

LA COMMISSION SUR LE SRAS
Résumé

Le printemps de la frayeur

Volume 1

Son honneur le juge Archie Campbell
Décembre 2006

ISBN 1-4249-2821-4

Table des matières

VOLUME UN

Introduction	1
Treize questions essentielles	14
Recommandations	24

Dédicace

*Ce rapport est dédié aux personnes qui ont succombé au SRAS,
à celles qui en ont souffert, à celles qui ont combattu la maladie
et à toutes celles qui en ont été affectées.*

Lettre d'accompagnement

**COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR L'INTRODUCTION ET
LA PROPAGATION DU SRAS EN
ONTARIO**

Son honneur le juge Archie Campbell
Commissaire

180, rue Dundas Ouest, 22^e étage
Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Tél. : 416 212-6878

Télééc. : 416 212-6879

Site Web : www.sarscommission.ca

Le 11 décembre 2006

L'honorable George Smitherman, député
Ministre de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10^e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario)
M7A 2C4

Monsieur le Ministre,

Conformément au cadre de référence, à la lettre de nomination et au décret constituant la Commission indépendante sur le SRAS, je dépose, ci-joint, le troisième et dernier rapport.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Archie Campbell
Commissaire

Introduction

Le SRAS fut une tragédie. En l'espace de quelques mois, ce virus mortel sorti des jungles du centre de la Chine a tué 44 personnes en Ontario et en a terrassé plus de 330¹ autres en s'attaquant gravement à leurs poumons. Il a causé des souffrances indescriptibles à ses victimes et à leur famille, a mis des milliers de personnes en quarantaine, a terrassé le système de santé de la région du Grand Toronto et celui d'autres régions de la province et a eu des répercussions considérables sur les systèmes de santé d'autres parties du pays.

Les infirmières vivaient dans la crainte quotidienne de mourir de cette maladie fatale ou d'en infecter leur famille. La fille de neuf ans d'une infirmière lui a demandé :

« Maman, est-ce que tu vas mourir? »

Les techniciens en inhalothérapie, les médecins, les membres du personnel hospitalier, les ambulanciers paramédicaux et les fournisseurs de soins à domicile vivaient tous avec cette même crainte.

1. Dans le présent rapport, la Commission emploie le nombre de cas de SRAS que le D^r Colin D' Cunha a avancé le 29 septembre 2003, dans le cadre des audiences publiques, soit 247 cas probables et 128 cas soupçonnés, pour un total de 375. Ces données se trouvent également dans la version finale du document *Chiffres pour le SRAS au Canada* de Santé Canada publié le 3 septembre 2003 (voir le site http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/cn-cc/20030903_f.html). Il s'agit du compte final des cas de SRAS concilié par les autorités de l'Ontario et Santé Canada. Le présent rapport emploie ce nombre, soit 375.

Une étude rétrospective menée par le ministère de la Santé et les bureaux de santé publique touchés, dont les résultats ont été publiés en juillet 2006, laisse entendre qu'il y a eu 351 cas de SRAS en Ontario, soit 301 cas probables et 50 cas soupçonnés. Nous ne saurons peut-être jamais combien de personnes ont réellement été atteintes du SRAS. Les chiffres sont incertains parce que le SRAS imitait d'autres maladies, comme la pneumonie extrahospitalière, qu'il n'existait aucune épreuve diagnostique et que les gouvernements n'ont jamais semblé être en mesure de s'entendre sur la façon de dénombrer les cas. L'étude rétrospective sur les cas de SRAS en Ontario contient un avertissement : « Comme seulement les cas qui correspondaient à la définition de Santé Canada ont été inclus, il est impossible de connaître l'étendue du spectre clinique du SRAS; ce rapport ne tient probablement compte que des cas les plus graves de ce spectre. Par exemple, des enfants faisant partie de groupes de familles atteintes du SRAS souffraient de fièvre ou de symptômes respiratoires légers, mais, comme ils ne répondaient pas aux critères cliniques de la définition de cas, ils n'ont pas été inclus dans le dénombrement. Certains de ces enfants ont eu un résultat positif au dépistage sérologique des anticorps anti-CoV-SRAS; il est donc possible que le SRAS soit une maladie moins virulente chez les enfants que chez les adultes. » [traduction] (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le Comité d'analyse sur l'éclosion du SRAS, *Descriptive epidemiology of the severe acute respiratory syndrome (SARS) outbreak*, Ontario, Canada, 2003, juillet 2006).

Introduction

Après l'écllosion du SRAS, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario a effectué un sondage auprès de ses membres et a découvert que près des deux tiers estimaient que leur santé et leur sécurité avaient été compromises durant cette écloision. Plus de la moitié ont eu l'impression que le travail qu'ils avaient accompli relativement au SRAS n'a pas été respecté ou n'étaient pas certains qu'il ait été respecté.

Les commentaires qui suivent traduisent leurs préoccupations :

« Je ne savais plus si je devais rester ou donner ma démission, car mon mari avait peur. »

« Personne n'écoute les infirmières. »

« Un désastre pour ma vie familiale. »

Des hôpitaux ont fermé; on a retardé des traitements anticancéreux et des chirurgies cardiaques. Les patients ne pouvaient plus recevoir de visiteurs. Les malades et les mourants ont souffert sans le réconfort de leur famille.

On a inhumé les morts rapidement en l'absence de leur famille et de leurs amis. On ne connaîtra jamais les répercussions plus générales du SRAS découlant des chirurgies cardiaques annulées et des traitements anticancéreux retardés. En outre, le SRAS a été une catastrophe économique pour le pays, la province et la RGT en particulier.

Décès, pertes indescriptibles, souffrances indicibles : ces épreuves n'auraient jamais dû se produire. Où diriger notre indignation, notre colère?

Les preuves ne dévoilent aucun bouc émissaire. En fait, il s'agit de l'échec du système. Le manque de préparation face aux maladies infectieuses, le déclin du système de santé publique, les ratés de systèmes qui auraient dû protéger les infirmières, les ambulanciers paramédicaux et autres personnes contre les infections transmises au travail... toutes ces déficiences se sont poursuivies alors que trois gouvernements de différentes allégeances politiques se succédaient. En tant que citoyens, nous avons dans un certain sens aussi des torts, car nous n'avons pas insisté afin que ces gouvernements nous protègent mieux.

Nous avons tiré des leçons du SRAS qui peuvent nous aider à réparer nos échecs. Toutefois, si nous ignorons ces leçons et n'exigeons pas que les gouvernements actuels règlent les problèmes qui demeurent, nous allons le payer très cher au moment de flambées futures de maladies virulentes.

Pourquoi l'Ontario était-il si peu préparé pour faire face au SRAS? Notre infrastructure de santé publique et d'urgence était dans un triste état de délabrement, ayant été privée de ressources par les gouvernements des trois partis politiques. La capacité du système de santé à protéger ses travailleurs était dans un état de négligence : le peu qui existait était mal entretenu. Il n'y avait aucun système en place pour prévenir le SRAS ou arrêter sa propagation. Sans le courage, le sacrifice et l'esprit d'initiative personnelle des infirmières, des médecins, des ambulanciers paramédicaux et de tous les autres qui ont pris la situation en main, parfois en courant de grands risques, pour nous aider à traverser une crise qui n'aurait jamais dû se produire, la catastrophe aurait été pire. Sous-tendant leur travail, le grand public a réagi de façon magnifique en se montrant patient, coopératif et d'un grand soutien.

Mais une fois suffit. Si l'on ne règle pas avant la prochaine crise les graves problèmes systémiques que le SRAS a révélés, ces personnes et le public prendront-ils encore la situation en main? S'engouffreront-ils encore une fois dans les brèches laissées ouvertes par l'inaction des gouvernements?

Le SRAS est une maladie virulente qui nous a donné l'occasion de découvrir nos forces et nos faiblesses et de nous questionner à propos de nombreux problèmes liés à la santé. En posant ces questions et en tenant les gouvernements responsables des réponses, c'est le seul moyen dont nous disposons pour nous protéger contre la prochaine éclosion ou pandémie qui nous frappera.

La flambée de SRAS a soulevé de nombreuses questions, dont les suivantes :

- Pourquoi le SRAS est-il important aujourd'hui?
- Quelle était la virulence du SRAS?
- Quels sont les points positifs?
- Quels sont les points négatifs?
- Les précautions ont-elles été relâchées trop tôt?
- Qui devons-nous blâmer?
- A-t-on retenu certains renseignements?
- Y a-t-il eu ingérence politique?
- La première éclosion de SRAS aurait-elle pu être évitée?
- La seconde éclosion de SRAS aurait-elle pu être évitée?
- Les travailleurs de la santé étaient-ils convenablement protégés?
- Sommes-nous maintenant en sécurité?
- Que doit-on faire?

Le troisième et dernier rapport de la Commission, rédigé à partir d'audiences publiques, de documents provenant du gouvernement et des hôpitaux ainsi que d'entrevues confidentielles auprès de plus de 600 personnes reliées au SRAS, raconte l'histoire de cette maladie et répond à ces questions.

Le premier rapport provisoire de la Commission, publié en avril 2004, abordait les problèmes qui rongent en profondeur l'infrastructure de santé publique de l'Ontario et les solutions à adopter pour accroître notre sécurité. Le deuxième rapport provisoire de la Commission, présenté en avril 2005, traitait des faiblesses flagrantes des lois de l'Ontario en matière de protection de la santé et d'interventions d'urgence et de ce que nous devons faire en vue de les amender.

Introduction

Bien que le gouvernement de l'Ontario ait pris d'importantes mesures en vue de hausser notre niveau de protection contre les éclosions de maladies infectieuses comme le SRAS, de graves problèmes persistent et il reste encore beaucoup à accomplir².

Pourquoi devrions-nous nous préoccuper du SRAS aujourd'hui, trois ans après l'événement?

Nous devrions nous en préoccuper parce que nous ne devrions jamais oublier les pertes et les souffrances ni le courage dont tant de personnes ont fait preuve. Nous devrions le faire parce que le SRAS a sonné l'alarme et qu'il recèle les leçons que nous devons apprendre pour nous protéger contre de futures éclosions semblables et contre la pandémie mondiale de grippe que tant de scientifiques prédisent.

Le 23 février 2003, M^{me} K, âgée de 78 ans et matriarche d'une grande famille de Scarborough, est rentrée chez elle après un voyage à Hong Kong. Ayant contracté à son insu le SRAS pendant qu'elle logeait au même hôtel qu'un médecin de la province chinoise de Guangdong, elle est décédée chez elle, le 5 mars, apparemment d'une insuffisance cardiaque. Son fils, M. T, a été admis à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough le 7 mars. Souffrant d'une maladie respiratoire fébrile, il a attendu au service des urgences bondées pendant plus de 16 heures. Durant cette période, il a transmis le SRAS à deux autres patients, déclenchant une chaîne d'infection qui s'est propagée dans tout l'hôpital, puis dans d'autres hôpitaux par suite de transferts de patients, et qui a fini par tuer 44 personnes et en rendre plus de 300 autres malades.

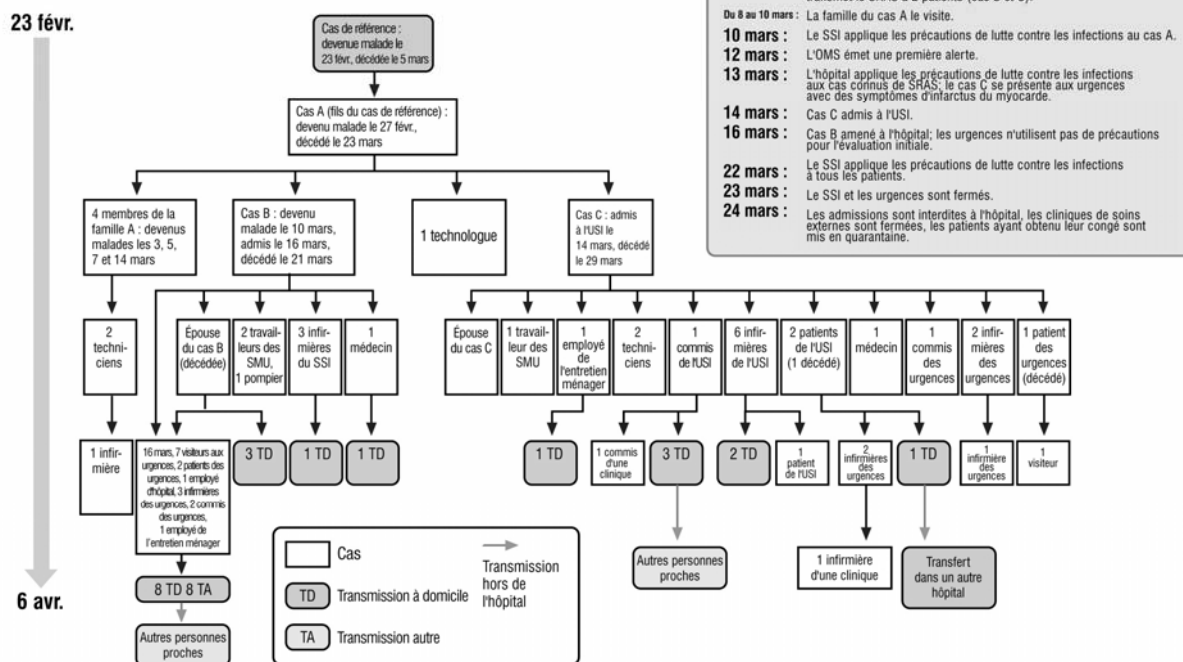
Le 7 mars, le patient de référence de la Colombie-Britannique, qui avait séjourné au même hôtel que M^{me} K à Hong Kong, a été admis au Vancouver General Hospital parce qu'il souffrait du SRAS, mais la maladie ne s'est pas propagée plus loin. Grâce à la solide culture du Vancouver General Hospital en matière de sécurité des travailleurs et de lutte contre les infections ainsi qu'à une capacité systémique supérieure d'intervention, la Colombie-Britannique a évité la catastrophe qui s'est abattue sur l'Ontario.

À l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough, en revanche, la première chaîne de transmission de M. T aux 84 premiers cas s'est déclenchée très rapidement, comme l'indique le tableau ci-dessous³. L'infection de ces 84 cas probables et soupçonnés pouvait être liée aux six membres de la famille de référence (soit le cas de référence, son fils et quatre membres de la famille de ce dernier).

2. La *Loi de 2006 sur l'amélioration du système de santé* a été déposée devant l'Assemblée législative le mardi 12 décembre, après la remise du présent rapport à la typographie. La Commission n'a donc pas eu l'occasion de l'analyser en détail et la présente note de bas de page est ajoutée à l'étape de la correction d'épreuve. Le projet de loi 171 fait un pas en avant en ce sens qu'il propose de mettre en œuvre environ sept des recommandations non adoptées que la Commission a formulées dans ses rapports provisoires d'avril 2004 et 2005. En ce qui concerne les préoccupations relatives à l'absence d'obligation du centre septentrional de lutte contre les maladies proposé de rendre des comptes au médecin hygiéniste en chef, se reporter aux recommandations du présent rapport final.

3. Varia et coll., « Investigation of a nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Toronto, Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 6, 16 mars 2004, p. 927 (Varia et coll., « Investigation of a nosocomial outbreak of SARS »).

FIGURE 2 : Transmission de 84 cas probables et suspects de SRAS pendant l'écllosion nosocomiale qui pourrait être liée aux 6 cas de la famille de référence (le cas de référence, son fils [cas A] et 4 membres de la famille du cas A)



Le SRAS s'est rapidement propagé de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough à l'ensemble du réseau hospitalier de la région de Toronto. On a dénombré le plus grand nombre de victimes parmi les travailleurs de la santé, car les systèmes de santé au travail⁴ et de lutte contre les infections⁵, qui devraient fonctionner ensemble de façon intégrée, l'un visant à protéger les travailleurs et l'autre, les patients⁶, n'ont pas pu les protéger du danger. Deux infirmières et un médecin sont morts. Le 26 mars, l'état d'urgence a été déclaré à l'échelle de la province et l'on a

4. « La raison d'être d'un programme de santé au travail est de promouvoir la santé et le bien-être des employés en leur fournissant un milieu de travail qui soit à la fois sûr et sain, de prévenir ou de diminuer la transmission d'infections aux travailleurs de la santé ou par les travailleurs de la santé causées par des dangers inhérents au milieu de travail, y compris les risques biologiques, et d'assurer le respect des lois. » (Santé Canada, *La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé : Guide de prévention des infections* [Ottawa : Santé Canada, 2002], p. 1).

5. « Les infections nosocomiales contractées par les patients qui reçoivent des soins [sont du ressort de la lutte contre les infections] » (Santé Canada, *La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé*, p. 2)

6. Une étroite collaboration entre ces deux disciplines médicales est essentielle à l'exploitation sécuritaire d'un établissement de soins de santé. Le document de Santé Canada intitulé *La prévention et la lutte contre les infections professionnelles dans le domaine de la santé* (2002) énonce ce qui suit :

Un volet du programme de santé au travail a trait spécifiquement à la lutte contre les infections et doit être élaboré et mis en œuvre en collaboration avec le programme de lutte contre les infections du lieu de travail. Bien que le présent document favorise une étroite collaboration entre le personnel de santé au travail et les responsables de la lutte contre les infections, on n'y traite pas des mesures que les professionnels en prévention des infections utilisent pour évaluer et lutter contre les infections chez les patients. On y signale plutôt la nécessité d'une collaboration des deux groupes travaillant conjointement lorsqu'il y a chevauchement des responsabilités, en particulier dans la prise en charge des éclussions. Certains endroits préféreront définir les rôles distincts des responsables de la santé au travail et des professionnels en prévention des infections de façon différente pour répondre aux besoins particuliers de leur milieu de soins de santé. (p. 17)

Introduction

pris des mesures strictes afin de contenir l'éclosion. Le « code orange » a suspendu les transferts entre les hôpitaux et les admissions, paralysant le système de santé. L'infection s'est peu propagée dans la collectivité. Grâce aux efforts énergiques du système de santé publique et à des règles rigoureuses de quarantaine, la propagation dans la collectivité a été immédiatement stoppée. À la fin d'avril, les contre-mesures rigoureuses s'étaient avérées efficaces et l'éclosion s'était apaisée.

Ironiquement, c'est seulement à ce moment-là, soit le 23 avril, que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié un avis conseillant aux voyageurs d'éviter de se rendre à Toronto, ce qui a provoqué une catastrophe économique pour la ville et la province. Le ministre de la Santé de l'Ontario et d'autres personnes se sont rendus à Genève et l'avis aux voyageurs a été retiré après une semaine.

