagation internationale du SRAS.

Les recommandations pour les voyages furent publiées par l'OMS à plusieurs reprises après qu'elle eût étudié plusieurs facteurs : le nombre de cas probables de SRAS, le profil de la transmission locale récente et les dernières dates où des cas ont été exportés.

■ LES PERTES DE VIE

En Chine, l'OMS a estimé, à l'origine, que le nombre de nouveaux cas confirmés rapportés à Pékin était probablement sous-estimé à cause de diagnostics erronés qui accroissent les risques de contamination. La Chine continentale comptait au total 5 328 cas confirmés, ainsi que 1 042 cas suspects et 340 morts dues à la maladie. La ville de Pékin fut la plus touchée du monde avec 2 520 cas confirmés, 760 cas suspects et 190 morts.

« En mai, la situation s'est stabilisée et l'épidémie a montré une tendance au recul (...) le nombre de nouveaux cas a diminué et l'épidémie commence à être contrôlée efficacement, » a déclaré le vice-ministre de la Santé, Gao Qiang, au cours d'une conférence de presse.

Le 24 juin, l'OMS retirait la capitale chinoise de la liste des zones affectées par le virus, qui disparaissait également de la « liste noire » des destinations déconseillées aux voyageurs, soit 104 jours

après avoir lancé, pour la première fois de son histoire, une alerte mondiale face à l'épidémie de SRAS.

À Hong Kong, qui a été le territoire le plus touché par le virus juste après la Chine continentale d'où il s'est propagé, le SRAS a fait 296 morts sur 1 755 cas en 105 jours. Les trois mois, avec leurs victimes, l'angoisse psychologique et le prix fort payé par l'économie, ont représenté la période la plus dure pour Hong Kong depuis son retour sous le contrôle de Pékin en juillet 1997. Le 23 mai, l'OMS a annoncé qu'elle ne recommandait plus de différer les voyages non essentiels à destination de la région administrative spéciale de Hong Kong et de la province du Guangdong (Chine). Une nouvelle qui a eu l'effet d'une bouffée de fraîcheur, car l'ancienne colonie britannique est l'une des destinations de prédilection des voyageurs chinois.

Le 21 juin, Hong Kong a été officiellement déclaré exempt de pneumonie atypique par l'OMS après sa crise la plus grave depuis sa rétrocession à la Chine il y a six ans. Voici un extrait du communiqué :

« L'OMS a retiré aujourd'hui Hong Kong de sa liste des zones de propagation locale récente du SRAS. Vingt jours, ce qui représente le double de la période d'incubation maximale, se sont écoulés depuis que le dernier cas a été isolé le 2 juin ».

Sur le front de l'épidémie, tous les yeux restaient dès lors tournés vers Taïwan, confrontée, en mai, à une recrudescence du nombre de décès dus au virus du SRAS. Le chiffre record, en une seule journée, de 12 nouveaux morts avait en effet été annoncé dans l'île dans la dernière semaine de mai, où le personnel médical avait démissionné massivement. L'OMS avait levé le 17 juin son avis déconseillant de se rendre à Taïwan. La ville a été retirée le 5 juillet de la liste des régions affectées par la maladie, vingt jours après que le dernier cas eut été détecté dans l'île, a annoncé l'OMS. Les autorités sanitaires taïwanaises ont établi le bilan de l'épidémie de pneumonie atypique à 674 cas, dont 84 mortels.

Avec 28 morts et 206 personnes infectées, Singapour présentait le quatrième bilan de SRAS le plus élevé au monde, derrière la Chine continentale, Hong Kong et Taïwan. La fermeté de la cité État de Singapour en matière de lutte contre le virus a été mondialement reconnue. Les autorités n'ont pas hésité à mettre en place des mesures de quarantaine à grande échelle, à fermer les écoles et à procéder à des contrôles obligatoires de température dès le début de la maladie. Chaque foyer a reçu sa trousse anti-SRAS. Le gouvernement a envoyé pas moins de 1,1 million de pochettes contenant un masque antiseptique et un thermomètre électronique.

