

- Physicians. Guidelines for managing severe acute respiratory syndrome (SARS) in Canadian emergency departments. Available: www.caep.ca/002_policies/002-01_guidelines/SARS/002-01c_SARS-EMguidelines.htm (accessed 2004 Jan 16).
5. Health Canada. Public health guidelines for infection control guidance for health care workers in health care facilities and other institutional settings. Available: www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/sars-sras/prof_e.html (accessed 2003 Nov 3).
 6. US Center of Disease Control & Prevention. Updated interim domestic infection control guidance in the health-care and community setting for patients with suspected SARS, updated 2003 May 1. Available: www.cdc.gov/ncidod/sars/infectioncontrol.htm (accessed 2004 Jan 16).
 7. Thompson J. SARS: finding a deadly needle in the haystack [editorial]. *Can J Emerg Med* 2003;5(6):392-3.
 8. Wong WN, Sek ACH, Lau RFL, Li KM, Leung JKS, Tse ML, et al. Accuracy of clinical diagnosis versus the World Health Organization case definition in the Amoy Garden SARS cohort. *Can J Emerg Med* 2003;5(6):384-91.

Correction

In the Controversies article “War on SARS: a Singapore experience” by Marcus Ong, published in the January 2004 issue of *CJEM* (*Can J Emerg Med* 2004;6[1]:31-7), the wrong French résumé was inadvertently published with the article. The English abstract is correct. We apologize for this error. The correct French résumé is reproduced here.

RÉSUMÉ

Le 12 mars 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé a émis une alerte globale concernant des cas de pneumonie atypique sévère appelée « syndrome respiratoire aigu sévère » (ou SRAS). À Singapour seulement, il y a eu 238 cas de SRAS et 33 décès, y compris cinq travailleurs de la santé. L'interconnectivité planétaire étant maintenant une réalité, le SRAS s'est propagé rapidement pour devenir un phénomène mondial. Le présent article décrit la « guerre contre le SRAS » à Singapour du point de vue d'un médecin d'urgence, en mettant l'emphase sur la stratégie de « prévention, détection et isolement ». Des innovations remarquables comprennent le recours aux ordres de quarantaine à domicile, le dépistage de masse de cas de fièvre à l'aide de l'imagerie thermique, des systèmes modulaires de dotation en personnel à l'hôpital, des visites d'hôpital virtuelles et des innovations dans la configuration du département d'urgence. La plupart des départements d'urgence, hôpitaux et systèmes de santé ne sont pas préparés sur le plan psychologique et logistique à faire face à une épidémie majeure d'une maladie infectieuse. À la lumière des menaces naturelles et terroristes récentes, les dispensateurs de soins d'urgence à travers le monde doivent adopter un nouveau paradigme. L'épidémie récente de SRAS n'est peut-être qu'un avant-goût de ce qui nous attend.