Le 1^{er} mai, l'Ontario et Santé Canada ont publié dans les journaux de grandes annonces qui clamaient que le Canada avait surmonté la crise du SRAS et que Toronto ne présentait plus de danger pour les gens d'affaires et les touristes. De discrètes déclarations de victoire se sont fait entendre. La réussite allait bientôt être officielle. Le 17 mai, l'état d'urgence a été levé, la province a poussé un grand soupir de soulagement, on a relâché les mesures de lutte contre les infections et de protection des travailleurs, les hôpitaux ont fêté et le système de santé est revenu à la « nouvelle » normale.

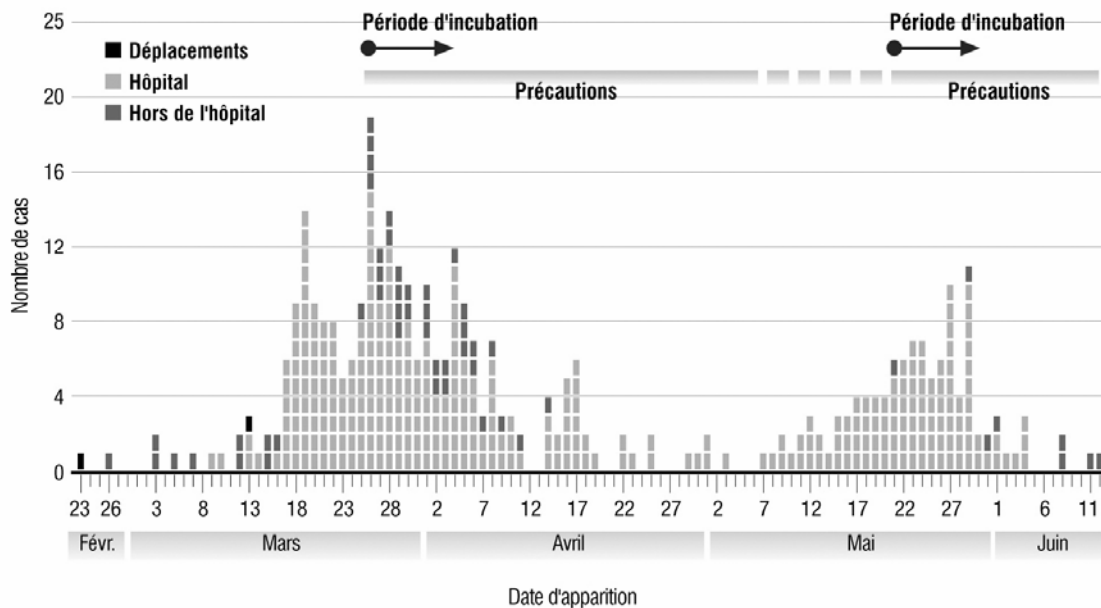
Puis, quelque chose de terrible s'est produit. Le 23 mai, les autorités ont donné une conférence de presse afin d'annoncer qu'on avait signalé quelques nouveaux cas de SRAS au Centre de réadaptation St. John's. On a révélé, comme si on y avait pensé après coup, qu'on surveillait l'état de santé de « quelques » patients de l'Hôpital général de North York qui pourraient être atteints du SRAS. Les questions des médias ont révélé la vérité. Une éclosion majeure de SRAS avait éclaté à l'Hôpital général de North York. Le SRAS faisait un retour en force.

Toutefois, nous savons aujourd'hui que le SRAS n'avait jamais disparu. Il avait continué à couvrir, sans que l'on s'en aperçoive à l'Hôpital général de North York. Aussitôt qu'on a relâché les précautions au début mai, la maladie est réapparue et s'est propagée parmi les patients, le personnel, les visiteurs et leur famille, encore une fois sans qu'on la détecte.

On a imposé à nouveau les strictes mesures de lutte contre les infections et de protection des travailleurs qui venaient à peine d'être relâchées. Encore une fois, les travailleurs de la santé ont mis leur respirateur N95, leur blouse d'hôpital et leurs gants. Sitôt les précautions remises en place, la maladie s'est une fois de plus atténuée. Nous savons maintenant qu'une règle de la nature toute simple travaillait dans l'ombre. La maladie perd du terrain lorsque des précautions sont prises; elle en regagne lorsqu'elles sont relâchées. Le tableau ci-dessous⁷ illustre cette règle impitoyable.

7. D^r Donald Low et D^{re} Allison McGeer, « SARS – One Year Later », *NEJM*, vol. 349, n° 25, décembre 2003.

Répartition des cas lors de l'écllosion de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en Ontario, Canada, du 23 février au 12 juin 2003



La deuxième écloison a été dévastatrice. En tout, 118 personnes ont contracté le SRAS par leur relation ou par contact avec l'Hôpital général de North York. Cinquante-quatre d'entre elles étaient des travailleurs et 64, des patients ou des visiteurs⁸. Sur ces 127 personnes, 17 sont décédées. Parmi ces victimes se trouvait Nelia Laroza, une infirmière éminemment respectée et très aimée qui travaillait au 4^e Ouest, l'unité d'orthopédie où le SRAS a couvé sans être détecté ni diagnostiqué. Pour ceux qui sont devenus malades et ceux qui ont perdu des êtres chers, les coûts de la seconde écloison de SRAS sont incalculables.

Lorsque nous parlons de coûts, ceux que le gouvernement doit assumer afin de mieux nous protéger, ceux que les hôpitaux doivent engager en vue d'améliorer la lutte contre les infections, la surveillance et la protection des travailleurs, nous ne devrions jamais oublier ceux du SRAS sur les plans de la maladie, de la douleur, de la souffrance et des pertes indescriptibles.

La seconde écloison a également eu de terribles répercussions sur le moral des travailleurs de la santé. Beaucoup ont perdu confiance dans le système et la capacité de leur employeur de les protéger. Non seulement a-t-on fait croire au public que le SRAS avait disparu, mais on a aussi affirmé aux infirmières et autres travailleurs de la santé que le SRAS était maîtrisé et qu'il n'y avait pas de nouveaux cas de SRAS. L'écloison de SRAS était terminée. À maintes reprises, les autorités de l'Hôpital général de North York ont répondu aux infirmières, qui redoutaient des écloisions de maladie parmi le personnel et des grappes de maladie semblables au SRAS, qu'il ne s'agissait pas de cette affection, alors que c'étaient bel et bien des cas de SRAS.

Le 23 mai 2003, les infirmières et le personnel de l'Hôpital général de North York apprenaient en même temps que le reste du monde qu'en fin de compte, l'écloison de SRAS n'était pas terminée. Elle n'était pas maîtrisée. Il y avait de nouveaux cas de SRAS parmi eux. Nombre de leurs

8. Exposé du D^r Colin D'Cunha, *Audiences publiques de la Commission sur le SRAS*, 29 septembre 2003.

Introduction

collègues souffraient du SRAS. Dans les jours qui ont suivi, on a découvert que 39 travailleurs⁹ de l'Hôpital général de North York avaient contracté le SRAS après qu'on leur eut dit qu'il n'y avait plus de SRAS.

Une fois de plus, on a demandé à ces infirmières, ces médecins, ces employés de bureau et ces techniciens d'affronter le danger. Et une fois de plus, ils l'ont fait. Ils ont encore une fois risqué leur vie et leur santé pour le bien des autres. Qu'est-ce qui, dans leur caractère et leur culture professionnelle, a engendré un tel courage? Répondront-ils à l'appel, la prochaine fois, s'ils n'ont pas l'impression que les gouvernements et les hôpitaux les protégeront mieux?

Le récit des éclosions à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough et à l'Hôpital général de North York révèle les lacunes du système en matière de préparation, de lutte contre les infections et de protection des travailleurs à l'échelle de la province. Le déroulement des deux éclosions met en lumière des problèmes et des thèmes communs. Ils révèlent sept problèmes systémiques que l'on retrouve dans la crise du SRAS ainsi que dans tous les hôpitaux et chaque organisme gouvernemental :

- la communication;
- la préparation et la planification;
- la responsabilisation : qui est responsable et qui fait quoi;
- la sécurité des travailleurs;
- les systèmes : lutte contre les infections, surveillance, inspections de sécurité indépendantes;
- les ressources : personnel, systèmes, argent, laboratoires, infrastructure;
- le principe de précaution : ne pas attendre d'avoir une certitude scientifique avant d'adopter des mesures de réduction des risques.

Ce qui s'est passé à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough, à l'Hôpital général de North York et ailleurs ne doit pas servir à faire porter le blâme à ces établissements. Nous devons plutôt prendre conscience qu'en raison de faiblesses systémiques, ce qui s'y est produit aurait pu se produire dans presque n'importe quel hôpital de la province.

En outre, nous ne devons pas oublier que l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough et l'Hôpital général de North York comptent parmi leur personnel des médecins, des infirmières, des administrateurs et des travailleurs de la santé qui sont parmi les meilleurs et les plus dévoués au Canada. Nombre de ces médecins, infirmières et autres travailleurs de la santé ont travaillé inlassablement sur la ligne de front durant la crise du SRAS, au péril de leur vie, afin d'aider les autres. Ils ont vu leurs amis et collègues tomber malades, ils les ont parfois soignés, tout en espérant ne pas être les prochaines victimes. Une infirmière de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough a décrit son expérience du SRAS avec éloquence :

Les mots me manquent pour décrire comment j'ai vu les événements se dérouler. C'est même difficile d'y penser. Je ne crois pas que vous puissiez vous imaginer à quel point c'était effrayant, surtout lors de la première éclosion, car nous ignorions de quoi il s'agissait. Nous envoyions ces patients à West Park; nous portions des gants, des blouses et des masques pour aider ces gens à monter dans les autobus, sans savoir si nous les

9. Exposé du D^r Colin D'Cunha, *Audiences publiques de la Commission sur le SRAS*, 29 septembre 2003.

revertions un jour. Tout ce que les médias disaient, c'est que des personnes mouraient. Ils ignoraient probablement eux-mêmes ce qu'ils affrontaient. Au cours de ma carrière d'infirmière, je n'ai jamais rien vécu d'aussi effrayant. Avec le recul, je crois que, comme nous étions fatigués, que nous travaillions et que tout était si surréaliste, nous n'arrivions pas à bien saisir la situation. Puis les cauchemars ont commencé. Nous tournions en rond, nous nous demandions si nous avons bien agi, si nous aurions pu faire mieux. [traduction]

Une infirmière du 4^e Ouest, l'épicentre de la seconde éclosion à l'Hôpital général de North York, qui a travaillé la fin de semaine des 24 et 25 mai 2003, après avoir appris que le SRAS était de retour et que nombre de ses amis et collègues étaient malades, se rappelle à quel point elle et sa famille avaient peur, sachant qu'elle devait aller travailler le lendemain au cœur de l'éclosion :

Je me souviens qu'en partant travailler le samedi matin, j'ai dit à mon mari, qui était dans l'autre pièce, à quel point j'avais peur, mais j'ai vu son visage et nous avons tous les deux les larmes aux yeux, car je pensais être la prochaine à tomber malade. J'étais tellement bouleversée. Je me sentais vraiment mal. Je devais aller travailler... je restais là à me dire que je n'avais pas le SRAS, mais je croyais que je serais la prochaine à le contracter, car toutes nos infirmières y passaient. [traduction]

Lorsque les membres de la Commission lui ont demandé si elle avait envisagé de ne pas aller au travail, elle a répondu :

J'étais parmi celles qui pouvaient travailler et aider mes collègues. Je crois qu'en tant qu'infirmières, c'est notre devoir d'être au poste, d'aller jusqu'au bout. [traduction]

Ce sont les héroïnes et les héros de la lutte contre le SRAS. Aucun élément du présent rapport ne saurait diminuer leur dévouement, leur dur travail et leurs sacrifices. Il ne saurait non plus nier que l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough et l'Hôpital général de North York sont d'excellents établissements. Le fait de relater ce qui s'y est déroulé ne vise pas à les pointer du doigt ni à leur jeter le blâme; il s'agit simplement de raconter ce qui s'est produit sans attribuer aucune responsabilité civile ou criminelle et sans critiquer les hôpitaux ni aucune personne qui y est associée.

Ce qui surprend, ce n'est pas la mauvaise réaction de l'Ontario au SRAS, mais plutôt le fait qu'elle ait donné des résultats étant donné le manque de préparation ainsi que l'absence de systèmes et d'infrastructure. Malgré ces problèmes et les inévitables erreurs qu'on peut commettre en présence d'une nouvelle maladie et lorsqu'un système n'est pas préparé à l'affronter, le SRAS a été enrayé par les travailleurs de première ligne, les scientifiques et les spécialistes qui sont montés au front et n'ont pas craint de prendre les mesures rigoureuses qui ont fini par produire des résultats.

L'une des questions les plus contestées durant la crise du SRAS a été l'utilisation des respirateurs N95, qui étaient supposés protéger les infirmières et les autres travailleurs en contact étroit avec

Introduction

les patients atteints de cette maladie¹⁰. Bien que la loi ontarienne requière, depuis 1993, que toute personne qui utilise un respirateur N95 soit dûment formée et capable de bien ajuster le masque afin d'être entièrement protégée, peu d'hôpitaux se sont conformés à cette loi et certains en ont même nié l'existence. Les essais d'ajustement ont engendré la confusion parmi les autorités et alimenté le débat public. Cela a servi de paratonnerre pour tous les problèmes sous-jacents de sécurité des travailleurs en milieu hospitalier.

Le vrai problème ne réside pas dans le respirateur N95, mais plutôt dans les contradictions profondes de la structure de protection des travailleurs hospitaliers. Ces problèmes comprennent un manque profond de sensibilisation, au sein du système de santé, aux principes et aux pratiques exemplaires de sécurité des travailleurs. Ils comprennent le manque d'initiative du ministère du Travail, qui n'a pas inspecté les hôpitaux touchés par le SRAS avant juin 2003, moment où l'éclosion était pratiquement terminée. En revanche, en Colombie-Britannique, l'organisme responsable de la réglementation des lieux de travail a pris des mesures résolues et a commencé les inspections au début d'avril afin de s'assurer que les travailleurs étaient protégés dès le début, conformément à la loi. Les problèmes comprennent les personnes qui, dans les administrations hospitalières et la bureaucratie de la santé, sont réfractaires aux conseils et aux mesures que les experts indépendants en sécurité des travailleurs et le ministère provincial du Travail recommandent de suivre dans les hôpitaux. Par-dessus tout, les problèmes comprennent l'incapacité de l'Ontario à reconnaître qu'en ce qui concerne la sécurité des travailleurs hospitaliers, le principe de précaution qui veut que l'on prenne des mesures raisonnables pour réduire les risques, comme l'utilisation de respirateurs N95 bien ajustés, n'ait pas à attendre que l'on ait une certitude scientifique.

La crise du SRAS a révélé deux solitudes : la lutte contre les infections et la sécurité des travailleurs. La lutte contre les infections repose sur la meilleure compréhension actuelle de la science, qui est en constante évolution. Il est inutile de souligner une autre fois que la lutte contre les infections n'a pas réussi à protéger les infirmières durant les éclosions de SRAS. La sécurité des travailleurs repose sur le principe de précaution qui veut que l'on prenne des mesures raisonnables pour réduire les risques sans attendre une certitude scientifique. Nous reviendrons ci-dessous sur ces deux solitudes¹¹.

10. Le port du N95 était parfois requis dans d'autres secteurs d'un hôpital même lorsque l'on ne soignait pas de patients atteints du SRAS. Les directives provinciales relatives à l'utilisation du N95 ont changé pendant la crise du SRAS et n'étaient pas toujours claires ou cohérentes.

11. Il est opportun de souligner que la D^{re} Sheela Basrur, médecin hygiéniste en chef, a pris des mesures en vue d'améliorer la situation. Seul le temps nous dira si ces mesures sont efficaces. Dans sa lettre du 9 mars 2006 à Linda Haslam-Stroud, IA, présidente, Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, la D^{re} Basrur fait remarquer :

Nous convenons du besoin de veiller à ce que les domaines de la santé au travail et de la lutte contre les infections soient étudiés de près. C'est pourquoi un médecin du travail fait partie du CCPMI et y siège depuis la création de ce dernier en 2004. Cependant, nous sommes conscients de l'importance de poursuivre le renforcement de nos liens avec le domaine de la santé au travail et c'est pour cette raison que le CCPMI comprend maintenant un médecin délégué du ministère du Travail. Nous soulignons ainsi notre engagement à nous assurer que le CCPMI bénéficie d'une expertise en matière de santé et de sécurité au travail à l'occasion de toutes ses délibérations actuelles et futures. Nous sommes confiants que, grâce à cette démarche, nous permettrons de renforcer les liens entre la santé au travail et la lutte contre les infections sur le plan scientifique.

On ne peut comprendre le débat entourant le N95, la protection des voies respiratoires et l'ajustement convenable des masques qu'en se reportant au contexte du lourd fardeau qui pesait sur les travailleurs hospitaliers, les ambulanciers paramédicaux et les autres personnes qui travaillaient dans le système de santé ontarien durant la crise du SRAS. Deux infirmières et un médecin en sont morts. Près de la moitié de ceux qui ont contracté le SRAS à l'hôpital l'ont attrapé en y travaillant.

Le débat enflammé qui a fait rage pendant la crise du SRAS portait en partie sur la nécessité de porter un respirateur N95. Ceux qui étaient contre le port du N95, qui protège contre la transmission par voie aérienne, croyaient que le SRAS se transmettait essentiellement par grosses gouttelettes. C'est pourquoi ils affirmaient que le port du N95 n'était pas nécessaire, sauf dans certaines circonstances, et qu'un masque chirurgical suffisait dans la plupart des cas. Ils ont fait cette affirmation même si les connaissances à propos du SRAS et de sa transmission par voie aérienne évoluaient encore. Depuis, de nombreux résultats d'études¹² ont révélé la possibilité, dans certaines circonstances, de la transmission par voie aérienne non seulement du SRAS, mais aussi de la grippe, ce qui permet de croire qu'il est sage et prudent d'adopter une démarche préventive en l'absence de certitude scientifique.

Il ne s'agit pas de décider qui a raison et qui a tort à propos de la transmission par voie aérienne. Ce n'est pas la science qui prime, mais la sécurité. Les connaissances scientifiques changent constamment. Ce qui était hier un dogme scientifique est rejeté aujourd'hui comme une fable. En ce qui concerne la sécurité des travailleurs dans les hôpitaux, nous ne devrions pas nous en remettre aux dogmes scientifiques d'hier, ni même à ceux d'aujourd'hui. Nous devrions suivre le principe de précaution qui veut que nous prenions des mesures raisonnables afin de réduire les risques sans attendre de certitude scientifique.