En France, un cardiologue de 65 ans qui avait contracté la maladie à l'hôpital français de Hanoï est décédé le 8 juillet. Il était hospitalisé depuis le 23 mars à l'hôpital de Tourcoing, dans le nord du pays, mais depuis la fin mai, les examens ne détectaient plus la maladie et indiquaient qu'il avait maîtrisé l'infection. L'hôpital explique la mort du patient par « l'épuisement lié à la durée des soins ». Il s'agit du seul décès lié au SRAS à survenir en France. Le cardiologue était le dernier patient atteint de SRAS encore hospitalisé.

■ LE CAS DE TORONTO

Enfin, au Canada, plus précisément dans la région de Toronto, le SRAS a connu deux phases distinctes, en avril-mai et en juin. L'Organisation mondiale de la santé a commencé à publier, en mars, des avis contre les dangers de voyages dans plusieurs pays ou villes. L'existence d'une transmission locale du SRAS avait conduit l'OMS à émettre, le 23 avril, un avis recommandant aux voyageurs de différer leur venue à Toronto. Cet avis de l'OMS concernant la ville de Toronto a été retiré, le 14 mai, devant, semblait-il, la disparition des dangers pouvant affecter les voyageurs et les mesures prises pour contrôler le risque. Soudainement, suite à l'apparition de nouveaux cas mortels à Toronto, le 21 mai dernier, l'OMS a annoncé qu'elle remettait à nouveau Toronto sur la liste des villes touchées par la pneumonie atypique. Cependant, l'OMS n'avait pas réinscrit Toronto sur la liste des destinations à éviter. Le 29 mai dernier, le SRAS a entraîné la fermeture d'une première école et la mise en quarantaine de quelque 1 650 élèves, professeurs et employés. Le malade canadien qui a provoqué la deuxième vague d'épidémie à Toronto avait 96 ans. À l'origine, l'équipe médicale avait diagnostiqué une pneumonie postopératoire chez ce nonagénaire et n'avait donc pris aucune précaution particulière.

Par ailleurs, la ministre fédérale de la Santé, Anne MacLellan, annonçait qu'Ottawa changeait sa définition du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) afin de se conformer aux règles de l'OMS. En raison de ces changements, le nombre de cas probables de pneumonie atypique a augmenté considérablement. La révélation qu'une nouvelle définition, plus stricte, serait employée pour la deuxième flambée de SRAS à Toronto a engendré l'impression que les autorités pourraient avoir tenté de minimiser le problème pour éviter d'autres manchettes négatives pour l'image de la ville.

Santé Canada a reçu, en date du 27 mai, un rapport de 350 cas probables ou suspects de personnes atteintes du SRAS. La transmission du SRAS est restreinte à certains milieux, notamment les familles, les établissements de santé et des communautés particulières.

Au lendemain du « Concert for Toronto », organisé au début de juin dans l'espoir d'attirer des touristes à Toronto, frappée par la crise du SRAS, le virus a fait deux autres victimes. Le syndrome respiratoire aigu sévère a fait, le 30 juin, sa première victime au sein du personnel du système de santé au Canada. La trente-neuvième victime était une infirmière de l'Hôpital général North York, la première employée des services de santé canadiens à succomber au SRAS.

L'Organisation mondiale de la Santé annonçait, le 2 juillet, quelques jours après Pékin, le retrait de Toronto de sa liste de villes affectées par le syndrome respiratoire aigu sévère. Il n'y avait pas eu de nouveau cas de SRAS signalé à Toronto depuis les 20 derniers jours, le double de la période d'incubation requise. L'OMS estimait que les autorités sanitaires de la région étaient parvenues à mettre en place des mesures permettant d'éviter la transmission de la pneumonie atypique. Le porte-parole de l'OMS, David Heymann, a qualifié la nouvelle de grande victoire pour la santé publique et souligne que Toronto a dû relever un grand défi étant confrontée à deux vagues de transmission de la maladie.

Toronto, la seule ville hors d'Asie qui a connu des décès, à l'exception d'un cas isolé en France, a été la zone la plus touchée par l'épidémie de pneumonie atypique avec 42 décès (trois personnes, précédemment contaminées, sont mortes du SRAS entre le 15 et le 30 juillet, soit deux semaines après le retrait de Toronto de la liste). La quarante et unième personne décédée était une infirmière qui avait été infectée lors de la première vague de SRAS. En tout, plus de 27 000 personnes dans la région ont été placées en quarantaine au cours des deux vagues d'épidémie. En date du 20 juillet, seize personnes étaient encore hospitalisées et Santé Canada dénombrait encore 439 cas, dont 251 cas probables, 14 cas actifs et 188 cas suspects.

Outre les graves conséquences sur le plan économique, le SRAS a généré une crise dans les hôpitaux de Toronto, où les opérations chirurgicales ont été annulées pendant l'épidémie. Le retard entraîné sera très long et difficile à rattraper, d'après l'Association médicale ontarienne, à la fois pour les opérations urgentes et non urgentes. L'un des événements les plus médiatisés de l'après-crise est sans doute le concert-bénéfice tenu au parc Downsview, le 30 juillet 2003, réunissant 14 formations musicales, dont les Rolling Stones. Près

de 500 000 personnes ont assisté à ce spectacle, qualifié comme le plus grand événement musical de musique rock après le festival de Woodstock en 1969. Financé par les gouvernements fédéral et provincial (à la hauteur de 5 millions de dollars) et par l'entreprise privée, ce concert se voulait une opération d'exorcisme destinée à chasser le démon, à convaincre que le mal était disparu et à redonner un peu de vigueur à l'industrie touristique de la Ville, qui aurait souffert d'un manque à gagner de 2 milliards de dollars depuis mars dernier. Tous les profits et chaque dollar des billets vendus devaient être remis à des organismes de recherche sur le SRAS. Sur le plan des retombées économiques, les plus optimistes prévoyaient que ce concert pourrait générer des profits à court terme de 50 millions de dollars. Cette prévision a été contestée par le *Conference Board*, estimant que les retombées économiques ne se manifesteront qu'à long terme, en 2004 ou en 2005.

■ L'IMPACT FINANCIER

Dès son apparition, le 16 novembre, la maladie était supposée devenir le virus le plus mortel depuis la grippe espagnole. Qu'en est-il? En six mois, le SRAS a fait moins de morts que la grande pandémie espagnole. En tout, l'OMS a recensé dans le monde environ 8 500 cas probables et 810 décès. Une personne atteinte sur dix en est morte. Un bilan tragique, mais faible, à l'échelle mondiale, si on le compare à la malaria ou à la tuberculose. La diarrhée ferait environ 2,2 millions de décès par année, la rougeole 900 000 décès, la fièvre typhoïde 600 000, l'hépatite B 600 000 et l'influenza 300 000 morts. La menace du SRAS n'est toutefois pas catastrophique, si on la compare avec la grippe, le paludisme, la diarrhée infantile, qui font actuellement beaucoup plus de victimes dans le monde que ce virus atypique, très localisé et par surcroît, peu mortel, car 90 % des personnes atteintes sont guéries.

Quelle est donc l'origine de cette panique, quasi hystérique, cette « peste » de 2003? Il y a la peur de l'inconnu, tout aussi forte que les grandes peurs médiévales, devant une nouvelle maladie qu'on ne peut maîtriser. Il y a aussi l'inquiétude face à l'impact financier. On a même craint une récession mondiale. Dans le *New York Times*, à lui seul, on a recensé quelque 500 000 titres sur le SRAS. En une seule semaine du printemps dernier, en avril, le virus faisait la une de tous les grands magazines américains. Les pays affectés ont dû livrer une bataille très difficile contre le virus du fait d'un manque de

connaissance et d'expérience. Beaucoup d'erreurs auraient pu être évitées. Certains pays, comme la Chine, qui a fait un mea culpa ultérieurement, ont manifestement minimisé l'importance du virus.