Tant que ce principe de précaution ne sera pas entièrement reconnu, obligatoire et appliqué dans les hôpitaux ontariens, les travailleurs continueront de s'exposer à des risques.

En Ontario, près de 375 personnes ont contracté le SRAS et 75 pour cent d'entre elles ont été infectées dans un établissement de soins de santé. De ce groupe, 45 pour cent étaient des travailleurs de la santé. La plupart de ces derniers étaient des infirmières qui travaillaient en contact très étroit avec les patients malades. Or, cela ne peint pas le tableau complet du fardeau du SRAS sur les infirmières, les ambulanciers paramédicaux et les autres travailleurs de la santé. Dans de nombreux cas, des infirmières infectées par le SRAS sans le savoir ont apporté la maladie et, dans certains cas, la mort chez elles, dans leur famille.

12. I.T.S. Yu, Y. Li, T.W. Wong et coll., « Evidence of airborne transmission of the severe acute respiratory syndrome », *New England Journal of Medicine*, n° 350, 2004, pp. 1731-1739; Chad J. Roy et Donald K. Milton. « Airborne transmission of communicable infection—the elusive pathway », *New England Journal of Medicine*, n° 350, 2004, www.nejm.org; I.T.S. Yu et coll., « Temporal-spatial analysis of severe acute respiratory syndrome among hospital inpatients », *Clinical Infectious Disease*, n° 40, 2005, pp. 1237-1243; Booth et coll., « Detection of airborne severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus and environmental contamination in SARS outbreak units », *Journal of Infectious Diseases*, n° 191, 2005, pp. 1472-1477; Tommy R. Tong, « Airborne severe acute respiratory syndrome coronavirus and its implications », *Journal of Infectious Diseases*, n° 191, 2005; National Academy of Sciences, *Reusability of Face Masks During an Influenza Pandemic*, Washington, D.C., National Academy of Sciences, avril 2006; R. Tellier, « Review of aerosol transmission of influenza A virus », *Emerging Infectious Disease*, novembre 2006, www.cdc.gov/ncidod/EID/vol12noll/06-0426.htm.

En réponse au questionnaire de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, une infirmière a écrit :

Peur [...] ce travail ne vaut pas la peine de risquer de mourir. Manque de confiance quant à la protection des infirmières.

Les membres de la Commission ne sont pas surpris qu'à Vancouver, grâce à une plus grande sensibilisation du système à la sécurité des travailleurs et à un meilleur engagement en ce domaine, un seul travailleur de la santé ait contracté le SRAS.

En Ontario, on a répété aux travailleurs de la santé qu'ils étaient en sécurité s'ils faisaient ce que les autorités hospitalières et gouvernementales leur disaient de faire. Or, ces convictions scientifiques qu'on croyait sûres se sont révélées tragiquement erronées. Les incidents du 17 mars à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough, du 24 mars à l'Hôpital Mount Sinai, du 13 avril à l'Hôpital Sunnybrook et du 28 mai à l'Hôpital général de North York prouvent de façon spectaculaire que le système, malgré la confiance qu'il mettait dans la science, a été incapable de protéger les travailleurs contre le SRAS.

Il n'est pas surprenant que les travailleurs de la santé aient commencé à s'alarmer lorsqu'ils ont vu leurs collègues tomber malades et mourir. Il n'est pas surprenant qu'ils se soient mis en colère en voyant de telles situations se répéter encore et encore, sans qu'on semble améliorer leur sécurité. Des infirmières se sont plaintes du fait que les hôpitaux ne se conformaient pas à la loi en matière de sécurité qui prescrivait l'utilisation convenable de respirateurs N95 en vue de les protéger adéquatement.

Il est facile d'oublier que tout le monde fait des erreurs et que les hôpitaux ont agi et continuent d'agir de bonne foi. L'Ontario n'a pas été le seul à ne pas protéger ses travailleurs de la santé durant la crise du SRAS. Les défis soulevés par cette nouvelle maladie ont dépassé la portée des connaissances scientifiques de l'époque. C'est pourquoi il vaut mieux oublier les arguments dogmatiques fondés sur les connaissances scientifiques de l'heure. C'est pourquoi il vaut mieux suivre le principe de précaution voulant que l'on prenne des mesures raisonnables pour réduire les risques sans attendre de certitude scientifique. C'est aussi pourquoi il est important de reconnaître que le système de Vancouver, qui a évité le désastre que le SRAS a infligé à l'Ontario, était beaucoup plus engagé à respecter ce principe de précaution.

Les hôpitaux ont fait de leur mieux compte tenu des limites découlant de leur manque de préparation ainsi que de leurs systèmes de lutte contre les infections et de protection des travailleurs généralement inadéquats. Dans le brouillard de la guerre contre un ennemi invisible, ils ont inévitablement commis des erreurs. Il n'y avait aucun manque de bonne foi dans l'administration des systèmes existants, bien qu'ils fussent imparfaits. Les hôpitaux ont énormément appris du SRAS et se sont beaucoup améliorés. Ils sont plus conscients de la lutte contre les infections et de la sécurité des travailleurs. Par exemple, l'Hôpital général de North York a adopté des systèmes de lutte contre les infections et de protection des travailleurs qui ont attiré les louanges de son personnel infirmier.

Le ministère du Travail a aussi beaucoup appris. Son personnel compte maintenant des experts en soins de santé et il a pris l'initiative d'effectuer des inspections rigoureuses de tous les établissements de soins actifs.

Nos hôpitaux ont encore un long chemin à parcourir, particulièrement en matière de sécurité des travailleurs et en raison du rejet par certains des conseils venus de l'extérieur et de l'aide offerte par le milieu des normes de sécurité et par le ministère du Travail. Les hôpitaux sont des milieux de travail dangereux, comme les mines et les usines, mais ils n'ont pas la culture de base en matière de sécurité et ne disposent pas des systèmes de sécurité au travail que l'on exige et que l'on accepte depuis de nombreuses années dans les mines et les usines de l'Ontario et dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Certains des dirigeants d'hôpitaux ontariens qui n'étaient pas d'accord avec l'utilisation du respirateur N95 afin de protéger les infirmières et qui, en fait, niaient qu'il existait une loi prescrivant des essais d'ajustement des N95¹³ insistent encore pour dire que la science, qui évolue quotidiennement, passe avant la sécurité. Si la Commission ne devait émettre qu'un seul message, elle choisirait celui du principe de précaution voulant que la sécurité passe en premier, que les mesures raisonnables en vue de réduire les risques ne doivent pas attendre que l'on détienne des preuves scientifiques. L'Ontario doit enchâsser ce principe et le faire respecter dans tout son système de santé.

La Commission n'a entendu parler d'aucun pays ni système de santé qui avait prévu le SRAS. Personne n'avait prévu l'arrivée soudaine d'une maladie invisible et inconnue pour laquelle on ne disposait d'aucune épreuve ni d'aucun critère diagnostiques, dont les symptômes étaient incertains, dont on ignorait l'évolution clinique, la période d'incubation, la durée et la virulence de l'infectiosité, la méthode de transmission, le taux d'atteinte, le taux de mortalité, l'agent infectieux, l'origine et le traitement et pour laquelle il n'y avait aucun vaccin connu.

Le SRAS nous a appris que nous devons être prêts à affronter l'inconnu. Il s'agit de l'une des principales leçons du SRAS. Bien que personne n'ait prévu et n'ait probablement pu prévoir la convergence unique de facteurs¹⁴ qui a fait du SRAS un tel désastre, nous savons aujourd'hui que de nouvelles menaces microbiennes comme celle du SRAS se sont produites et peuvent à nouveau survenir. Toutefois, les gouvernements et les hôpitaux n'ont plus aucune raison d'être pris au dépourvu et de ne pas fournir aux travailleurs de la santé un niveau de protection maximal, grâce à du matériel et à une formation appropriés.

13. Voir « It's Not About the Mask ».

14. Voir Institute of Medicine, *Microbial Threats to Health: emergence, detection and response*, mars 2003. Ironiquement, on signale dans ce document, publié au moment même où le SRAS sévissait chez nous, que des avertissements avaient déjà été émis. On peut y lire : « Nous devons faire plus en vue d'améliorer notre capacité à prévenir, à détecter et à maîtriser les menaces microbiennes nouvelles et récidivantes qui mettent la santé en péril. » [traduction] On mettait en garde, avec prescience, contre une « tempête potentiellement catastrophique de menaces microbiennes ». [traduction]

Treize questions essentielles

Introduction

Le SRAS a soulevé de graves questions. Nous en abordons treize parmi les plus importantes dans le présent rapport. Certaines réponses sont terriblement claires. Les travailleurs de la santé ont-ils été convenablement protégés? Il est clair que non. D'autres réponses sont moins évidentes. Aurait-on pu prévenir la deuxième éclosion de SRAS? Dans l'affirmative, comment? Dans la présente section, nous résumons les réponses qui se dégagent des observations et des conclusions de la Commission.

Après une crise ayant secoué la santé publique, il est trop facile de blâmer certaines personnes. Avec du recul, cela ne veut pas dire qu'il n'y a eu aucune erreur ou que nous ne devrions pas blâmer certains systèmes. Or, dans tout système conçu par des humains, les erreurs involontaires sont inévitables. Les erreurs commises en toute bonne foi dans la confusion d'une crise peuvent paraître répréhensibles en rétrospective et attirer plus que leur lot de blâmes.

En vertu de son mandat et de la démarche qu'elle a choisie, la Commission ne cherche pas à répartir le blâme, mais plutôt à découvrir ce qui s'est passé, à trouver des solutions aux problèmes que le SRAS a révélés, à tirer des enseignements de ces tragédies et à apporter des améliorations en souvenir de ceux qui sont morts, de ceux qui sont tombés malades, de ceux qui ont tant souffert et de ceux qui l'ont combattu avec tant de courage.

1. Pourquoi le SRAS est-il important aujourd'hui?

Après tant de rapports et d'enquêtes, comme le rapport Naylor, le rapport Walker ainsi que les rapports provisoires de 2004 et 2005 de la Commission, on est en droit de se questionner sur l'opportunité du présent rapport final. Que nous apporte de plus le récit détaillé de la crise du SRAS?

Pourquoi est-il important de parler du SRAS aujourd'hui, plus de trois ans après l'événement, après que le gouvernement et les médias sont passés à d'autres crises, que ceux qui ont souffert du SRAS sont passés à autre chose du mieux qu'ils ont pu? Après toute catastrophe comme celle du SRAS, les années passent et les souvenirs s'estompent. Nous oublions la douleur et choisissons de ne plus penser à certaines choses. Si nous oublions la souffrance et le courage que le SRAS a fait naître, nous minimisons les sacrifices de Tecla Lin, de Nelia Laroza, du D^r Nestor Yanga, de tous ceux qui sont morts et de ceux qui ont souffert. Leurs souffrances et leur courage ne devraient pas être vains.

Nous ne devons pas oublier le SRAS, car il nous a appris que nous devons savoir nous protéger contre des éclosions futures, y compris la pandémie planétaire de grippe que tant de scientifiques prédisent. Si nous ne tirons pas de leçons du SRAS et que nous n'exigeons pas que le gouvernement résolve les problèmes qui demeurent, la prochaine pandémie nous coûtera terriblement cher.

2. Quelle était la virulence du SRAS?

Trois cent soixante-quinze personnes ont contracté le SRAS et 44 en sont mortes; ces chiffres ne nous disent toutefois pas tout de la virulence du SRAS. Ils ne racontent pas les pertes indescriptibles qu'ont subies les familles que le SRAS a frappées. Ils n'expliquent pas les lacunes du système qui ont permis au SRAS de tuer ces gens et de les rendre malades.

Le SRAS a poussé le système de santé de l'Ontario au bord de l'effondrement. Ce qui étonne, ce n'est pas la mauvaise réaction de l'Ontario au SRAS, mais plutôt le fait qu'elle ait donné des résultats. Le SRAS a aussi gravement entaché la réputation internationale de l'Ontario en créant dans l'esprit de nombreux étrangers un lien fâcheux entre Toronto et une mystérieuse maladie mortelle.

Par-dessus tout, le SRAS a révélé comment de nombreuses mises en garde antérieures ont été ignorées et le peu d'attention qu'on a porté à ces avertissements. Des enquêtes et des commissions antérieures, notamment l'enquête Krever sur le sang contaminé et l'enquête O'Connor sur l'eau contaminée, avaient permis de détecter de nombreuses failles qui sont apparues durant la crise du SRAS.

Le SRAS est peut-être le dernier avertissement que nous aurons avant la prochaine éclosion majeure d'une infection, qu'elle prenne la forme d'une pandémie de grippe ou d'une autre crise sanitaire. C'est pourquoi nous ne pouvons pas oublier à quel point le SRAS a été virulent ni les terribles souffrances et les épreuves que nous devons éviter la prochaine fois. La tragédie du SRAS, ces récits de pertes insoutenables et l'échec du système donnent au public toutes les raisons de maintenir sa pression sur le gouvernement afin que ce dernier achève la mise en œuvre des initiatives déjà entreprises en vue de mieux nous protéger contre les maladies infectieuses.

3. Quels sont les points positifs?

Malgré ses graves lacunes, le système a été soutenu par des personnes au dévouement extraordinaire. Le travail acharné et le courage de ceux et celles qui ont affronté et combattu le SRAS nous ont permis de nous en sortir. Dans un système où tant de choses allaient mal, nous constatons l'aspect positif de leur dévouement au cœur du chaos sous l'énorme pression découlant de leur charge de travail. Ils ont mené un combat obstiné dans la confusion de la lutte contre une mystérieuse maladie mortelle. Leurs efforts devraient être une leçon d'humilité pour nous.

Tant de héros ont combattu le SRAS qu'il est impossible de les nommer tous et personne n'a tenté de le faire. Dans le présent rapport, nous mentionnons le nom de certains d'entre eux lorsque cela s'avère essentiel au récit.

Le public est l'un de ces héros, car il s'est dressé afin de relever le défi. Toute lutte contre une maladie infectieuse repose avant tout sur la collaboration du public. Sans l'extraordinaire coopération du public et sans le sacrifice individuel de ceux qui ont été placés en quarantaine, le SRAS n'aurait pas pu être maîtrisé à Toronto. Il est indispensable de veiller à ne pas considérer comme acquis l'esprit de collaboration démontré durant la crise du SRAS. Nous devons le nourrir et l'encourager.

4. Quels sont les points négatifs?

Le SRAS a pu s'installer en raison d'une confluence de faiblesses systémiques en ce qui concerne la sécurité des travailleurs, la lutte contre les infections et la santé publique. Dans son premier rapport provisoire, la Commission a recensé 21 profondes lacunes systémiques dans l'infrastructure de santé publique. Le second rapport provisoire révélait de graves déficiences dans les lois relatives à la protection de la santé et à la gestion des situations d'urgence. Le présent rapport final dresse la liste des autres domaines présentant des problèmes irrésolus, particulièrement celui de la sécurité des travailleurs de la santé. En raison de ces faiblesses systémiques, une catastrophe comme le SRAS était destinée à survenir.

Le système de santé publique était détraqué, négligé, inadéquat et dysfonctionnel. Il était fragmenté, mal coordonné et peu préparé. Ses ressources étaient insuffisantes, il manquait de professionnalisme et était généralement incapable d'accomplir son mandat.

L'Ontario n'était pas prêt à affronter une crise de santé publique comme le SRAS. Il n'avait même pas de plan de gestion des pandémies.

Le système de santé souffrait d'un grave manque d'expertise, de ressources et de sensibilisation en matière de sécurité des travailleurs, dont les répercussions ont été exacerbées par un manque semblable d'expertise et de ressources en matière de lutte contre les infections. Qui plus est, il existait un cloisonnement entre la lutte contre les infections et la sécurité des travailleurs, ainsi qu'entre la santé publique et les hôpitaux. De plus, le ministère du Travail a été tenu à l'écart.

Il manquait également deux éléments clés d'un milieu de travail sûr : ni les systèmes de responsabilité interne ni les comités mixtes de santé et sécurité n'ont, en règle générale, assumé leurs rôles et leurs responsabilités.

La confiance des travailleurs de la santé en la capacité du gouvernement, des lois sur la sécurité et de leur employeur de les protéger, eux et leurs collègues, était brisée. Les travailleurs de la santé ont appris que les responsables étaient insuffisamment informés et mal conseillés pour être en mesure de se prononcer sur la sécurité des travailleurs et le matériel de protection individuelle. Le manque de connaissances, dans l'ensemble du réseau hospitalier et du système de santé, à propos des exigences de la loi en matière d'essais d'ajustement des respirateurs en est un excellent exemple.

5. Les précautions ont-elles été relâchées trop tôt?

En mai 2003, le gouvernement a mis en place une série de mesures qui ont abouti, le 13 mai, au relâchement des précautions, puis à la levée de l'état d'urgence quatre jours plus tard. Toutefois, le SRAS n'avait pas disparu. Comment a-t-on pu déclarer victoire, alors que le SRAS se propageait, sans qu'on s'en aperçoive, à l'Hôpital général de North York? Les précautions ont-elles été relâchées trop tôt?

Il est très difficile de savoir à quel moment annoncer la fin d'une alerte. La même chose s'est produite durant la pandémie de grippe espagnole de 1918-1919, alors qu'on avait crié victoire trop tôt. Lors d'une situation d'urgence en matière de santé publique, les décideurs sont dans une position difficile. S'ils passent trop tôt en mode préventif, ils risquent d'être accusés d'avoir provoqué un autre problème semblable à celui de la grippe porcine. S'ils lèvent les précautions trop tôt, ils peuvent être accusés d'être imprudents et de céder aux pressions politiques.

Il n'est pas facile de déterminer si les précautions ont été levées trop tôt. Avec du recul, nous nous sommes aperçus de l'erreur, car, aussitôt les précautions relâchées, les cas de SRAS qui couvaient à l'Hôpital général de North York ont éclaté en une deuxième éclosion. Toutefois, la décision avait été prise en toute bonne foi, en fonction des meilleurs avis médicaux du moment et, après deux périodes d'incubation sans nouveau cas détecté, il avait semblé opportun de relâcher les précautions et de revenir à la « nouvelle normale » avec des précautions plus rigoureuses qu'avant l'éclosion du SRAS.

Introduction

Comme nous le soulignons dans le rapport, l'une des raisons sous-jacentes de la seconde éclosion est l'absence de système de surveillance qui aurait permis de détecter les cas de l'Hôpital général de North York avant leur propagation. Bien que le relâchement des précautions ait provoqué la deuxième éclosion, la cause sous-jacente de cette dernière se rapporte plutôt à l'absence de systèmes de surveillance adéquats.

6. Qui blâmer?

Personne. Les preuves ne font apparaître aucun bouc émissaire. Cela décevra ceux qui cherchent à blâmer quelqu'un.

Il est trop facile de chercher des boucs émissaires. Ce petit jeu démarre après chaque tragédie publique. Bien que ceux qui cherchent à blâmer quelqu'un trouvent toujours un coupable, les erreurs involontaires sont inévitables dans tout système conçu par des humains. Les erreurs commises en toute bonne foi dans le feu de l'action peuvent paraître répréhensibles en rétrospective et attirer plus que leur lot de blâmes.

Il est plus important de découvrir ce qui s'est produit, de trouver des solutions aux problèmes, de tirer des leçons de ces tragédies, d'apporter des améliorations en souvenir de ceux qui sont morts, de ceux qui sont tombés malades et de ceux qui ont tant souffert, que de jeter le blâme.

Il s'agit de l'échec du système. Nous sommes tous concernés, car nous avons le système de santé publique et le réseau hospitalier que nous méritons. Nous avons le système de gestion des situations et de préparation à la lutte contre les pandémies que nous méritons. Le manque de préparation face aux maladies infectieuses, le déclin du système de santé publique, les ratés de systèmes qui auraient dû protéger les infirmières, les ambulanciers paramédicaux, les médecins et tous les travailleurs de la santé contre les infections transmises au travail... toutes ces déficiences se sont poursuivies alors que trois gouvernements de différentes allégeances politiques se succédaient. Nous avons tous manqué à notre devoir et nous devrions tous avoir honte parce que nous n'avons pas insisté pour que ces gouvernements nous protègent mieux.

Il est aussi difficile de savoir qui blâmer, car le blâme requiert l'établissement de responsabilités. Durant la crise du SRAS, l'établissement des responsabilités était si flou qu'il est difficile, même aujourd'hui, de savoir précisément qui était responsable de quoi. Lorsque les responsabilités sont clairement établies et qu'un problème survient, on sait à qui s'adresser et où se trouve cette personne. Durant la crise du SRAS, les responsabilités n'étaient pas clairement établies et elles demeurent encore floues aujourd'hui. Nous avons besoin d'un système dont les voies hiérarchiques et les responsabilités sont claires afin que nous soyons mieux préparés à affronter la prochaine éclosion de maladie infectieuse.

7. A-t-on caché de l'information?

Rien ne prouve que de l'information aurait été délibérément retenue. Toutefois, de nombreuses observations révèlent qu'il y a eu de graves ratés sur le plan des communications.

La piètre qualité de la communication est omniprésente tout au long de la crise du SRAS. Encore et encore, la mauvaise communication a exacerbé une situation terrible et déroutante. En février et au début de mars 2003, contrairement à leurs collègues de la Colombie-Britannique, les travailleurs de la santé de l'Ontario n'ont pas été alertés de l'apparition d'une nouvelle maladie mystérieuse en Chine et à Hong Kong. Jusqu'à la mi-mai 2003, les directives ont omis de rappeler aux employeurs leurs obligations légales en matière de sécurité des travailleurs. À maintes reprises, lorsqu'on a détecté de nouvelles éclosions dans des hôpitaux, on a énormément tardé à communiquer avec tous les travailleurs qui auraient pu avoir été exposés.

Dans le présent rapport, nous faisons état de mauvaises communications, observées dans de nombreux cas, entre les gouvernements, les organismes et les hôpitaux. Bien que le gouvernement et les services de santé publique aient fait de louables efforts en vue de communiquer au public des renseignements justes et opportuns, les résultats ont été mitigés. À certaines occasions, la communication avec le public s'est avérée excellente, comme par exemple dans le cas de la D^{re} Sheela Basrur, médecin hygiéniste en chef pour Toronto. Dans d'autres cas, comme la désastreuse conférence de presse du 23 mai, la communication avec le public ressemblait plutôt à un naufrage.

8. Y a-t-il eu ingérence politique?

Compte tenu des observations et de l'analyse exposées dans le présent chapitre, la Commission constate qu'aucune pression politique ou économique ne s'est exercée sur le système de santé, les services de santé publique ou les hôpitaux en vue de minimiser ou de cacher l'étendue du SRAS, d'affirmer qu'un cas de SRAS n'en était pas un ou de déclarer prématurément que les éclosions de SRAS étaient terminées.

9. La première éclosion de SRAS pouvait-elle être évitée?

Toute tentative visant à affirmer que l'on aurait pu éviter une catastrophe par telle ou telle mesure comporte une part de conjectures. L'histoire est remplie de « Et si... ». Et si l'on avait isolé et examiné de plus près les personnes malades, si la salle d'urgence avait été configurée différemment, si les mesures de lutte contre les infections, les précautions permettant d'assurer la sécurité des travailleurs, ainsi que la formation et la vigilance avaient été différentes, aurions-nous pu éviter la catastrophe du SRAS? Tout cela n'est que conjectures.

Introduction

La réponse est simple : non, nous n'aurions pas pu éviter la première éclosion de SRAS. Aucun pays n'a entièrement échappé au SRAS. Vancouver s'en est certainement mieux tirée que Toronto. Bien que la présentation des cas de référence ait été très différente d'un cas à l'autre, il y a suffisamment de similitudes pour justifier une comparaison quant à l'état de préparation et aux systèmes de sécurité des travailleurs. Il y a eu indubitablement un élément de chance qui a protégé Vancouver contre la dévastation que le SRAS a entraînée en Ontario. Toutefois, il faut aussi dire que Vancouver est à l'origine de sa chance, grâce à une meilleure préparation et à un système plus solide.

Il est impossible de prouver que la première éclosion de SRAS aurait pu être évitée si l'on avait réglé les faiblesses systémiques de l'Ontario en matière de préparation, de surveillance, de sécurité des travailleurs, de lutte contre les infections et de santé publique avant l'arrivée du SRAS. Il est probable que nous aurions pu maîtriser la première éclosion de SRAS plus rapidement et avec moins de dommages si l'Ontario avait disposé de systèmes convenables.

Même si la Colombie-Britannique a eu plus de chance que l'Ontario relativement à la présentation de son cas de référence, elle a plus efficacement maîtrisé le SRAS grâce à sa meilleure préparation et à des systèmes de sécurité des travailleurs, de lutte contre les infections et de santé publique plus solides et plus coopératifs.

La Colombie-Britannique offre un exemple utile de la façon dont les choses peuvent se passer et de l'efficacité d'une solide culture de sécurité pour assurer la protection des travailleurs de la santé. C'est un exemple que devrait suivre l'Ontario.

10. La seconde éclosion de SRAS pouvait-elle être évitée?

Nous ne saurons jamais si la seconde éclosion de SRAS aurait pu être évitée.

Nous pouvons affirmer que, pour les raisons exposées ci-dessous, les occasions étaient plus grandes de prévenir la seconde éclosion de SRAS que la première, qu'elle aurait pu être détectée plus tôt et que ses répercussions auraient pu être moindres si des systèmes adéquats avaient été en place.

Premièrement, en tant qu'infection nosocomiale, le SRAS s'est principalement propagé à l'intérieur de l'espace confiné des établissements de santé. Contrairement à une pandémie de grippe, il ne s'est pas propagé de façon incontrôlable dans la collectivité. Deuxièmement, il s'est propagé précisément dans des lieux de travail qui devraient être préparés de façon optimale en vue de protéger les patients, les visiteurs et les travailleurs contre les maladies infectieuses. Troisièmement, il est apparu plus de deux mois après la consultation de M. T à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough. C'est une chose d'être pris au dépourvu, comme l'Ontario l'a été, à l'apparition du SRAS. C'en est une autre de n'avoir pas tiré suffisamment de leçons pendant une période de deux mois afin de prévenir une récurrence majeure.

Le problème, c'est que ces facteurs, qui auraient dû faciliter la prévention et la maîtrise de la seconde éclosion de SRAS, ont été atténués en raison des nombreuses failles du système que le SRAS a révélées, notamment une surveillance insuffisante, une expertise et des ressources inadéquates en matière de lutte contre les infections et de sécurité des travailleurs, des responsabilités floues, ainsi que des systèmes de communication inadéquats entre les hôpitaux et les services de santé publique.

11. Les travailleurs de la santé ont-ils été convenablement protégés?

La réponse est non. Il est tragiquement évident que les travailleurs de la santé n'étaient pas convenablement protégés. Le lourd bilan de maladies parmi les travailleurs hospitaliers, les ambulanciers paramédicaux et autres travailleurs du système de santé de l'Ontario durant la crise du SRAS le prouve. Deux infirmières et un médecin sont morts du SRAS. D'autres travailleurs de la santé sont tombés malades, notamment des ambulanciers paramédicaux, des techniciens médicaux et des préposés à l'entretien, dont beaucoup ont, sans le savoir, contaminé leur famille. Près de la moitié des personnes qui ont contracté le SRAS étaient des travailleurs de la santé qui ont été contaminés au travail. La situation aurait été différente si toutes les personnes avaient été infectées au début de l'éclosion, lorsqu'on en savait très peu sur cette maladie... L'étendue des lacunes en matière de sécurité des travailleurs durant la crise du SRAS est révélée par le fait que les travailleurs ont continué à tomber malades en avril et jusqu'à la fin de mai, longtemps après l'éclosion à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough.

Tableau 1 – Cas probables et soupçonnés de SRAS contractés dans des établissements de soins de santé¹⁵

Catégorie	Phase 1	Phase 2	Nombre total de cas soupçonnés et probables	Pourcentage du nombre total de cas (375)
Travailleurs de la santé	118	51	169	45 %
Patients	23	35	58	15 %
Visiteurs	20	23	43	11 %
Total	161	109	270	72 %

De nombreux facteurs ont contribué à cette situation. Le système de santé n'avait pas les ressources et l'expertise suffisantes en matière de sécurité des travailleurs afin d'affronter le SRAS. Le système de santé en général n'a pas compris ses obligations en vertu des lois et des règlements régissant la sécurité des travailleurs. Il y a eu une mauvaise compréhension de la sécurité au travail en tant que discipline distincte de la lutte contre les infections. La lutte contre les infections et la sécurité au travail étaient gérées en vases clos. Durant la crise du SRAS, le ministère du Travail a été dans une large mesure tenu à l'écart; sa capacité de jouer un rôle plus important sur les plans de l'application et de la réglementation, conformément à la loi, afin de

15. Exposé du D^f Colin D'Cunha, *Audiences publiques de la Commission sur le SRAS*, 29 septembre 2003

protéger les travailleurs, a été gravement minée par les coupures budgétaires et les compressions des ressources des années 1990.

12. Sommes-nous maintenant mieux protégés?

En bref, nous le sommes un peu mieux. Toutefois, nous ne le sommes pas aussi bien que nous devrions l'être.

Dans son premier rapport provisoire, déposé en avril 2004, la Commission a abordé les graves problèmes de l'infrastructure de santé publique de l'Ontario et ce que nous devons faire afin d'être mieux protégés. Dans son deuxième rapport provisoire, déposé en avril 2005, la Commission a traité des failles flagrantes des lois de l'Ontario régissant la protection de la santé et les interventions en situations d'urgence et de ce que nous devons faire pour les corriger.

Bien que le gouvernement de l'Ontario et les hôpitaux aient adopté d'importantes mesures en vue d'améliorer notre niveau de protection contre des éclosons infectieuses comme celle du SRAS, de graves problèmes persistent. Il reste encore beaucoup à faire. Bien que louable, le travail accompli jusqu'ici n'est que le début de la fin des efforts visant à régler les problèmes que le SRAS a révélés. Ces problèmes ne seront résolus que lorsque l'Ontario aura un système de santé comportant des volets solides et interactifs de lutte contre les infections, de sécurité des travailleurs et de santé publique.

Comme la Commission l'a déclaré dans son deuxième rapport provisoire :

Après de longues périodes de négligence, d'insuffisance des ressources et de manque de leadership, il faudra des années ainsi qu'un financement soutenu et des ressources pour réparer les dommages¹⁶.

13. Que devons-nous faire?

Le SRAS a révélé l'existence de nombreuses défaillances systémiques : le manque de préparation contre les éclosons de maladies infectieuses, le déclin du système de santé publique, l'échec de systèmes qui auraient dû protéger les infirmières, les ambulanciers paramédicaux et autres personnes contre les infections au travail, l'incapacité des programmes de lutte contre les infections à protéger les patients et les visiteurs des établissements de santé ainsi que des voies hiérarchiques et des responsabilités floues confuses.

Nous avons tiré du SRAS des leçons qui peuvent nous aider à réparer nos torts. Ces leçons ont servi de fondement aux recommandations de changement de la Commission.

La leçon primordiale du SRAS est peut-être celle qui concerne l'importance du principe de précaution. À de nombreuses reprises, le SRAS nous a montré l'importance du principe voulant que nous ne pouvons pas nous permettre d'attendre d'avoir une certitude scientifique avant de

16. Commission sur le SRAS, *Deuxième rapport provisoire*, p. 297.

prendre des mesures raisonnables pour réduire les risques. Ce principe devrait être adopté comme principe directeur dans l'ensemble des systèmes ontariens de santé, de santé publique et de sécurité des travailleurs.

Si nous ne retenons pas cette leçon et les autres enseignements du SRAS et que nous n'exigeons pas que les gouvernements actuels règlent les problèmes qui persistent, nous honorerons très mal le souvenir de ceux qui sont morts, de ceux qui sont tombés malades et de ceux qui ont tant souffert. En outre, nous paierons un prix terrible lorsque nous devrons affronter de futures éclosions de maladies virulentes, qu'elles soient prévues, comme les pandémies de grippe, ou imprévues, comme l'a été le SRAS.

Le SRAS nous a appris que nous devons être prêts à affronter l'inconnu. Il nous a appris que de nouvelles menaces microbiennes comme le SRAS se sont produites et peuvent se produire de nouveau. Il nous a donné en outre un aperçu de la dévastation encore plus effroyable qu'une pandémie de grippe pourrait causer.

Les gouvernements et les hôpitaux n'ont plus aucune excuse d'être pris au dépourvu, de ne pas fournir aux travailleurs de la santé un niveau maximal de protection raisonnable, grâce à du matériel et à une formation appropriés, et de ne pas protéger les patients et les visiteurs par des pratiques efficaces de lutte contre les infections.

Comme l'a souligné la Commission dans son premier rapport provisoire :

L'Ontario [...] a ignoré de nombreuses sonnettes d'alarme. Les failles du système ont été pointées du doigt à maintes reprises, les problèmes qui sont survenus précisément pendant la crise du SRAS avaient été prévus maintes et maintes fois et les mises en garde ont été tout autant ignorées.

Le gouvernement ontarien a un choix clair. S'il a la volonté politique nécessaire, il peut s'engager à long terme et financer la réforme qui s'impose afin d'amener la protection de la santé publique contre les maladies infectieuses à un niveau raisonnable. S'il n'a pas la volonté politique requise, il peut rafistoler le système, effectuer un investissement symbolique et attendre la prochaine éclosion et son cortège de morts, de malades, de souffrances et de désastres économiques.

La volonté politique du gouvernement pourra être mesurée dans les mois à venir en fonction de ses actions et de ses engagements à long terme¹⁷.

17. Commission sur le SRAS, *Premier rapport provisoire*, p. 210.

Recommandations

Introduction

Le premier rapport provisoire, *Le SRAS et la santé publique en Ontario*, se penchait sur le renouvellement de la santé publique. La Commission y disait :

En raison de l'imminence évidente des décisions gouvernementales relatives aux changements fondamentaux à apporter au système de santé publique, le présent rapport provisoire sur les leçons qu'il faut tirer du SRAS est publié maintenant, sans attendre le rapport final. [...] Le fait que la Commission doive aborder le renouvellement de la santé publique de façon provisoire ne signifie pas que ce sujet est plus important que d'autres questions urgentes, comme la sécurité et la protection des travailleurs de la santé. Il s'agit simplement d'une question de calendrier¹⁸.

La Commission a établi 21 principes pour corriger les lacunes du système de santé publique révélées par le SRAS. Elle a également formulé des recommandations pour corriger les problèmes urgents afin d'éviter une autre tragédie comme celle du SRAS, y compris le manque de leadership provincial en matière de santé publique, l'insuffisance des capacités et des ressources en santé publique, la capacité insuffisante des laboratoires provinciaux, le manque de coordination et d'expertise centralisées en santé publique, l'absence de préparation aux situations sanitaires d'urgence et le manque de liaison des services de santé publique avec les hôpitaux, les travailleurs de la santé et autres intervenants.

Le deuxième rapport provisoire, *Le SRAS et les lois applicables à la santé publique*, portait sur les lois en matière de santé publique. La Commission y disait :

Ce deuxième rapport provisoire traite des dispositions législatives qui permettraient de renforcer la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et de donner force de loi aux pouvoirs d'urgence en cas de désastre relevant de la santé publique, comme le SRAS ou la grippe pandémique. Il est publié à ce stade en réponse aux projets actuels du gouvernement de modifier plus avant la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et d'apporter des changements radicaux à la *Loi sur la gestion des situations d'urgence*¹⁹.

18. Commission sur le SRAS, *Premier rapport provisoire*, p. 1.

19. Commission sur le SRAS, *Deuxième rapport provisoire*, p. 1.

La Commission a formulé des recommandations concernant l'indépendance et le leadership du médecin hygiéniste en chef, la gouvernance locale en santé publique, la préparation juridique en matière de santé publique et les lois sur les situations d'urgence, les ressources en santé publique et la révision de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, y compris le renforcement des pouvoirs de protection de la santé et la clarification des exigences en matière de déclaration des maladies infectieuses.

Les recommandations de ce troisième et dernier rapport se fondent sur le déroulement de l'épidémie de SRAS qui a frappé l'Ontario et qui n'a été maîtrisée qu'après avoir touché 375 personnes, dont 44 sont décédées. Nombre de recommandations portent sur des questions de sécurité des travailleurs, ce qui n'est guère surprenant dans le cas d'une éclosion qui a touché principalement les infirmières, les médecins et autres travailleurs de la santé. Comme la Commission l'a fait remarquer dans son deuxième rapport provisoire :

Il a été suggéré à la Commission que des dispositions législatives soient adoptées afin de renforcer la protection de la santé et de la sécurité au travail pour les travailleurs de la santé. Cette question sera abordée dans le rapport final. La santé et la sécurité au travail sont au cœur des travaux de la Commission²⁰.