124 pays dans le monde ont adopté des mesures pour contrôler ou interdire l'entrée de ressortissants chinois sur leur territoire. L'OMS a mené des contrôles ponctuels pour s'assurer que les épidémies étaient correctement prises en charge. C'est en fonction des renseignements fournis par les gouvernements que l'OMS a pu émettre des recommandations sur le commerce et les voyages internationaux. On estimait, à la fin d'avril, que le SRAS avait déjà coûté quelque 30 milliards de dollars.

Sur le plan des dégâts économiques, le virus a passé bien près de plonger l'Asie dans la récession, elle qui commençait tout juste à se relever de la longue crise économique des années 1990. Nous ignorons encore la mesure exacte du ralentissement de la croissance économique causé par la maladie. Certains économistes faisaient état d'une baisse entre 1 % et 2 % de la croissance économique à Hong Kong, là où l'économie était la plus dynamique, au cœur d'une Chine en pleine croissance.

L'épidémie a continué d'être lourde sur l'industrie touristique en mai, alors que le nombre de voyages au Canada, à partir des États-Unis, a chuté pour un cinquième mois de suite, rapportait Statistique Canada le 17 juillet. Pour les pays d'outre-mer, on rapportait une baisse de 13,4 %.

Il y a eu 2,7 millions d'arrivées aux États-Unis en mai, en recul de 4,1 % sur les 2,8 millions d'avril. Des autres pays, note l'agence fédérale, 239 000 visiteurs sont venus au Canada, en baisse de 13,4 % sur les 275 000 comptés en avril. Depuis janvier, le volume de visiteurs d'outre-mer est tombé de 32,3 %. L'ensemble du marché de l'Asie s'avère « le plus durement touché » avec 25,3 % de moins en écart mensuel; le niveau de mai était aussi en recul de 56,5 % sur décembre et de 42,9 % sur septembre 2001.

Du côté des transporteurs aériens, Air Transat annonçait, en juin, une réduction de 15 % de la capacité de sa flotte en guise d'ajustement à l'épidémie qui a frappé Toronto. Pour sa part, Air Canada annonçait une perte totale de 1 milliard de dollars pour l'année en raison du SRAS. Le transporteur Air Canada a vu diminuer son trafic, en juin, le total des passagers milles payants (PMP) reculant de 17,5 % comparé à celui de juin 2002. Mais la baisse est nettement moins forte que celle observée en mai, quand le nombre de PMP avait plongé de 26,4 pour cent en écart annuel selon un communiqué d'Air Canada. Ailleurs, Jetsgo a fait part d'un coefficient d'occupation de

67,0 % en juin, en recul sur celui de 76,3 pour cent atteint en mai et les 72,6 % d'avril. Les données de mai tiennent compte de près de 3000 billets gratuits émis par Jetsgo pour encourager le tourisme à Toronto, dont l'économie était lourdement affectée par le SRAS. On se souviendra que Jetsgo, une compagnie créée sur les restes de la défunte Canada 3000, qui avait fait faillite après les attentats du 11 septembre 2001, a procédé à son premier vol il y a 13 mois.

Le SRAS a profondément retenti sur l'économie ontarienne, coûtant une perte de 1 des 3,2 % de croissance initialement prévus pour Toronto. Selon l'Association des hôtels du Canada, les pertes du secteur touristique torontois (hôtellerie, alimentation, récréation et transport) ont subi une perte de 211 millions de dollars au cours des trois mois fatidiques (mars, avril, mai), par rapport à la même période l'an dernier. Le premier décès lié au SRAS à Toronto était survenu le 5 mars 2003.

Le premier ministre ontarien s'est engagé à ce que son gouvernement rembourse tous les coûts associés au SRAS. La facture actuelle des dépenses liées au SRAS se chiffrait à 945 millions de dollars à la mi-juin. Le gouvernement ontarien a timidement offert un dédommagement d'au moins 500 \$ à chaque personne ayant subi une perte de revenus en raison du SRAS. L'enveloppe est réservée aux personnes qui ont été malades ou qui ont été placées en quarantaine, ainsi qu'à celles qui se sont absentes du travail pour soigner un malade atteint de la pneumonie atypique. Pour être admissibles, ces personnes devaient être salariées ou travailleurs autonomes et avoir été privées de leur revenu durant au moins cinq jours. L'Ontario à évalué à 30 000 le nombre de travailleurs ainsi éligibles.