La Commission a grandement profité des présentations orales effectuées et des mémoires remis au cours des audiences publiques et en réponse à plusieurs invitations générales du début à la fin de l'enquête. Nombre de mémoires soumis et de présentations effectuées durant les audiences publiques sont affichés sur le site Web de la Commission.

Les mémoires du gouvernement, des hôpitaux, des syndicats et de nombreux secteurs du monde de la santé ont fait état d'importantes améliorations depuis la crise du SRAS et de domaines de premier plan où davantage d'efforts sont nécessaires. Ces mémoires constituent une documentation remplissant un peu moins d'une boîte de rangement de dossiers. Cette documentation et tous les documents publics des travaux de la Commission ont été transmis aux Archives publiques de l'Ontario²¹ et seront à la disposition du public en conformité avec la politique d'archivage.

20. Commission sur le SRAS, *Deuxième rapport provisoire*, p. 1.

21. La Commission a transmis tous les documents non confidentiels aux Archives publiques de l'Ontario. En vertu du mandat de la Commission, son rapport est assujéti aux lois sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, c'est-à-dire que le rapport lui-même est accessible au public et qu'il doit respecter la confidentialité des renseignements personnels sur la santé. Comme la Commission est indépendante du gouvernement, les fruits de ses travaux confidentiels ne sont pas assujétiés à ces lois. La majorité de la documentation résultant des travaux confidentiels de la Commission est constituée d'entrevues de sources confidentielles, de notes et de documents rédigés ou obtenus à titre confidentiel d'un point de vue juridique.

Principe de précaution

Dans *La Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada*, le juge Krever affirmait :

Si on a des preuves raisonnables d'une menace imminente à la santé publique, il ne faut pas attendre d'avoir des preuves strictes de l'existence d'un rapport de cause à effet avant de prendre les mesures nécessaires pour contrer ce danger²².

L'épisode du SRAS a démontré à maintes reprises l'importance du principe de précaution voulant que l'on fasse des efforts raisonnables afin de réduire les risques sans attendre les preuves scientifiques. La nécessité de mieux l'appliquer revient tout au long de ce rapport.

Par exemple, mentionnons le débat, pendant la crise du SRAS, sur la transmission de celui-ci par de larges gouttelettes ou par des particules en suspension dans l'air. L'important n'était pas de savoir qui avait raison et qui avait tort. En ce qui concerne la sécurité des travailleurs dans les hôpitaux, nous ne devrions pas nous en remettre aux dogmes scientifiques d'hier, ni même à ceux d'aujourd'hui. Nous devrions suivre le principe de précaution qui veut que nous prenions des mesures raisonnables afin de réduire les risques sans attendre de certitude scientifique.

Une démarche préventive était également appliquée à l'Hôpital général de Vancouver lorsqu'il a reçu le premier cas de SRAS de la Colombie-Britannique le 7 mars 2003, le même jour où le cas de référence de l'Ontario s'est présenté à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough. Lorsqu'ils sont confrontés à un cas de maladie respiratoire non diagnostiquée, les travailleurs de la santé de l'Hôpital général de Vancouver appliquent automatiquement le plus haut niveau de précaution, puis l'assouplissent au fur et à mesure que le cas est élucidé. Bien que les circonstances à l'Hôpital général de Vancouver aient différé de celles de l'Hôpital Grace, il n'est pas surprenant de constater que le SRAS a été endigué si efficacement dans un établissement appliquant aussi rigoureusement le principe de précaution.

En Ontario, le principe de précaution a été systématiquement négligé dans la sécurité des travailleurs de la santé ainsi que dans le dépistage et le diagnostic d'une maladie respiratoire dont les symptômes se confondaient avec ceux d'autres maladies respiratoires mieux connues. Compte tenu de cette absence systémique du principe de précaution, il n'est pas surprenant de constater qu'en Ontario, contrairement à Vancouver, le SRAS ait frappé si fort, infectant 375 personnes, dont 169 travailleurs de la santé, et en tuant 44, dont deux infirmières et un médecin.

22. Le rapport Krever, p. 295; voir également pp. 989-994.

La Commission recommande donc :

- que le principe de précaution, qui prévoit de prendre des mesures de réduction des risques sans attendre une certitude scientifique, soit expressément adopté comme principe directeur dans tous les systèmes de santé, de santé publique et de sécurité au travail de l'Ontario par la voie d'un énoncé de principe, d'une référence explicite dans toutes les normes et directives opérationnelles pertinentes et de l'inclusion de ce principe au moyen d'un préambule, d'un énoncé de principe ou autrement dans la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et l'ensemble des lois et des règlements pertinents régissant la santé;
- qu'à l'occasion de toute future crise de maladie infectieuse, le principe de précaution guide l'élaboration, l'application et le suivi des procédures, des lignes directrices, des processus et des systèmes de dépistage précoce et de traitement des cas potentiels;
- qu'à l'occasion de toute future crise de maladie infectieuse, le principe de précaution guide l'élaboration, l'application et le suivi des procédures, des lignes directrices, des processus et des systèmes de sécurité des travailleurs.

Systeme de santé publique

Le SRAS a démontré que le système de santé publique de l'Ontario est défaillant et qu'il faut y remédier. Bien que de grands progrès aient été réalisés depuis, après de longues périodes de négligence, d'insuffisance des ressources et de manque de leadership, beaucoup de travail reste encore à faire. Chacune des recommandations adressées à la Commission concernant la santé publique soulignait le besoin d'accroître les ressources²³.

Comme la Commission l'a déclaré dans son deuxième rapport provisoire :

Tandis que la province entre dans les dernières étapes de l'Opération Protection de la santé, qui nécessiteront des fonds importants, le défi consistera à fournir les ressources nécessaires pour maintenir le rythme des changements malgré les autres pressions budgétaires du gouvernement.

23. L'un des meilleurs exemples est le mémoire qu'a présenté le 19 juillet 2006 le D^r David McKeown, médecin hygiéniste de Toronto, qui a relevé en particulier les six problèmes suivants :

1. Le rôle et les pouvoirs des services de santé publique en ce qui concerne les maladies à déclaration non obligatoire doivent être renforcés.
2. La capacité de transmission de données du SIISP (Système intégré d'information sur la santé publique) doit être améliorée. De plus, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) doit agir plus rapidement pour permettre le signalement électronique des cas par les laboratoires, les hôpitaux et les médecins aux services de santé publique.
3. Le MSSLD et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario doivent développer des mécanismes permettant à tous les médecins autorisés de la province de recevoir par voie électronique des alertes médicales urgentes.

Il faut répéter encore et encore que les ressources sont indispensables à la réforme de la santé publique. Sans ressources supplémentaires, le nouveau leadership et les nouveaux pouvoirs seront sans effet. Donner au médecin hygiéniste en chef un nouveau mandat sans nouvelles ressources la rend impuissante à réaliser les changements promis. Comme un observateur l'a judicieusement dit à la Commission :

Le pire des scénarios consiste essentiellement à accorder l'obligation de réaliser une chose sans donner les ressources pour le faire. Le médecin hygiéniste en chef aurait alors une obligation légale qu'il serait incapable de remplir.

Doter le système de santé publique de pouvoirs et de responsabilités supplémentaires sans les ressources nécessaires induirait le public en erreur et laisserait l'Ontario dans un état de vulnérabilité face à des épidémies comme celle du SRAS. [traduction]²⁴

Le SRAS a également révélé de nombreux problèmes relatifs à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, qui ont fait l'objet de recommandations détaillées dans le deuxième rapport provisoire²⁵. Ces problèmes découlaient entre autres de la nécessité d'utiliser un instrument aussi flou que le Code orange et de la confusion à propos de l'obligation de déclarer les maladies infectieuses.

La Commission recommande donc :

- que le gouvernement achève le processus de remise en état du système de santé publique, incluant :
 - une révision générale de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* recommandée dans le deuxième rapport provisoire de la Commission pour en éliminer les ambiguïtés dangereuses, comme la confusion à propos de l'obligation de déclarer les maladies infectieuses survenue pendant la crise du SRAS, et donner aux autorités la capacité de réagir de façon plus précise que ne le permettait le Code orange, un instrument imprécis;

4. Le MSSLD doit clarifier le rôle et les pouvoirs des services de santé publique relativement à la lutte contre les infections dans les hôpitaux et autres établissements.

5. Dans l'ensemble, les capacités en santé publique doivent être renforcées. Il faut pour cela accroître le budget et non pas seulement changer la formule de partage des coûts. De plus, les problèmes de ressources humaines sont graves et vont en grandissant, en ce qui concerne surtout les médecins spécialistes en médecine communautaire, qui sont essentiels en situation d'urgence mettant en cause une maladie infectieuse.

6. Il faut assurer l'indépendance complète du rôle du médecin hygiéniste en chef. Les exigences actuelles du poste entravent cette indépendance, ce qui peut mener à un conflit entre les intérêts du gouvernement et les besoins du public en matière de santé.

24. Commission sur le SRAS, *Deuxième rapport provisoire*, p. 303.

25. Commission sur le SRAS, *Deuxième rapport provisoire*, pp.404-416.

- terminer l'examen des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires et passer d'un système de lignes directrices à un système de responsabilisation fondé sur des normes de programme liées au rendement;
- mettre sur pied l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé;
- revitaliser le Laboratoire central de santé publique;
- assurer un financement suffisant et constant au système de santé publique.

L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et le médecin hygiéniste en chef

Bien qu'il soit très sage de proposer la création d'une Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, la structure recommandée²⁶ ne tient pas compte de l'important problème de la division des pouvoirs et des responsabilités survenu pendant la crise du SRAS.

26. Voir le rapport final du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence, *De la vision à l'action : Un plan pour établir l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé*, mars 2006, et le rapport du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence, *Partir sur de nouvelles bases : Un plan pour établir en Ontario une agence de santé publique*, octobre 2005.

Comme la Commission l'a fait remarquer dans son deuxième rapport provisoire :

... la réaction au SRAS a également été entravée par la complexité de la structure de leadership en situation d'urgence, alors que personne n'était clairement responsable. Un arrangement *de facto*, en vertu duquel l'autorité a été partagée entre le médecin hygiéniste en chef du jour et le commissaire à la sûreté et à la sécurité publique, a entraîné un manque de clarté quant à leurs rôles respectifs, ce qui a contribué à entraver la réaction au SRAS.
[traduction]²⁷

Une leçon importante de la crise du SRAS nous apprend que la dernière chose dont l'Ontario a besoin dans la planification de la prochaine éclosion et de la façon de la maîtriser, c'est d'un autre important joueur autonome sur la patinoire.

Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence déclarait dans son premier rapport :

La création d'une agence indépendante du gouvernement correspond d'ailleurs aux recommandations des rapports Walker, Campbell et Naylor, à un engagement pris dans le rapport *Opération Protection de la santé* et à ce qui s'est fait avec succès au Québec concernant l'INSPQ [L'Institut national de santé publique du Québec]²⁸.

En fait, la Commission a recommandé un arrangement très différent dans son premier rapport provisoire et a déconseillé la création d'un autre « silo », c'est-à-dire d'un autre organisme autonome, alors que le SRAS a démontré les dangers du manque de coordination entre de tels organismes :

Tout d'abord, la structure du nouvel organisme ou du nouveau centre, qui englobera des fonctions consultatives et opérationnelles, doit établir un juste équilibre entre l'indépendance et la responsabilité, qu'il s'agisse d'une société d'État ou d'une autre forme d'organisme sans contrôle ministériel direct.

Deuxièmement, il doit s'agir d'un organisme qui vient compléter le travail du médecin hygiéniste en chef et des médecins hygiénistes locaux et non d'un organisme concurrent. Le SRAS a révélé la présence d'un nombre suffisant d'intervenants autonomes dans le domaine qui, sans une coordination adéquate, peuvent se nuire mutuellement. L'introduction d'un organisme semi-indépendant dans un système comme celui de la santé publique responsable envers le public par l'entremise du gouvernement comporte toujours des risques. Un tel organisme risque en effet de prendre vie de façon indépendante et de se donner un mandat bien à lui qui n'est pas nécessairement celui de servir l'intérêt public pour lequel il a été créé²⁹.

27. Commission sur le SRAS, *Deuxième rapport provisoire*, p. 323.

28. Rapport du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence, *Partir sur de nouvelles bases : Un plan pour établir en Ontario une agence de santé publique*, octobre 2005, p. 16.

29. Commission sur le SRAS, *Premier rapport provisoire*, p. 19.

Par conséquent, la Commission a recommandé de donner au médecin hygiéniste en chef un rôle concret au sein de cet organisme, y compris un siège au conseil d'administration³⁰.

Le Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence a adopté une démarche complètement opposée, recommandant de ne pas donner au médecin hygiéniste en chef un siège au conseil d'administration à titre de membre votant et d'octroyer un rôle très autonome à l'organisme.

Cette proposition ignore d'importantes leçons que nous a apprises la crise du SRAS.

Loin de recommander un organisme entièrement autonome, la Commission a souligné le besoin de confier au médecin hygiéniste en chef la responsabilité des opérations avec l'aide de l'organisme qui doit, sur le plan opérationnel, lui rendre des comptes, bien qu'il conserve une certaine indépendance en matière de politiques.

La Commission recommande donc :

- qu'à la lumière des leçons de la crise du SRAS, le gouvernement examine de nouveau la recommandation du Groupe de travail sur la mise en œuvre de l'Agence concernant la relation entre le médecin hygiéniste en chef et cet organisme.

30. Le premier rapport provisoire affirmait :

Pour s'assurer que le nouvel organisme ontarien vienne compléter le mandat du système de santé publique, la relation entre le nouvel organisme ontarien et le médecin hygiéniste en chef doit être claire. Du moment que cette personne joue un rôle bien défini pour le travail en cours et la direction générale de l'organisme, et qu'elle est apte à mobiliser les ressources de l'organisme afin de répondre à un problème de santé publique au besoin, l'organisme ne pourra remplir ses fonctions comme source d'appui aux services de santé publique. Le médecin hygiéniste en chef ne doit pas se limiter à un rôle symbolique dans la direction d'un tel organisme. Advenant que le nouvel organisme possède un conseil d'administration, le médecin hygiéniste en chef, s'il n'y exerce pas la fonction de président, devrait au moins en être le président adjoint. Dans la mesure où l'organisme est fonctionnel, et non purement consultatif, le médecin hygiéniste en chef doit, en cas de problème de santé publique, être apte à diriger les ressources relatives au fonctionnement de l'organisme de manière à offrir une réponse des plus adéquates, qu'il s'agisse de ressources de nature épidémiologique, de laboratoire ou autre.

Commission sur le SRAS, *Premier rapport provisoire*, p. 188.

Plans d'urgence pour la fermeture ordonnée des hôpitaux

Avant l'apparition du SRAS, personne n'était préparé à la possibilité de devoir fermer un hôpital pour endiguer l'écllosion d'une maladie infectieuse. C'est pourtant ce qui est arrivé à trois reprises pendant la crise du SRAS à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough, à l'Hôpital central de York et à l'Hôpital général de North York. Personne n'avait eu à faire cela auparavant en Ontario. Le SRAS a démontré l'immense difficulté de fermer un hôpital au milieu d'une éclosion, alors qu'il n'y avait aucun précédent, que personne n'avait planifié cette possibilité et que le personnel n'avait bénéficié d'aucun exercice ni reçu de formation à cette fin. Il est à l'honneur de tous ceux qui ont participé à la fermeture de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough, de l'Hôpital central de York et de l'Hôpital général de North York d'avoir accompli cette tâche malgré le manque d'expérience et de connaissances à cet égard.

La Commission recommande donc :

- la préparation de plans d'urgence en vue de la fermeture ordonnée des hôpitaux afin d'éviter les problèmes vécus à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough, à l'Hôpital central de York et à l'Hôpital général de North York, afin de parer à toute éventualité, en prévoyant en particulier :
 - des moyens efficaces d'informer immédiatement le personnel de l'établissement de tout risque potentiel;
 - des moyens efficaces d'informer immédiatement le personnel se trouvant hors de l'établissement de tout risque potentiel;
 - des systèmes permettant de confirmer rapidement les noms et les coordonnées de tous ceux qui se trouvent à l'hôpital au moment visé, y compris les visiteurs des patients;
 - la modification de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* pour y ajouter l'obligation de s'identifier aux fins de dépistage par les services de santé publique³¹;

31. Le deuxième rapport provisoire affirmait :

Le mémoire remis à la Commission par un groupe d'experts, ayant tous participé étroitement à l'intervention contre le SRAS, a recommandé la modification des articles de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* relatifs à la déclaration afin de faciliter le travail des bureaux de santé dans le dépistage des contacts des patients avec une maladie infectieuse :

La loi actuelle ne fait pas précisément référence aux sujets-contacts des cas infectieux. La divulgation d'information sur les cas et les contacts est essentielle à la lutte contre les maladies infectieuses. Cela a constitué un obstacle important à la gestion de l'écllosion de SRAS. Nous croyons que l'obligation de déclarer les contacts auxquels les lois et les règlements font spécifiquement référence permettra aux praticiens de donner cette information à leur médecin hygiéniste. [traduction]

Les modifications apportées au Règlement 569 par le Règlement 01/05 règlent ce problème.

Les sujets-contacts identifiés immédiatement ou plus tard sont inclus dans la plupart des listes, précisant les renseignements supplémentaires qui doivent être déclarés au médecin hygiéniste. Ils sont inclus plus particulièrement dans le cas du SRAS, de la tuberculose, de la grippe et des maladies respiratoires fébriles. Cela signifie que ceux qui ont des responsabilités de déclaration en vertu de la Loi doivent maintenant déclarer les renseignements sur les sujets-contacts.

Source : Commission sur le SRAS, *Deuxième rapport provisoire*, p. 199.

- des protocoles d'aide de la police, préalablement établis et répétés;
- une assistance médicale immédiate pour ceux qui dépendent de l'hôpital, comme pour l'obstétrique, la dialyse et l'oncologie;
- des moyens efficaces d'informer immédiatement le public, les familles des patients et la communauté élargie desservie par l'hôpital;
- que les plans de fermeture d'urgence des hôpitaux soient répétés et révisés périodiquement pour tenir compte des leçons tirées des exercices de formation et des pratiques exemplaires de gestion des situations d'urgence.

Diffusion efficace des alertes d'écllosion

Lorsque M. T s'est présenté à l'hôpital Grace le 7 mars 2003, les travailleurs de la santé ne savaient pas qu'ils devaient être à l'affût de maladies respiratoires inhabituelles. Contrairement à leurs collègues de la Colombie-Britannique, ils n'avaient pas été informés de l'émergence d'une nouvelle et mystérieuse maladie en Chine et à Hong Kong. Trois ans après le SRAS, les fonctionnaires de la santé publique ont affirmé à la Commission qu'il n'y a toujours aucun moyen de communiquer rapidement et efficacement avec les médecins ontariens. Le SRAS a démontré que les alertes et autres types de communication doivent parvenir rapidement à tous les intervenants en milieu de travail, y compris les employeurs, les travailleurs de la santé, les syndicats et les comités mixtes sur la santé et la sécurité.

La Commission recommande donc :

- que le ministère de la Santé élabore et mette en œuvre un moyen efficace d'alerter tous les intervenants en milieu de travail, y compris les travailleurs de la santé, les employeurs, les syndicats et les comités mixtes sur la santé et la sécurité, en temps opportun des menaces de maladie infectieuse;
- qu'en préparation à la possibilité d'une crise de santé publique comme le SRAS ou d'une pandémie, les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre des moyens efficaces de communiquer à leurs travailleurs des renseignements concernant l'écllosion, les risques pour la santé, la stratégie d'endiguement et les mesures de protection des travailleurs, des patients et des visiteurs.

Directives

Des directives concernant les respirateurs N95 et d'autres questions relatives à la sécurité des travailleurs ont été préparées sans une supervision appropriée de la part du ministère du Travail, sans une contribution adéquate d'experts en sécurité du travail et sans une participation suffisante des intervenants en milieu de travail, y compris les syndicats, les employeurs et les comités mixtes sur la santé et la sécurité. L'insuffisance des directives n'est pas le fait de ceux qui les ont préparées et qui méritent des félicitations pour les efforts remarquables qu'ils ont déployés dans des circonstances difficiles avec des ressources, une infrastructure ou une planification

insuffisantes. Quelles que soient les raisons des lacunes de ces directives, il reste que, pour la majeure partie de l'éclosion, elles n'ont pas permis de donner aux travailleurs de la santé, à leurs supérieurs et à leurs employeurs les conseils détaillés dont ils avaient besoin. Les intervenants en milieu de travail ont également mentionné les difficultés qu'ils ont continuellement éprouvées pour faire part de leurs commentaires au Centre provincial des opérations sur les problèmes surgissant au moment de l'application des directives.

La Commission recommande donc :

- qu'en cas de crise future de maladie infectieuse, la préparation des directives concernant la sécurité des travailleurs soit supervisée, révisée et approuvée par le ministère du Travail dans le cadre d'un processus transparent et facilement compréhensible par tous les intervenants en milieu de travail;
- qu'en cas de crise future de maladie infectieuse, les directives concernant la sécurité des travailleurs soient préparées conjointement par des experts de la lutte contre les infections et de la sécurité au travail pour tenir compte du chevauchement de leurs responsabilités et ainsi s'assurer que les patients, les travailleurs et les visiteurs sont en sécurité;
- qu'en cas de crise future de maladie infectieuse, les directives concernant la sécurité des travailleurs soient préparées en tenant compte des commentaires des intervenants en milieu de travail qui doivent les mettre en œuvre, y compris les employeurs, les représentants des travailleurs de la santé et les comités mixtes sur la santé et la sécurité;
- qu'en cas de crise future de maladie infectieuse, les directives et autres types de communication concernant la sécurité des travailleurs fassent précisément référence aux articles applicables de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et de ses règlements pour que les employeurs et les travailleurs soient pleinement informés des exigences de la loi en ce qui concerne la sécurité des travailleurs;
- que le ministère du Travail et le ministère de la Santé coopèrent en vue de l'élaboration et de la mise en place d'un système efficace de communication pour recevoir en temps opportun les commentaires des intervenants en milieu de travail, y compris les employeurs, les syndicats et les comités mixtes sur la santé et la sécurité, concernant tout problème survenant pendant la mise en œuvre des directives, des politiques, des méthodes et des systèmes relatifs à la sécurité des travailleurs;
- qu'au moment de diffuser toute communication concernant la sécurité des travailleurs, le ministère de la Santé consulte le ministère du Travail et s'assure de l'inclusion de références claires et précises aux lois, aux règlements, aux lignes directrices et aux

pratiques exemplaires pertinents en matière de sécurité au travail et que les employeurs sont pleinement informés de leurs obligations juridiques en ce qui concerne la protection des travailleurs.

Communication de crise efficace

La communication de crise a connu de nombreux problèmes systémiques pendant l'écllosion du SRAS. Des intervenants en milieu de travail, y compris des syndicats et le ministère du Travail, ont mentionné à la Commission les difficultés qu'ils ont éprouvées à recevoir des directives en temps opportun et à avoir accès aux sites Web du ministère de la Santé. Les employeurs et les représentants des travailleurs ont souvent eu beaucoup de mal à recevoir en temps opportun des réponses à leurs questions au Centre provincial des opérations, au ministère de la Santé et au ministère du Travail sur des questions importantes comme le refus de travailler, la sécurité des travailleuses enceintes et celle des travailleurs immunodéprimés. Les représentants des travailleurs ont également affirmé qu'ils n'étaient pas au courant de l'existence de certains documents internes du ministère du Travail comme l'entente de 1984 avec le ministère de la Santé et le protocole du 2 avril 2003. Dans certains cas, les reportages des médias donnaient plus d'information sur le SRAS que les communications des établissements de santé à leurs travailleurs.

La Commission recommande donc :

- que le ministère du Travail et le ministère de la Santé coopèrent en vue de l'élaboration et de la mise en place d'un système efficace de communication pour s'assurer qu'en cas d'écllosion d'une maladie infectieuse, tous les intervenants en milieu de travail, y compris les employés de première ligne, les employeurs, les syndicats et les comités mixtes sur la santé et la sécurité, reçoivent des communications pertinentes, y compris des directives, en temps opportun;
- qu'en cas de future crise de maladie infectieuse, le ministère du Travail fournisse en temps opportun des directives et des renseignements clairs concernant les lignes directrices relatives au refus de travailler, aux travailleuses enceintes et aux travailleurs immunodéprimés;
- qu'en cas d'écllosion de maladie infectieuse, tout protocole concernant l'intervention du ministère du Travail, comme le protocole ministériel du 2 avril 2003, soit communiqué en temps opportun aux employeurs, aux syndicats, aux comités mixtes sur la santé et la sécurité et autres intervenants en milieu de travail.

Communication des risques

L'histoire des patients en psychiatrie et des grappes familiales de maladie en mai à l'Hôpital général de North York démontre l'importance d'une communication et d'une compréhension claires des rôles et des responsabilités de chacun pendant une enquête épidémiologique. Les infirmières et les médecins de première ligne avaient la conviction que ces patients souffraient du SRAS. Les services de santé publique croyaient que ces patients, bien que non classés comme

infectés par le SRAS, étaient traités en tant que personnes faisant l'objet d'une investigation et étaient examinés et suivis. L'hôpital a cru de bonne foi que l'hypothèse du SRAS avait été écartée. C'est également de bonne foi qu'il a répété ce message au personnel et a essayé de le convaincre qu'il était en sécurité. Il en est résulté un clivage important à Hôpital général de North York entre ce que les infirmières et les médecins de première ligne ont vu et ce que l'hôpital a dit à ses employés. La Commission admet que chacune des parties en cause faisait ce qu'elle croyait juste. Le problème, c'est que le personnel a reçu de bonne foi des garanties avec une confiance que ne justifiaient pas les circonstances.

La Commission recommande donc :

- que le ministère de la Santé s'assure que les rôles et les responsabilités respectifs des services de santé publique et des hôpitaux pendant une écloison de maladie infectieuse soient clarifiés et compris clairement par toutes les parties;
- que les services de santé publique et les hôpitaux élaborent conjointement des processus pour s'assurer que les conseils des services de santé publique aux hôpitaux concernant le diagnostic des patients pendant une épidémie, particulièrement d'une maladie infectieuse difficile à identifier comme le SRAS, tiennent clairement compte de tous les risques pour la santé des préposés;
- que la communication des risques au personnel adopte une démarche préventive, selon laquelle il est mieux de pécher par excès de prudence, surtout en présence de nouvelles maladies peu connues comme le SRAS.

Écoute des travailleurs de la santé de première ligne

Pendant la crise du SRAS, les médecins, les infirmières et autres travailleurs de la santé de première ligne avaient la plus grande expérience clinique du diagnostic et du traitement des patients atteints du SRAS. Pourtant, aucun processus n'était en place pour s'assurer que leur voix et leur expérience étaient entendues.

À l'Hôpital général de North York, par exemple, avant les événements du 23 mai 2003, certains médecins, infirmières et autres travailleurs de la santé se sont inquiétés de la possibilité que le SRAS n'ait pas disparu, malgré ce qu'on leur disait. Par suite de consultations auprès d'experts de l'extérieur, y compris des services de santé publique, l'hôpital était d'avis que les patients en psychiatrie et la grappe familiale de maladie apparue en mai ne souffraient pas du SRAS. Les dirigeants de l'hôpital ont cru de bonne foi que les préoccupations du personnel n'étaient pas fondées et qu'ils devaient convaincre les employés qu'ils étaient en sécurité. Ce qui a irrité les travailleurs de la santé était de constater que leurs craintes, qui se sont avérées fondées, ont été ignorées et que les messages bien intentionnés de l'hôpital étaient déconnectés des inquiétudes du personnel de première ligne.

La Commission recommande donc :

- que des processus et des systèmes efficaces soient mis sur pied pour établir une voie de communication et de consultation avec le personnel de première ligne;
- que les préoccupations des travailleurs de la santé concernant leur propre santé soient prises au sérieux et que, dans l'esprit du principe de précaution, les travailleurs de la santé soient sécurisés, même si, pour cela, il faille maintenir des niveaux de précaution élevés que les experts ne croient plus nécessaires.

Écoute des syndicats

Tout comme les hôpitaux devraient écouter plus attentivement les préoccupations des infirmières et autres travailleurs de la santé de première ligne, le ministère de la Santé serait bien avisé d'être davantage à l'écoute des préoccupations raisonnables des syndicats représentant les travailleurs de la santé, qui ont une énorme expérience de première ligne des problèmes réels de santé des travailleurs sur le terrain. Leur expertise est démontrée par les présentations réfléchies et détaillées des syndicats qui représentent les travailleurs ontariens de la santé et en particulier le travail conjoint de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario et du Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario. Les problèmes de sécurité des travailleurs ont été explicitement reconnus par le ministre de la Santé, George Smitherman, lors d'une allocution prononcée devant un auditoire d'infirmières en mai 2005 :

L'une des choses qui m'ont frappé [...] [a été] le nombre d'infirmières qui travaillaient dans des environnements, peut-être plus particulièrement des environnements hospitaliers, qui sont en réalité non sécuritaires [...] Nous avons beaucoup de travail à faire à ce propos. [traduction]

Il importe que les fonctionnaires du ministère prennent au sérieux cette orientation ministérielle. Il importe qu'ils évitent de donner l'impression que le ministère a adopté une attitude d'opposition ou d'exclusion à l'endroit de ceux et celles qui expriment les préoccupations légitimes des gens qui courent des risques en première ligne³².

Surveillance

L'une des plus importantes défaillances systémiques constatées pendant la crise du SRAS a été l'omission d'identifier rapidement les grappes de cas d'infection parmi le personnel et de faire parvenir cette information aux responsables de la lutte contre les infections dans les hôpitaux

32. Un exemple de cette impression est survenu après qu'un fonctionnaire du ministère de la Santé, répondant aux préoccupations du syndicat selon qui les questions de sécurité ont été ignorées dans la planification en prévision d'une pandémie, n'a pas tenu compte du bien-fondé de la question, mais a rejeté les préoccupations bien articulées du syndicat en disant, « Je ne suis pas sûr que nous satisfassions un jour les attentes des syndicats en matière de santé et de sécurité... » [traduction] Ce commentaire a laissé croire au syndicat « que les principaux bureaucrates du MSSLD voient la santé et la sécurité au travail comme un enjeu partisan et leurs promoteurs comme des adversaires ». [traduction]

touchés et aux responsables de la lutte contre le SRAS. Ces défaillances systémiques ont empêché le dépistage en temps opportun des cas de SRAS à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough et à l'Hôpital général de North York, les sites des deux plus grandes éclosions nosocomiales.

Avant le 23 mai 2003, lorsqu'il semblait que le SRAS avait été endigué, aucune surveillance globale du système n'avait été instaurée pour assurer le dépistage des cas non détectés. La responsabilité de la surveillance des cas non détectés de SRAS était laissée à chacun des établissements et aux praticiens de première ligne. Tout système d'identification des grappes de cas d'infection ou de décès aurait pu être utile. Cependant, les normes de surveillance de chacun des hôpitaux ontariens étaient insuffisantes et établies de façon volontaire. Des témoins ont affirmé à la Commission qu'une telle surveillance n'est possible que grâce à une fonction de lutte contre les infections disposant de ressources suffisantes.

La Commission recommande donc :

- que des normes de surveillance appropriées soient établies, obligatoires et financées dans les hôpitaux ontariens;
- qu'une attention particulière soit portée à l'identification des grappes de cas d'infection au sein du personnel et au déclenchement immédiat d'une enquête;
- que les travailleurs de la santé soient informés des grappes suspectes de cas d'infection identifiées, surtout les travailleurs qui ont pu être en contact avec le personnel atteint ou qui ont travaillé dans les mêmes parties de l'hôpital;
- que, lorsqu'une éclosion de maladie difficile à diagnostiquer comme le SRAS semble diminuer, une surveillance globale du système soit instaurée pour s'assurer de dépister les cas non repérés;
- que les fonctions de lutte contre les infections dans les hôpitaux et les services de santé publique ontariens bénéficient de ressources suffisantes pour pouvoir contribuer à la surveillance globale du système et y participer lorsqu'une éclosion de maladie difficile à diagnostiquer comme le SRAS semble faiblir.

Lutte contre les infections

De nombreux témoins ont confirmé à la Commission que, depuis l'éclosion de SRAS, les normes et les pratiques de lutte contre les infections se sont améliorées dans les hôpitaux touchés par le SRAS. Il est important de s'assurer que des améliorations seront apportées dans tout le système de santé. Des témoins ont exprimé leurs craintes qu'au fur et à mesure que les souvenirs du SRAS s'estomperont, l'attention portée à la lutte contre les infections diminuera. Une partie de ces inquiétudes porte sur le manque de politiques cohérentes à l'échelle du système concernant l'accès des visiteurs dans les hôpitaux. Ils ont également dit à la Commission que de nombreux

hôpitaux ontariens sont logés dans de vieux bâtiments dont la structure ne se prête pas aux pratiques modernes de lutte contre les infections.

La Commission recommande donc :

- que le ministère de la Santé s'assure que tous les hôpitaux ontariens ont du personnel et des ressources affectés à la lutte contre les infections ainsi que des programmes, notamment de surveillance, de prévention et de sensibilisation, conformes aux recommandations et pratiques exemplaires canadiennes³³;
- que des politiques claires et cohérentes concernant les visites soient élaborées dans l'ensemble du système de santé pour s'assurer que l'accès des visiteurs, tout en étant important pour les soins aux malades, ne se fasse pas au détriment des normes de lutte contre les infections;
- que le ministère de la Santé et chaque établissement de santé mettent au point des politiques conséquentes, sécuritaires et humaines pour atténuer les répercussions des éclosions de maladies infectieuses sur la priorité essentielle des visites aux malades, à moins de danger d'ordre médical;
- que les visiteurs soient sensibilisés à leur rôle important dans le maintien de la sécurité des hôpitaux et à la nécessité de respecter les limites du nombre de visiteurs, surtout lorsque la maladie n'est pas grave ou ne met pas la vie en danger;
- que le ministère de la Santé aide les hôpitaux à intégrer les pratiques exemplaires en matière de normes de lutte contre les infections dans la conception et la rénovation des installations.

Culture de la sécurité dans les établissements de santé

Le lourd fardeau de la maladie qui s'est abattu sur les infirmières, les médecins et les autres travailleurs de la santé a révélé un manque de culture de la sécurité³⁴ dans le système de santé

33. « Il est essentiel que tous les hôpitaux disposent de ressources humaines spécialisées, soit des professionnels de la lutte contre les infections, et de personnel de soutien pour assurer l'efficacité du programme de prévention des infections », affirme le D^r [Richard] Zoutman. Ces programmes doivent comprendre des volets de surveillance (décompte des infections), de lutte (interventions pour empêcher qu'elles surviennent) et de sensibilisation.

Source : Queen's News Centre, « Canadian hospitals below standards for preventing infection, » mardi 5 août 2003, http://qnc.queensu.ca/story_loader.php?id=3f2fb55a816fc.

34. La Health and Safety Commission du Royaume-Uni a proposé la définition suivante de la culture de la sécurité :

La culture de la sécurité d'un organisme est le produit des valeurs, des attitudes, des compétences et des types de comportement individuels et collectifs qui déterminent l'engagement de l'organisme envers ses programmes de santé et de sécurité ainsi que le style et la qualité de ces programmes. Les organismes ayant une culture positive de la sécurité se caractérisent par des communications fondées sur la confiance mutuelle, une perception partagée de l'importance de la sécurité et la confiance en l'efficacité des mesures préventives. [traduction]

ontarien. Un seul événement comme la propagation du SRAS à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough constitue un avertissement suffisant de ce manque de culture. Le fait que des travailleurs de la santé continuaient de tomber malades en avril et en mai, après les événements survenus à l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough, démontre le degré d'absence de culture de la sécurité. Rien ne démontre mieux l'absence d'une telle culture que l'incapacité de corriger en temps opportun les problèmes de sécurité des travailleurs une fois qu'ils ont été identifiés dans le cadre d'une tragédie comme celle de cet hôpital.

L'expérience de Vancouver a démontré la valeur d'une culture de la sécurité dans les établissements de santé. Cette culture s'est exprimée entre autres par la coopération étroite et le respect mutuel entre les responsables de la lutte contre les infections et ceux de la sécurité au travail, l'importance accordée à l'écoute des travailleurs de la santé et le déploiement d'équipes mixtes d'experts de la lutte contre les infections et de la sécurité des travailleurs au Royal Columbian Hospital après qu'une infirmière eut contracté le SRAS.

En Ontario, les disciplines de lutte contre les infections et de sécurité des travailleurs ont généralement travaillé en vases clos pendant l'écllosion de SRAS. Jusqu'à ce que ce fossé soit comblé et que les disciplines de lutte contre les infections et de sécurité des travailleurs commencent à coopérer activement et efficacement, il sera difficile d'établir une forte culture de la sécurité en Ontario.