Le gouvernement provincial a, pour sa part, annoncé en juin un programme d'indemnisation pour les personnes directement ou indirectement victimes du SRAS. Les personnes qui ont perdu des revenus à cause de la maladie ou pour s'occuper d'une personne atteinte du SRAS pouvaient réclamer jusqu'à un maximum de 6 000 dollars. Les travailleurs à temps partiel étaient également couverts par ce programme.

Le 6 juin, Ottawa a annoncé un programme de 10 millions de dollars pour faire la promotion des événements touristiques et festivals de Toronto, un montant très faible par rapport à la demande du gouvernement ontarien qui réclamait une enveloppe globale de 1 milliard de dollars pour faire face aux coûts économiques engendrés par cette crise.

Par ailleurs, une étude menée en avril et mai révélait que la crise torontoise n'a pas manqué de déteindre sur l'économie du tourisme

d'autres villes canadiennes. Dans la région montréalaise, les pertes engendrées par l'industrie touristique au printemps s'élèveraient à près de 50 millions de dollars, a estimé Tourisme Montréal. La première vague de SRAS a entraîné une baisse de 10 % des dépenses touristiques en avril et en mai, soit une perte de 35 à 40 millions de dollars. La métropole s'en tirait assez bien par rapport à la ville reine, dont la baisse a varié de 50 % à 70 %. Tourisme Québec a été obligé de revoir à la baisse ses prévisions de croissance de l'industrie pour l'année 2003 : la croissance anticipée est passée de 8,3 % à 2,3 %. Le manque à gagner de l'industrie touristique québécoise, par rapport à l'an dernier, serait de 468 millions de dollars.

À Vancouver, les pertes touristiques ont connu une baisse de 63 millions de dollars. Heureusement, le virus ne s'est pas propagé aux États-Unis, où les cas confirmés ne dépasseraient pas une douzaine de personnes. Aucun décès ne fut signalé. Nichés au coeur des Rocheuses, les parcs nationaux ne sont pas imperméables aux effets de la faiblesse de l'économie mondiale et de la peur du SRAS et du terrorisme, cette saison étant l'une des pires sur le plan touristique. Les traditionnelles files d'attente au Parc national Jasper sont inexistantes. La baisse de revenus des hôtels et restaurants seraient de l'ordre de 25 %, une mauvaise fortune attribuée à la faiblesse de l'économie mondiale, au traumatisme de l'après 11 septembre 2001, et à la mauvaise publicité due à l'épidémie de SRAS et à la maladie de la vache folle. Les Asiatiques et les touristes européens, qui fréquentent régulièrement les parcs des montagnes Rocheuses, ont été effrayés par la récente épidémie de pneumonie atypique à Toronto. Cette année, les voyages de groupes effectués par les Japonais, les Coréens et les Taïwanais sont en baisse d'au moins 50 %.

Au moment où ces lignes étaient écrites, deux rapports venaient d'être publiés (juillet 2003) par la Commission canadienne du tourisme. On y apprend que les répercussions de la guerre en Irak et de la crise du SRAS sur l'industrie touristique au Canada se comptent à coups de centaines de millions de dollars. Un premier scénario, plus bénin, prévoyait que les deux crises entraîneraient des pertes de recettes de l'ordre de 519 millions de dollars en 2003, et de 722 millions de dollars entre 2003 et 2006. D'autres scénarios prévoyaient plutôt des pertes allant jusqu'à 1,8 milliard de dollars en 2003 et 10,6 milliards de dollars de 2003 à 2006. Les pertes d'emplois dans le secteur touristique devraient se chiffrer aux environs de 5 300 en 2003 et quelque 7 350 emplois seraient perdus entre 2003 et 2006. Durant le seul mois d'avril, l'industrie canadienne de l'hébergement a vu l'annulation de 662 000 réservations de nuits à l'hôtel.