Comme le mentionne une étude marquante sur la sécurité des travailleurs dans le domaine de la santé :

... si le climat de sécurité avait été meilleur dans le milieu de la santé et que les travailleurs avaient eu davantage confiance en l'engagement de leurs employeurs envers la santé et la sécurité au travail, ils auraient eu davantage confiance dans les messages et les directives qu'ils ont reçus en situation de crise comme celle du SRAS. Le profil relativement bas de la santé et de la sécurité au travail dans le domaine de la santé se manifeste probablement le mieux dans la constatation que très peu de groupes de discussions, à l'exception de ceux auxquels participent des professionnels de la santé et de la sécurité, semblaient au courant de l'existence même de ces derniers. Des

Une culture positive de la sécurité suppose que le tout est supérieur à la somme de ses parties. Les différents aspects interagissent entre eux pour renforcer l'engagement collectif. Dans une culture négative de la sécurité, au contraire, l'engagement de certains est étouffé par le cynisme des autres. Diverses études ont clairement démontré que certains facteurs semblent caractériser les organismes dotés d'une culture positive de la sécurité.

Ces facteurs comprennent notamment les suivants :

- l'importance du leadership et de l'engagement du chef de la direction;
- le rôle administratif des cadres hiérarchiques en matière de sécurité;
- la participation de tous les employés;
- des communications efficaces et des objectifs compris et convenus en commun;
- une bonne capacité d'apprentissage et une bonne réceptivité organisationnelles face au changement;
- une attention manifeste à la santé et à la sécurité au travail;
- une attitude de questionnement et une démarche prudente et rigoureuse de la part de chacun.

Source : The Institution of Engineering and Technology, « IEE – Health and Safety Briefing 07 – Safety Culture, » <http://www.iee.org/Policy/Areas/Health/hsb07.cfm>.

tâches comme les essais d'ajustement des respirateurs ont été confiées à des spécialistes de la lutte contre les infections et non à des professionnels de la santé et de la sécurité (bien que cela varie d'un établissement à l'autre) comme c'est la pratique dans d'autres secteurs³⁵.

L'étude a cerné les facteurs organisationnels suivants qui promeuvent une culture de la sécurité :

- Il est généralement convenu que les attitudes et les actions de la direction à l'égard de la sécurité jouent un grand rôle dans l'établissement d'un bon ou d'un mauvais climat à cet égard.
- Des études portant sur l'efficacité des programmes de sécurité dans les milieux autres que ceux de la santé ont démontré à maintes reprises qu'un climat de sécurité positif ou encourageant contribue de façon importante à un bon rendement en matière de sécurité. Il est connu tout particulièrement que, lorsque des comportements sécuritaires sont adoptés dans l'ensemble d'une organisation, des pressions accrues s'exercent sur les fautifs pour les pousser à se conformer.
- Il a été démontré que le climat de sécurité exerce une influence importante sur le transfert du savoir-faire nécessaire à la formation³⁶.

Bien que d'importantes recherches aient été menées sur les normes de lutte contre les infections³⁷, les experts en sécurité des travailleurs ont remarqué qu'aucune recherche de ce genre n'a été entreprise en santé et sécurité au travail³⁸.

La Commission recommande donc :

- que le ministère du Travail utilise ses activités d'application et d'établissement de normes et le ministère de la Santé, ses activités de financement et de supervision pour promouvoir les facteurs

35. D^{re} Annalee Yassi et D^{re} Elizabeth Bryce, « Protecting the faces of healthcare workers: knowledge gaps and research priorities for effective protection against occupationally-acquired respiratory infectious diseases » (Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in B.C., 30 avril 2004), p. 67.

36. D^{re} Annalee Yassi et D^{re} Elizabeth Bryce, « Protecting the faces of healthcare workers: knowledge gaps and research priorities for effective protection against occupationally-acquired respiratory infectious diseases » (Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in B.C., 30 avril 2004), pp. 32-33.

37. Zoutman et coll., « The state of infection surveillance and control »

38. « Il faut certainement effectuer d'autres recherches, semblables à celles du projet SENIC, pour déterminer les niveaux ou les normes nécessaires afin de favoriser l'efficacité en matière de sécurité au travail. » Source : D^{re} Annalee Yassi et D^{re} Elizabeth Bryce, « Protecting the faces of healthcare workers: knowledge gaps and research priorities for effective protection against occupationally-acquired respiratory infectious diseases » (Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in B.C., 30 avril 2004), p. 67.

- organisationnels qui font naître une culture de la sécurité dans les établissements de santé;
- que le ministère du Travail et le ministère de la Santé fassent conjointement la promotion d'une culture de la sécurité dans les établissements de santé qui insiste sur la coopération et la collaboration étroites entre les experts de la lutte aux infections et ceux de la sécurité des travailleurs et tient compte des principes et des pratiques de leurs disciplines respectives;
 - qu'en préparation d'une future éclosion possible de maladie infectieuse, le ministère du Travail et le ministère de la Santé mettent conjointement sur pied des équipes d'experts en lutte contre les infections, de médecins du travail, d'hygiénistes du travail et d'inspecteurs du travail formés et équipés qui pourraient être rapidement déployés dans les milieux de travail touchés par des éclosions;
 - que des normes de santé et de sécurité au travail, y compris des niveaux optimaux de dotation en praticiens de la sécurité des travailleurs, soient établis à l'instar des normes du projet SENIC pour la lutte contre les infections³⁹;
 - qu'une fois les normes de santé et de sécurité au travail établies, le ministère de la Santé assure un financement et une planification stratégique cohérents et durables, pour faire en sorte que ces exigences soient respectées, et que le ministère du Travail en assure le maintien dans le cadre de ses fonctions d'application et de surveillance;
 - que les normes d'agrément des hôpitaux tiennent compte des pratiques exemplaires des disciplines de la sécurité au travail et de la lutte contre les infections;
 - que le ministère de la Santé affecte expressément des ressources supplémentaires à la formation et à l'accréditation d'experts en sécurité des

39. Les facteurs déterminants les plus importants du succès des programmes généraux de lutte contre les infections nosocomiales dans les hôpitaux sont connus depuis la publication, au milieu des années 1980, du projet SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control). L'importance des facteurs organisationnels suivants a été démontrée dans la mise au point d'une lutte efficace contre les infections et la diminution des taux bas de maladies à transmission nosocomiale : un praticien de la lutte contre les infections par tranche de 250 lits réservés aux soins actifs, au moins un médecin à temps plein s'intéressant à la lutte contre les infections, un programme de surveillance intensive des maladies nosocomiales et des politiques et méthodes de contrôle intensif. Cependant, une enquête menée récemment auprès de 172 hôpitaux du Canada a révélé qu'environ 60 pour cent seulement d'entre eux pouvaient démontrer leur conformité à chacun des facteurs cernés par le projet SENIC. Le nombre d'établissements qui respectaient les quatre critères était vraisemblablement beaucoup moindre.

Source : D^{re} Annalee Yassi et D^{re} Elizabeth Bryce, « Protecting the faces of healthcare workers: knowledge gaps and research priorities for effective protection against occupationally-acquired respiratory infectious diseases » (Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in B.C., 30 avril 2004), p. 67.

travailleurs, y compris des médecins du travail et des hygiénistes du travail;

- que les programmes de sécurité des travailleurs des établissements de soins de santé comprennent la formation des travailleurs, des cadres, des administrateurs et des dirigeants en ce qui concerne leurs rôles et leurs responsabilités à l'égard des lois et des règlements régissant la sécurité au travail;
- que le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, en collaboration avec le ministère de la Santé, le ministère du Travail et les établissements ontariens chargés de la formation des professionnels de la santé, établisse des normes fondamentales en matière de santé et de sécurité au travail et de prévention des infections ainsi que des mesures et des méthodes de contrôle, qui devront être incorporées dans les programmes d'enseignement des écoles de médecine, de sciences infirmières et de sciences paramédicales des collèges et des universités de l'Ontario.

Réseaux régionaux de lutte contre les infections

Le ministère de la Santé a contribué à l'amélioration des normes de lutte contre les infections dans le domaine des soins de santé en mettant sur pied des réseaux régionaux de lutte contre les infections. Afin de promouvoir une culture de la sécurité en soins de santé, il sera important que ces réseaux favorisent une coopération et une collaboration étroites entre la lutte contre les infections et la sécurité des travailleurs.

La Commission recommande donc :

- que des experts en médecine et en hygiène du travail ainsi que des représentants du ministère du Travail soient intégrés aux réseaux régionaux de lutte contre les infections en tant que membres à part entière;
- que les membres de réseaux régionaux de lutte contre les infections soient pleinement sensibilisés aux exigences de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et de ses règlements;
- que les réseaux régionaux de lutte contre les infections, lorsqu'ils traitent les questions de sécurité des travailleurs, consultent régulièrement le ministère du Travail, les intervenants en milieu de travail et les experts en sécurité du travail.

Rôle du ministère du Travail

Même si la protection des travailleurs fait partie du mandat que lui confie la loi, le ministère du Travail a été généralement tenu à l'écart pendant la crise du SRAS. On ne lui a pas confié un rôle correspondant à ses obligations légales dans le cadre de l'intervention contre le SRAS. Il n'a pas non plus été consulté avant la réouverture de l'ancien pavillon du Centre de soins de santé West Park, qui accueillait autrefois les patients atteints de tuberculose, pour accepter les travailleurs malades de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de Scarborough alors que son point de vue aurait été tout à fait de circonstance dans la prise de cette décision. L'éclosion à la résidence Seven Oaks Home for the Aged a démontré que des problèmes persistent toujours à propos du rôle du ministère du Travail pendant une éclosion de maladie infectieuse.

La Commission recommande donc :

- que le ministère du Travail ait la responsabilité première d'établir et d'appliquer les politiques, les méthodes et les normes de sécurité au travail dans le secteur des soins de santé, comme il le fait dans tous les lieux de travail;
- que le ministère de la Santé, qui finance et supervise le système de prestation des soins de santé, ne soit pas placé dans une position où il doit surveiller de façon indépendante son propre système en matière de sécurité des travailleurs;
- que le ministère de la Santé ait la responsabilité première de l'élaboration et de la mise en œuvre de mesures de lutte contre les infections dans le secteur des soins de santé pour protéger les patients, les résidents et (ou) les clients;
- que le ministère du Travail et le ministère de la Santé mettent au point des protocoles, des processus et des méthodes pour assurer une coopération et une coordination efficaces et actives lorsqu'il y a chevauchement de leurs responsabilités respectives en matière de sécurité des travailleurs et de lutte contre les infections;
- qu'en cas de crise future de maladie infectieuse, le ministère du Travail ait, au sein d'un futur Centre provincial des opérations, un rôle décisionnel clairement défini à l'égard des questions de sécurité des travailleurs et que ce rôle soit clairement communiqué à tous les intervenants en milieu de travail;
- que le rôle et les pouvoirs du ministère du Travail soient clairement définis pendant une situation d'urgence déclarée. En vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*, la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* a préséance; par conséquent, le mandat du ministère du Travail de communiquer et d'appliquer les normes de santé et sécurité au travail dans les lieux de travail assujettis à la loi provinciale demeure durant les situations d'urgence. Les modalités d'interaction entre le ministre responsable désigné en situation d'urgence et le ministère du

Travail, de façon que celui-ci puisse continuer à s'acquitter de son mandat, doivent être établies avant qu'une situation d'urgence ne survienne;

- qu'en cas de crise future de maladie infectieuse, le ministère du Travail soit consulté lorsque des établissements de santé auparavant mis hors service, comme l'ancien pavillon des tuberculeux de West Park, sont rouverts en situation d'urgence;
- que le ministère de la Santé et le ministère du Travail collaborent à la conclusion d'une entente et à l'établissement d'un mécanisme, y compris des systèmes de technologie de l'information, visant le partage de l'information relative aux éclosions de maladies infectieuses. Un tel partage doit inclure l'information sur les établissements de soins de santé ontariens. L'objectif est d'assurer la conformité aux exigences de déclaration des maladies professionnelles au ministère du Travail en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et de s'assurer que ce ministère dispose de toute l'information pertinente pour réagir de façon appropriée aux éclosions de maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé et les autres lieux de travail;
- que le ministère de la Santé et le ministère du Travail collaborent à la définition de stratégies intégrées d'application visant à améliorer la conformité aux lois sur la santé et la sécurité au travail et à celles qui sont administrées par le ministère de la Santé;
- que le ministère de la Santé mette au point un processus, similaire à celui qui existe en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, pour tenir les dirigeants et les administrateurs des établissements de soins de santé responsables de la conformité avec les lois provinciales. Cet objectif peut être atteint au moyen d'exigences de rendement dans les contrats ou les ententes de service que les réseaux locaux d'intégration des services de santé concluront avec les organismes de soins de santé.

Le ministère du Travail et l'entente de 1984

Pendant la crise du SRAS, le ministère du Travail a laissé ses responsabilités en matière de sécurité des travailleurs entre les mains du secteur de la santé, croyant que ce dernier avait l'expertise et les capacités nécessaires pour protéger les travailleurs en conformité avec les lois et les règlements provinciaux. Cette situation a résulté en partie d'un protocole d'entente signé en 1984 avec le ministère de la Santé, protocole qui n'était pas autorisé par la loi, qui n'était pas clair, qui n'a pas été diffusé aux parties intéressées comme les syndicats et dont la validité juridique était douteuse dans la mesure où il pouvait amener le personnel du ministère à ne pas se servir de son pouvoir discrétionnaire et ainsi manquer à ses obligations à l'égard des lieux de travail touchés par des maladies infectieuses.

La Commission recommande donc :

- que l'entente de 1984 entre le ministère de la Santé et le ministère du Travail soit remplacée par une entente qui fait en sorte que le ministère du

Travail, en consultation et en coopération avec le ministère de la Santé, prenne la tête des enquêtes sur les éclosions de maladie infectieuse touchant les travailleurs sur leur lieu de travail;

- que l'existence de toute entente établissant les rôles et les responsabilités respectives du ministère du Travail et du ministère de la Santé dans une situation d'urgence en matière de santé publique soit pleinement communiquée aux syndicats, aux employeurs, aux comités mixtes sur la santé et la sécurité et autres intervenants en milieu de travail.

Enquêtes et poursuites du ministère du Travail

Lorsque le ministère du Travail a décidé de ne pas porter d'accusations relativement aux décès de Tecla Lin, de Nelia Laroza et du D^r Nestor Yanga, il n'en a pas dévoilé les raisons.

Après la crise du SRAS, les enquêtes sur les blessures graves et les maladies professionnelles ont débuté très tard dans le délai prévu d'un an pour tenter des poursuites et les enquêteurs n'ont disposé que d'une période de temps très limitée pour achever leur travail.

La Commission recommande donc :

- que des modifications à la loi et des politiques soient adoptées concernant la renonciation à d'éventuelles revendications de privilège de la Couronne, de façon que, si des enquêtes du ministère du Travail et d'autres autorités sur des cas de décès et de blessures graves dans des établissements de santé ne donnent lieu à aucune accusation, les résultats de l'enquête et les raisons motivant la décision de ne pas tenter de poursuites soient rendus publics;
- que les enquêtes du ministère du Travail sur les blessures graves ou les maladies professionnelles découlant de catastrophes de l'ampleur de celle du SRAS débutent et s'achèvent rapidement;
- que soit entrepris un examen de l'article 69 de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* en vue de déterminer si le délai maximum d'un an après le dernier incident ou manquement pour tenter des poursuites devrait être modifié.

Inspections proactives du ministère du Travail

Pour les raisons qui sont mentionnées dans ce rapport, le ministère du Travail n'a procédé à aucune inspection proactive des hôpitaux touchés par le SRAS pendant presque toute la durée de l'éclosion. La démarche du ministère du Travail a tranché grandement avec ce qui s'est produit en Colombie-Britannique, où l'organisme de réglementation des milieux de travail a entrepris des inspections proactives au début d'avril 2003 et a porté une attention particulière à un hôpital où une infirmière avait contracté le SRAS. Cette occasion a été ratée en Ontario, même si nous ne saurons jamais quelles conséquences cela aurait pu avoir sur l'intervention contre le SRAS.

La Commission recommande donc :

- qu'en cas d'éclosion future de maladie infectieuse, le ministère du Travail adopte une démarche proactive tout au long de l'épidémie pour s'assurer que les travailleurs de la santé sont protégés en conformité avec les lois, les règlements, les lignes directrices et les pratiques exemplaires en matière de sécurité des travailleurs;
- qu'en cas d'éclosion future de maladie infectieuse, la démarche proactive du ministère du Travail soit clairement communiquée à tous les intervenants en milieu de travail, y compris le ministère de la Santé, les bureaux de santé publique, les employeurs, les représentants des travailleurs et les comités mixtes sur la santé et la sécurité;
- qu'en préparation à une future éclosion possible de maladie infectieuse, le ministère du Travail prépare des plans opérationnels efficaces en vue de jouer un rôle proactif, y compris la mise sur pied et la formation d'équipes de médecins, d'hygiénistes et d'inspecteurs du travail comme fer de lance de toute intervention proactive.

Enquêtes menées par le ministère de la Santé

Pendant la crise du SRAS, une équipe des Centers for Disease Control (CDC), les centres de lutte contre les maladies des États-Unis, est venue, à l'invitation de la province, pour enquêter sur l'incident du 13 avril 2003 au Centre Sunnybrook, lorsque neuf travailleurs de la santé ont été infectés. À cause de défaillances systémiques, personne n'a pensé à en informer le ministère du Travail, ni à l'inviter à participer à cette enquête. De même, après l'éclosion de légionellose à la résidence Seven Oaks à l'automne 2005, le ministère du Travail n'a pas été invité à participer à l'enquête que le ministère de la Santé a menée sur l'intervention visant à contrer cette épidémie. En outre, l'enquête à Seven Oaks aurait profité de la participation d'experts en sécurité des travailleurs.

La Commission recommande donc :

- que le ministère du Travail joue un rôle à part entière dans toute future enquête du ministère de la Santé sur une éclosion de maladie infectieuse ayant touché des travailleurs, comme cela est arrivé au Centre Sunnybrook et à la résidence Seven Oaks;
- que le ministère du Travail se voie confier la responsabilité de faire en sorte que toutes les conclusions des futures enquêtes du ministère de la Santé relatives à la sécurité des travailleurs soient conformes aux lois et principes de sécurité en cette matière;
- que toute enquête sur une éclosion de maladie infectieuse ayant touché des travailleurs, comme celles de Sunnybrook et de Seven Oaks, fassent appel à des experts en hygiène du travail et autres disciplines relatives à la sécurité des travailleurs.