La crise du SRAS, conjuguée au cas isolé de la vache folle en Alberta, qui a entraîné un embargo imposé par une vingtaine de pays, a forcé la Banque du Canada, à la mi-juillet, à abaisser son taux directeur à 3 %, soit d'un quart de point. Cette décision a immédiatement fait plonger le dollar de près d'un cent par rapport à la devise américaine, le dollar canadien clôturant alors à 71,83 cents US. Après l'embellie printanière du dollar, qui ne cessait de s'affirmer, atteignant le seuil de 75 cents, le cours de la devise a depuis fluctué en dents de scie. Au moment de remettre cette copie, au début d'août, le dollar canadien clôturait à 71,12 cents par rapport à la devise américaine, une baisse de plus d'un point depuis les deux derniers jours.

À la fin de juillet, Statistique Canada annonçait que l'activité économique avait légèrement repris en mai, le PIB ayant augmenté de 0,1 pour cent d'avril à mai, par rapport à un recul de 0,2 pour cent, le mois précédent, de mars à avril. La crise du SRAS et le boycott du boeuf de l'ouest ont été les grands facteurs du ralentissement économique au Canada, alors que le PIB se chiffrait à 1,8 pour cent sur 12 mois (soit 992,5 milliards de dollars).

■ L'IMPACT SUR LES ASSURANCES

Il semble que l'industrie de l'assurance n'ait pas été affectée par cette maladie. Selon le BAC, il faudra attendre pour voir le nombre de poursuites qui seront intentées dans le domaine de la responsabilité professionnelle médicale alléguant la négligence des médecins et des hôpitaux dans le diagnostic de la maladie.

En assurance des pertes d'exploitation, le risque n'est pas couvert, car cette assurance, pour être applicable, doit être liée au préalable à l'existence de dommages matériels. La seule crainte de la maladie entraînant une quarantaine n'enclenche pas cette assurance.

L'assurance voyage ne s'applique pas non plus en raison d'annulation de transport basée sur la seule crainte de contamination. La maladie doit être réelle pour que l'assurance soit applicable. La plupart des polices d'assurance annulation d'événements (conventions, expositions, spectacles) excluent les risques de virus.

La seule assurance affectée serait l'assurance accident du travail offerte par les assureurs privés, car plusieurs employés ayant été diagnostiqués comme cas probables ont dû s'absenter de leur travail.

Loin d'affecter le secteur de l'assurance, au contraire, cette crise a pu contribuer à renforcer l'image de l'industrie et le besoin de protection, surtout dans les pays asiatiques, où plus d'assurances vie et d'assurances privées médicales ont été vendues. Certaines compagnies, dont AIG, ont prévu une croissance de 15 % dans le secteur de l'assurance vie en 2003.

L'assurance aviation, qui enregistre annuellement des coûts supérieurs à 2 milliards de dollars, a besoin d'un revenu primes d'au moins 2,5 milliards de dollars pour être rentable, un chiffre qui ne serait certainement pas atteint cette année, suite à la guerre en Irak et à la crainte du SRAS. En Chine et en Malaisie, le trafic aérien a été réduit de plus de 50 % en avril. D'autres réductions, de l'ordre de 30 %, ont été observées pour la même période, en Indonésie, en Thaïlande et à Singapour.

Le secteur le plus fragile est certainement l'industrie du voyage, qui a été particulièrement touchée, depuis l'apparition du SRAS, notamment les transporteurs aériens. À cet égard, une initiative intéressante sur le plan de l'assurance mérite d'être signalée. La Thaïlande a mis en place, en mai dernier, un fonds d'assurance pour les touristes. En effet, pour rassurer les touristes et les faire revenir dans le pays, le ministre du tourisme et des sports thaïlandais a annoncé le versement de 100 000 dollars pour ceux qui seraient contaminés par le virus sur son sol et en décèderaient. Cette annonce faisait suite à un conseil des ministres durant lequel la mise en place d'un fonds d'assurance pour les étrangers d'environ 1,5 milliard de dollars a été décidée. Ce fonds concerne les touristes arrivés après le 20 mai pour une période de 180 jours. Ce pays a enregistré deux décès dus au SRAS mais pas de contamination locale. Les arrivées de touristes ont chuté de 46 % en avril et de 55 % en mai.

À Singapour, la société NTUC Income Insurance Cooperative a conçu une assurance couvrant la perte de vie liée au SRAS au montant de 30 000 dollars singapouriens (17 000 dollars US), incluant les frais d'hospitalisation et la perte de revenu découlant d'une mise en quarantaine. La prime est variable selon l'âge du souscripteur (100 dollars singapouriens pour les assurés âgés de 18 à 55 ans, et 150 dollars singapouriens pour les assurés de 56 à 75 ans).

De son côté, l'OMS a institué un fonds pouvant recueillir 100 millions de dollars de fonds privés pour combattre l'épidémie de SRAS, selon une annonce faite le jeudi 22 mai dans le *Wall Street Journal*. Citant des responsables qui géreront ce fonds, le quotidien indiquait que l'argent recueilli servirait essentiellement à développer les infrastructures chinoises en matière de santé.

Sur le plan de la prévention, les gestionnaires de risque des grandes compagnies multinationales ont réexaminé les dangers du SRAS sur les employés travaillant dans les régions touchées, particulièrement en Asie, notamment à Hong Kong, et dans la région torontoise. L'une des mesures prises fut l'imposition d'une absence obligatoire de 10 jours de travail à tout employé ayant été diagnostiqué comme cas probable ou cas suspect.

■ CONCLUSION

Dans des contextes aussi différents que ceux de la Chine continentale, de Toronto ou de Hong Kong, le SRAS a mis au jour les problèmes de manque de transparence politique, la rapidité de la propagation d'une maladie sur le plan géographique et les difficultés d'organisation des systèmes de santé.

Première épidémie de dimension internationale du XXI^e siècle, le SRAS a entraîné une mobilisation sans précédent dans l'histoire de l'OMS par sa rapidité et par le degré de collaboration internationale. L'OMS y voyait une occasion de recouvrer une certaine autorité politique et une image internationale qui a été anémiée par le passé. L'OMS a voulu « circonscrire toutes les possibilités pour cette nouvelle maladie de s'installer et de devenir endémique », a indiqué le docteur Brundtland lors de la conférence de Kuala Lumpur. Le SRAS a changé la perception de la menace des maladies infectieuses et a élevé les standards de santé publique à un nouveau degré d'importance.

Il faut souligner que l'épidémie a été maîtrisée par la combinaison de méthodes traditionnelles de lutte contre les maladies infectieuses — isolement des malades et quarantaine pour les personnes en contact avec eux — et des techniques modernes de communication, principalement l'Internet. Maîtrise ne signifie pas cependant victoire totale. Un nouveau cas mortel a été signalé, à la fin juillet, à Pékin. D'autres cas, sans doute, surviendront.

Devant les inconnues concernant le SRAS, l'OMS a insisté sur l'importance de maintenir un haut niveau de mobilisation. Outre la question d'un éventuel retour de la maladie, peut-être sous forme saisonnière, les scientifiques estiment que deux conditions, notamment, non encore remplies, sont nécessaires pour espérer parvenir à éradiquer le SRAS. La première est de disposer d'un outil, idéalement un vaccin, permettant de casser la chaîne de transmission. La deuxième

condition est de disposer de tests diagnostiques, fiables, rapides, sensibles et faciles d'emploi. Il reste encore beaucoup de questions, non résolues, auxquelles les prochains mois et les prochaines années apporteront peut-être des réponses satisfaisantes.

Les ministres de la Santé des 21 pays du Forum Asie-Pacifique (APEC), réunis à Bangkok en juin 2003, ont approuvé une série de mesures destinées à empêcher une nouvelle épidémie de SRAS et se sont engagés à renoncer aux mesures protectionnistes comme moyen de lutter contre la maladie. À l'ouverture de la conférence, les Chinois ont fait leur « mea culpa » pour avoir caché des informations sur les cas de SRAS.