Ressources médicales du ministère du Travail

Avant la crise du SRAS, le nombre d'inspecteurs et de médecins au ministère du Travail avait été considérablement réduit. Le SRAS a également démontré que de nombreux inspecteurs du ministère du Travail manquaient de formation relative aux soins de santé. Depuis, le ministère a embauché des inspecteurs supplémentaires, dont certains ont été affectés au secteur des soins de santé, et a accru la formation de son personnel relativement au milieu de la santé. Cependant, il n'a pas élargi son équipe de médecins du travail, autrefois répartie dans toute la province, mais maintenant centralisée à Toronto.

La Commission recommande donc :

- que le ministère du Travail augmente ses ressources internes en médecine du travail et s'assure qu'elles sont disponibles dans toute la province.

Lois et règlements régissant la sécurité des travailleurs

Les faits révèlent l'incapacité généralisée, persistante et enracinée du système de santé de comprendre les lois ontariennes sur la sécurité, y compris la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, et leurs règlements d'application et de s'y conformer. Les lois ontariennes régissant la sécurité des travailleurs sont fondées sur le concept de système de responsabilité interne⁴⁰. La crise du SRAS a révélé un important problème d'ordre structurel à l'égard de la mise en œuvre du système de responsabilité interne dans le secteur des soins de santé, soit le fait que les médecins prennent souvent des décisions concernant la sécurité des travailleurs, même s'ils ne sont pas employés des hôpitaux.

La Commission recommande donc :

- que, pour assurer la sécurité des travailleurs dans les hôpitaux et autres établissements de soins de santé, des mesures législatives raisonnables soient adoptées de façon à inclure tous les médecins dans le système de sécurité des travailleurs sans porter atteinte à leur indépendance essentielle et sans en faire des employés de l'établissement. Ces mesures législatives pourraient devoir s'appliquer non seulement à la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, mais également aux lois qui régissent l'administration

40. Le ministère du Travail décrit le système de responsabilité interne comme suit :

Les employeurs, les travailleurs et autres personnes présentes sur les lieux de travail exercent une responsabilité partagée en matière de santé et de sécurité au travail. Chaque partie est responsable d'agir selon les pouvoirs dont elle dispose sur le lieu de travail. Ce concept de système de responsabilité interne part du principe que les parties en cause sont les mieux placées pour cerner les problèmes de santé et de sécurité et trouver des solutions. Il a émergé de la Commission royale sur la santé et la sécurité dans les mines de l'Ontario en 1976 et a été rapidement adopté comme fondement de la nouvelle *Loi sur la santé et la sécurité au travail* en 1978.

des établissements de soins de santé ainsi que la profession médicale. Il serait présomptueux de la part de la Commission de recommander une solution normative à ce moment-ci. Une telle tâche exigera une bonne dose de consultations et une analyse approfondie du cadre professionnel et légal complexe dans lequel les médecins travaillent au sein des établissements de soins de santé. La Commission recommande la modification des lois régissant la sécurité des travailleurs, les soins de santé et les professions pour s'assurer que les médecins dont le travail a une incidence sur la sécurité des travailleurs de la santé ne sont pas exclus du régime législatif qui protège les travailleurs de la santé. Comme une solution normative nécessitera des consultations, des analyses, du temps et de la patience, il est essentiel de commencer maintenant;

- que le ministère du Travail entreprenne un examen sérieux de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et de la réglementation connexe en consultation avec les intervenants en milieu de travail et les experts en sécurité des travailleurs afin de voir comment améliorer la mise en œuvre du système de responsabilité interne compte tenu des conditions propres au système de soins de santé;
- que le ministère du Travail et le ministère de la Santé collaborent dans le but d'harmoniser les exigences de santé et de sécurité des lois et (ou) des règlements administrés par les deux ministères qui pourraient se chevaucher ou se contredire;
- que le ministère du Travail et le ministère de la Santé collaborent à l'examen de possibles modifications aux lois ou aux règlements en vue d'améliorer le processus de déclaration, de suivi et de partage de l'information, ainsi que la suppression de tout obstacle au partage de l'information portant sur les éclosions de maladies infectieuses.

Comités mixtes sur la santé et la sécurité

Les faits révèlent que les comités mixtes sur la santé et la sécurité, un élément fondamental du régime ontarien de sécurité des travailleurs, ont souvent été mis à l'écart pendant la crise du SRAS.

La Commission recommande donc :

- qu'en cas d'éclosion future de maladie infectieuse, l'intervention d'urgence prévoit la participation des comités mixtes sur la santé et la sécurité en conformité avec le rôle qui leur est dévolu par la loi en vue d'assurer la sécurité des lieux de travail;
- que les programmes de sécurité des travailleurs des établissements de soins de santé comprennent la formation des cadres supérieurs en ce qui concerne leurs rôles et leurs responsabilités à l'égard des comités mixtes sur la santé et la sécurité;

- que les représentants de la direction et des travailleurs au sein des comités mixtes sur la santé et la sécurité reçoivent une formation appropriée et soient libérés de leurs autres tâches pendant suffisamment de temps pour s'acquitter de façon significative de leurs fonctions en matière de santé et de sécurité, surtout pendant les crises de santé publique.

L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et la sécurité des travailleurs

Le 22 juin 2004, le ministre de la Santé George Smitherman a publié un plan d'action triennal en santé publique intitulé Opération Protection de la santé. Ce document précisait que l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et son nouveau laboratoire entreraient en activité pendant l'exercice 2006-2007⁴¹. Il est important que l'Agence joue un rôle actif dans les questions de sécurité des travailleurs.

La Commission recommande donc :

- que, tout comme le NIOSH, le principal organisme fédéral américain responsable de la recherche et des enquêtes sur la sécurité des travailleurs⁴², fait partie des Centers for Disease Control (CDC), l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé devrait avoir une section intégrée disposant de suffisamment de ressources qui se consacre à la recherche et aux enquêtes sur la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'intégration de cette dernière et de la lutte contre les infections;
- que des experts en médecine et en hygiène du travail ainsi que des représentants du ministère du Travail soient intégrés en tant que membres à part entière à toute section de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé s'intéressant à la sécurité des travailleurs et que ces sections consultent régulièrement les intervenants en milieu de travail;

41. Le plan d'action précisait ce qui suit :

Un groupe de travail sur la mise en œuvre de l'agence est créé actuellement pour fournir des conseils techniques sur l'organisation et la création de cette dernière. En s'appuyant sur les conseils de spécialistes nationaux et internationaux, le ministère créera cette agence en 2006-2007.

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Opération protection de la santé : Plan d'action visant à prévenir les menaces d'ordre sanitaire et à promouvoir la santé en Ontario* (22 juin 2004), p. 23.

42. La mission du NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health) comprend les tâches suivantes :
- enquêter sur les conditions de travail potentiellement dangereuses à la demande des employeurs ou des employés;
 - évaluer les dangers au travail, des produits chimiques à l'équipement;
 - mettre au point et diffuser des méthodes de prévention des maladies, des blessures et des invalidités;
 - mener des recherches et formuler des recommandations scientifiquement valables pour assurer la protection des travailleurs;
 - fournir des cours et des séances de formation aux personnes qui se préparent à travailler dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ou qui y travaillent déjà.

- que l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé serve de modèle pour combler le fossé entre la lutte contre les infections et la sécurité des travailleurs;
- que l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé s'assure de devenir un centre d'excellence sur le plan à la fois de la lutte contre les infections et de la santé et de la sécurité au travail;
- que l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé ait notamment pour mandat d'effectuer des recherches sur l'évaluation des modes de transmission des maladies respiratoires fébriles et des risques que courent les travailleurs de la santé.

Ces activités de recherche devraient également déterminer la hiérarchie des mesures de contrôle nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité des travailleurs donnant des soins aux patients souffrant de maladies respiratoires.

Planification en prévision d'une pandémie

Comme cela s'est produit durant la crise du SRAS, la grippe fait l'objet d'un débat à propos de son mode de transmission et de la façon d'en protéger les travailleurs de la santé en cas de pandémie. Certains experts croient que la grippe se transmet principalement sous forme de grosses gouttelettes et que les masques chirurgicaux assureraient une protection suffisante aux travailleurs de la santé. D'autres sont convaincus que la grippe peut se propager sous forme de particules en suspension dans l'air et que les travailleurs de la santé devraient donc porter des respirateurs N95 adéquatement ajustés lorsqu'ils donnent des soins à des patients porteurs du virus de la grippe pandémique. Il n'appartient pas à la Commission de se lancer dans le débat scientifique en cours. Cependant, il convient de mentionner comment les CDC se sont servis du principe de précaution pour régler cette question. Les CDC affirment qu'en réalité, nous n'en savons pas suffisamment sur le mode éventuel de propagation de la grippe pandémique et qu'il vaut mieux alors prévenir que guérir. Ce genre de démarche préventive devrait être sérieusement pris en compte par tous les responsables de la planification en cas de pandémie.

La Commission recommande donc :

- que le principe de précaution guide l'élaboration des politiques, des pratiques, des méthodes et des lignes directrices relatives à la sécurité des travailleurs en cas de pandémie;
- que, dans le cadre de la préparation et de la mise en application du plan ontarien de lutte contre la pandémie, le ministère du Travail soit responsable de toutes les politiques, pratiques, méthodes et lignes directrices relatives à la sécurité des travailleurs ainsi que de leur supervision;
- que le ministère du Travail s'assure que le système de responsabilité interne et les comités mixtes sur la santé et la sécurité jouent un rôle significatif dans toute intervention en cas de pandémie.

Planification préalable des mesures d'urgence à l'égard des funérailles

Les familles des victimes du SRAS ont souvent été incapables de célébrer des funérailles traditionnelles. Dans certains cas, le recueillement devant la dépouille était interdit ou restreint. Lors d'un enterrement, les personnes en deuil ont dû se tenir à distance. Certains n'ont pu faire leur deuil. Il importe de tirer les leçons de ces événements au cas où une autre crise de santé publique comme celle du SRAS ou une pandémie de grippe surviendrait.

La Commission recommande donc :

- que des mesures soient planifiées avec la participation de l'industrie funéraire, du ministère de la Santé, des services de santé publique, de l'ensemble des hôpitaux, de Mesures d'urgence Ontario et du bureau du coroner en chef, avec politiques, méthodes, protocoles, protocoles d'entente et exercices de simulation convenus à l'appui, afin de prévenir les problèmes survenus pendant la crise du SRAS.

Lois régissant les situations d'urgence

L'Ontario a adopté la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* pour remédier à l'absence de pouvoirs en situation d'urgence qui a marqué l'éclosion de SRAS. On comprend que le gouvernement, dans sa détermination à mettre en place une loi quelconque avant l'apparition d'une autre situation d'urgence, n'ait pas pris le temps d'étudier tous les problèmes relatifs à la *Loi sur les situations d'urgence* notés dans la centaine de pages du chapitre 11 du deuxième rapport provisoire de la Commission du 5 avril 2005. Ces problèmes sont importants, mais peuvent maintenant être facilement résolus. En voici quelques-uns :

- le pouvoir exagéré de suspendre la *Loi sur l'habeas corpus*, la *Loi électorale*, la *Loi sur l'Assemblée législative* et d'autres fondements constitutionnels de la liberté ordonnée sous le régime de la loi;
- le pouvoir d'incarcérer les journalistes qui contreviennent aux ordonnances de non-publication;
- l'omission de produire un plan détaillé d'indemnisation pour ceux qui en ont réellement besoin, comme les personnes mises en quarantaine, les travailleurs de la santé privés de leur gagne-pain et ceux dont le travail est perturbé;
- l'omission de protéger les décisions d'ordre médical du médecin hygiéniste en chef de l'empiètement du commissaire à la sûreté et à la sécurité publique;
- l'omission de procéder à une étude article par article sur les plans légal et constitutionnel et d'obtenir un avis détaillé du Procureur général;

- la confusion entre les pouvoirs d'urgence et les pouvoirs prévus dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

On comprend que le gouvernement, dans son désir de mettre en place une loi d'urgence avant la prochaine catastrophe, n'ait pas pris le temps d'étudier en détail et de corriger les failles mentionnées dans le rapport de la Commission d'avril 2005, qui sont graves, mais faciles à redresser. Le gouvernement n'a pas pris position publiquement sur les lacunes détaillées qu'a notées la Commission. Ce n'est pas comme si les recommandations qui n'ont pas été mises en application avaient été examinées et rejetées pour des raisons énoncées publiquement. Ces recommandations n'ont tout simplement pas été abordées publiquement. Les problèmes qui n'ont pas été abordés et qui sont restés sans réponse figurent dans le tableau apparaissant à la fin de cette partie.

Ce ne sont pas les bonnes intentions de ceux qui administreront et exerceront ces pouvoirs d'urgence qui posent problème. Le problème, c'est que ces pouvoirs extraordinaires apportent un changement profond à notre structure juridique et soulèvent des questions qui doivent être approfondies à propos de cette loi qui modifie aussi profondément notre système de gouvernement fondé sur le droit. Les pouvoirs extraordinaires que prévoit notamment la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* sont fondamentalement dangereux et nécessitent maintenant un second examen objectif, une étude détaillée article par article et la justification publique dont ils n'ont pas fait l'objet jusqu'à maintenant.

La *Loi ontarienne sur les situations d'urgence* nous rappelle ce que le président Lyndon Johnson disait à propos du danger potentiel que présente toute loi :

Il ne faut pas examiner les lois à la lumière des bienfaits qu'elles apportent si elles sont bien administrées, mais des torts et des préjudices qu'elles pourraient causer si elles ne l'étaient pas. [traduction]

La Commission recommande l'étude et la modification de la *Loi sur les situations d'urgence* selon les recommandations non mises en application qui proviennent du chapitre 11 du deuxième rapport provisoire d'avril 2005 de la Commission.

Recommandations sur les situations d'urgence

Sujet	Recommandation	État
Favoriser la conformité	<ul style="list-style-type: none">• Inclure un plan de base d'indemnisation des pertes causées par les pouvoirs d'urgence, par exemple les pertes de salaire résultant d'une mise en quarantaine.	Pas encore mise en application
Prévention, préparation, coopération	<ul style="list-style-type: none">• Prévoir l'intégration des plans d'urgence et exiger explicitement que l'affectation des pouvoirs et des lignes d'autorité hiérarchiques y soit clairement établie.	Pas encore mise en application
Mettre de l'ordre dans les chevauchements des pouvoirs actuels en matière de santé publique	<ul style="list-style-type: none">• Préciser le rapport entre les pouvoirs d'urgence prévus par ce projet de loi et ceux conférés par la <i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i>.	Pas encore mise en application
Primauté du médecin hygiéniste en chef	<ul style="list-style-type: none">• Reconnaître explicitement la primauté de l'autorité du médecin hygiéniste en chef à l'égard des aspects de santé publique des situations d'urgence.	Pas encore mise en application
Obligation pour le commissaire à la sûreté et à la sécurité publique de consulter le médecin hygiéniste en chef	<ul style="list-style-type: none">• Exiger que le commissaire à la sûreté et à la sécurité publique exerce ses pouvoirs en consultation avec le médecin hygiéniste en chef.	Pas encore mise en application
Pouvoirs d'urgence	<ul style="list-style-type: none">• Confier au Procureur général le mandat d'effectuer une étude détaillée article par article de chaque pouvoir pour vérifier sa validité en cas de contestation juridique ou constitutionnelle.• Préciser si le projet de loi comprend explicitement les pouvoirs d'urgence en matière de santé publique énoncés dans le deuxième rapport provisoire de la Commission.	Pas encore mise en application

	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas rendre un type d'immunisation obligatoire avant que des preuves de son efficacité soient disponibles. 	Acceptée
	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les questions d'ordre juridique concernant l'immunisation obligatoire afin d'établir des procédures visant à encourager l'immunisation des travailleurs de la santé et du public, similaires au programme de vaccination des enfants d'âge scolaire. 	Pas encore mise en application
Saisie de biens	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser si le projet de loi permet la saisie de biens ou l'expropriation. 	Acceptée
	<ul style="list-style-type: none"> • Soumettre chaque pouvoir proposé à une analyse approfondie des aspects pratiques, juridiques et politiques avant l'adoption de la loi. 	Pas encore mise en application
	<ul style="list-style-type: none"> • Si une telle analyse n'est pas possible avant la promulgation, imposer une disposition de temporisation d'au plus 2 ans sur le pouvoir proposé. 	Pas encore mise en application
Pouvoir de déroger à toutes les autres lois	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser si le pouvoir présumé de déroger aux autres lois et aux droits légaux touche les conventions collectives. 	Pas encore mise en application
	<ul style="list-style-type: none"> • Soustraire les lois fondamentales au pouvoir de déroger. 	Pas encore mise en application
	<ul style="list-style-type: none"> • Repositionner le droit de déroger pour en faire ressortir l'importance. 	Pas encore mise en application
	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner la légitimité constitutionnelle du pouvoir de déroger. 	Pas encore mise en application
Pouvoir de déroger aux lois sur l'accès à l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser la portée du pouvoir du gouvernement d'imposer la divulgation d'information. 	Pas encore mise en application
Norme de déclaration	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier la norme applicable à la déclaration d'une urgence pour qu'elle soit fondée sur la perception raisonnable du décideur. 	Acceptée
Ordonnances d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier la norme applicable aux ordonnances d'urgence pour qu'elle soit fondée sur la perception raisonnable du décideur. 	Acceptée

Résumé de la Commission sur le SRAS : Volume 1 ♦ Le printemps de la frayeur
Recommandations

Pouvoir de mise en œuvre des plans d'urgence	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer que la loi ne confère pas de pouvoirs de façon non délibérée.	Pas encore mise en application
Accès aux tribunaux	<ul style="list-style-type: none">• Assurer l'accès aux procédures judiciaires en situation d'urgence.	Pas encore mise en application
Pouvoirs octroyés par la clause omnibus	<ul style="list-style-type: none">• Intégrer un critère objectif de caractère raisonnable dans le libellé régissant l'utilisation de ce pouvoir.	Pas encore mise en application
Santé et sécurité au travail	<ul style="list-style-type: none">• Exiger que les plans d'urgence prennent en compte à l'avance les problèmes potentiels de santé et de sécurité au travail.	Pas encore mise en application
Pouvoirs concomitants	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer que l'octroi de nouveaux pouvoirs ne déroge pas aux pouvoirs existants.	Acceptée
Immunité	<ul style="list-style-type: none">• Assurer l'immunité à l'égard des actions nécessitées par une situation d'urgence et autorisées par la <i>Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence</i> sans l'être par d'autres lois et vice versa.	Pas encore mise en application