« Lorsque l'épidémie est apparue, nous ignorions sa gravité. Qui plus est, nos services sanitaires étaient fragiles et imparfaits et il n'y avait ni chaîne de commandement unifiée ni fluidité dans l'échange d'informations » a expliqué la vice-premier ministre chinoise, Wu Yi, qui affirmait, du même souffle, que « Vaincre l'épidémie de SRAS a rendu la société chinoise plus mûre et plus ouverte. »

Selon le communiqué final, les 21 ministres ont adopté un plan d'action visant à normaliser les mesures de contrôle et à accroître l'échange d'informations. Aiguillonnés par leurs experts en santé, ils se sont en outre engagés à coopérer avec l'Organisation mondiale de la Santé à tout mettre en oeuvre pour faciliter le passage en douane des équipements médicaux et à renoncer aux mesures susceptibles de limiter la liberté des déplacements transfrontaliers.

Quelles leçons tirer de cette crise? Selon Alan Bernstein, président des Instituts de recherche en santé du Canada, il est aujourd'hui vital d'investir dans la recherche en santé : mondialisation, voyages internationaux, agriculture intensive, densité démographique urbaine, conditions de santé publique déficientes dans de nombreuses parties du monde et rapidité incroyable d'évolution des pathogènes microbiens. Tout indique que le SRAS n'est que la dernière d'une série de maladies infectieuses comprenant le choléra, la peste et, plus récemment, l'influenza, la poliomyélite, le VIH sida, l'encéphalopathie bovine spongiforme (EBS) et le virus du Nil occidental. Ces menaces, selon la ministre fédérale de la Santé, Anne McLellan, posent des défis aux systèmes de santé publique canadiens. Les nouveaux pathogènes causent aussi des difficultés énormes aux chercheurs. De plus, il faut reconnaître que nous avons besoin d'intervenants en santé ayant l'expérience du traitement des pathogènes hautement contagieux, tels virologistes, immunologistes, épidémiologistes, séquenceurs d'ADN et chercheurs en santé publique. Ces domaines

de recherche nécessitent une formation moyenne de cinq à dix ans après l'obtention d'un diplôme de premier cycle.

La capacité de notre pays à relever rapidement le défi du SRAS dépend des récents investissements dans la recherche en santé, tant à l'échelle fédérale que provinciale. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont investi, depuis leur création en l'an 2000, plus de 100 millions de dollars dans la recherche sur les maladies infectieuses, notamment le VIH sida, l'hépatite C, l'EBS et maintenant le SRAS. L'Institut des maladies infectieuses et immunitaires des IRSC, qui compte plus de 15 partenaires dans les secteurs de la production alimentaire, de la santé et de l'environnement, a également lancé un important projet de recherche sur la salubrité des aliments et de l'eau au Canada.

Le séquençage du génome du SRAS constitue la première étape de l'exploration scientifique et du contrôle du virus. Avec leurs partenaires, les IRSC ont élaboré une stratégie pour lutter contre le SRAS avec l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires et de concert avec ses partenaires de l'industrie (organismes de recherche de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et du Québec; organismes de bienfaisance du domaine de la santé; réseaux fédéraux en matière de vaccins, d'ingénierie des protéines et de mathématiques). Santé Canada a financé des équipes de recherche à Québec, Toronto, Hamilton et Vancouver pour comprendre la pneumopathie sévère causée par le virus et développer un test diagnostique rapide, un vaccin et des médicaments antiviraux.

Soulignons aussi la création du Consortium canadien de recherche sur le SRAS (CCRS), un partenariat public privé unique, qui établira une stratégie intégrée nationale, puis internationale, pour coordonner, promouvoir et financer la recherche sur le SRAS. Cette stratégie vise à comprendre le virus et à le contrôler.

Bien qu'encore loin de la grande peste noire, ou du terrible sida, le SRAS nous a fait prendre conscience que la menace virale peut à tout moment, même au vingt et unième siècle, s'abattre sur toutes les populations, dans tous les continents. Personne n'aurait pu prédire l'éclosion du SRAS; personne ne peut prévoir les nouvelles maladies à venir. Ce qui est prévisible, c'est la capacité d'intervention rapide et efficace de notre pays et de la communauté internationale lorsque surviendront d'autres infections.