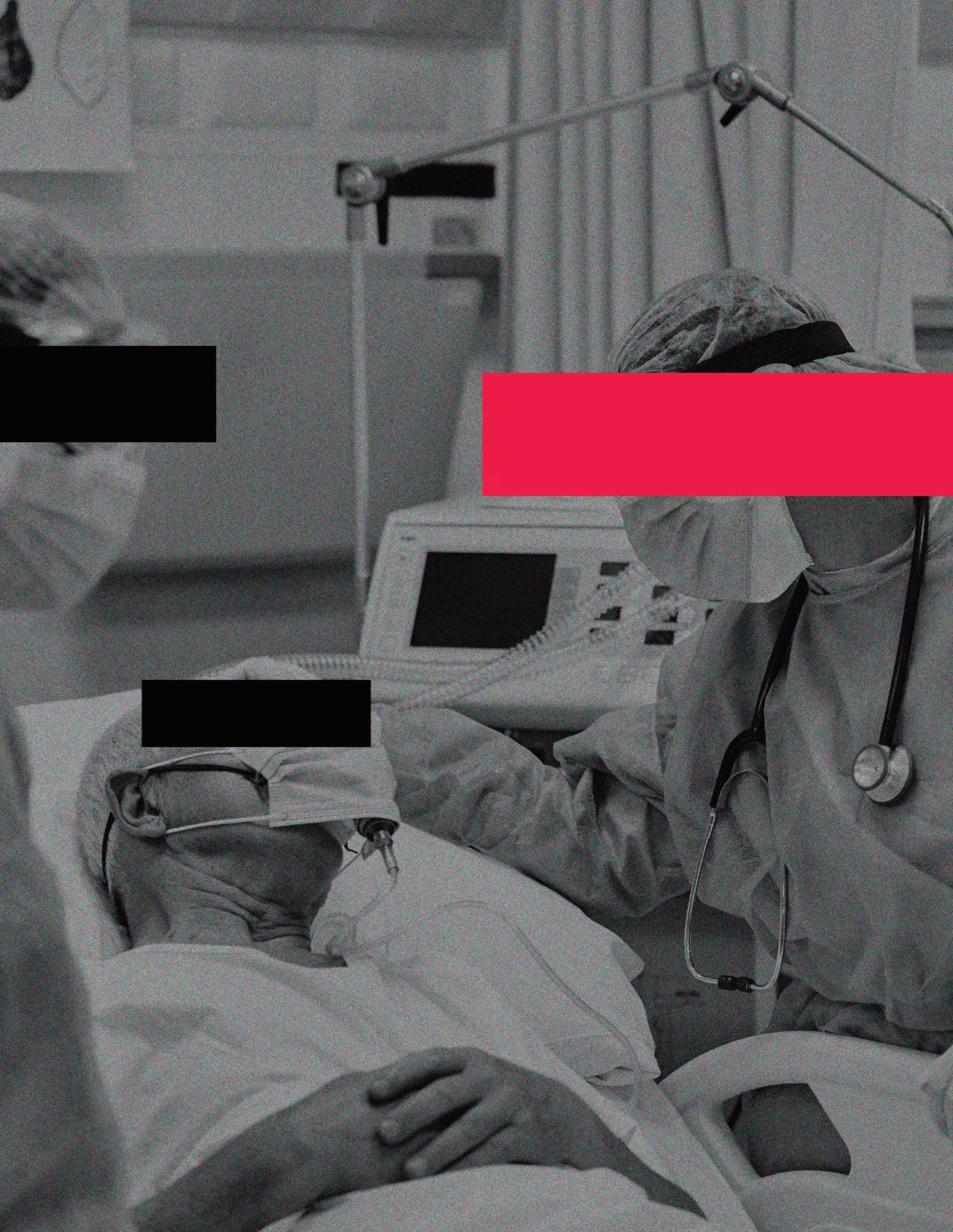


Vivre dans la crainte

**Comment le Canada a laissé
tomber ses travailleurs de la
santé par sa mauvaise gestion
de la COVID-19**

Mario Possamai



Résumé

Le Canada ignore les leçons du SRAS, et les travailleurs de la santé en paient le prix

L'histoire de la COVID-19 au Canada est l'histoire du courage, du dévouement et du professionnalisme des travailleurs de la santé dont les voix ont été grandement ignorées. Avec peu de protection, peu de ressources et peu de reconnaissance, ils ont continué à dispenser des soins malgré la peur ressentie par rapport à leur propre sécurité, celle de leurs collègues, êtres chers et autres patients.

Les travailleurs sont inquiets par rapport aux risques auxquels ils sont confrontés à chaque jour. Représentant environ 20 pour cent des cas de COVID-19 au Canada, les travailleurs de la santé sont plus susceptibles d'être infectés que la population générale. Ils sont inquiets par rapport à leur famille, leurs patients et leurs collègues, et ils ont peur de les infecter sans le savoir. Ils sont inquiets par rapport à leurs collègues et à ce qui pourrait arriver si un trop grand nombre de travailleurs de la santé sont infectés et que le système de soins de santé devient engorgé. Ils sont inquiets du manque d'équipements adéquats de protection individuelle et du fait que leurs employeurs semblent ignorer leurs inquiétudes par rapport à leur santé et leur sécurité. Et ils sont inquiets par rapport à l'inconnu.

Les histoires de nos travailleurs de la santé dévoués offrent une fenêtre sur les répercussions physiques et émotionnelles de la COVID-19.

Des membres de la famille à risque

Angela (pseudonyme pour protéger l'identité de cette travailleuse de la santé) est réceptionniste à la salle d'urgence. Elle est souvent le premier visage que voit le patient et la première à les évaluer. Son mari est immunosupprimé. Elle porte un masque chirurgical, et non un respirateur N95, parce que son employeur ne lui fournit rien de plus.¹

« J'ai vraiment peur d'apporter [la COVID-19] chez-moi où il y a une personne recevant un traitement de chimiothérapie. »

Michelle (autre pseudonyme) est travailleuse de la santé dans un foyer de groupe. Son petit-fils a une maladie héréditaire pour laquelle il n'y a pas de remède. Elle a aussi une petite-fille encore nourrisson. Lorsqu'elle a demandé des masques chirurgicaux, son superviseur a répondu : « Est-ce que votre client est malade? », Michelle a dit : « Non », le superviseur a alors demandé : « Êtes-vous

malade? », Michelle a répondu « Non » encore une fois. Le superviseur a alors dit : « Si vous n'êtes pas malade, nous ne sommes pas autorisés à vous fournir des masques. »²

Se préparer au pire

Partout au Canada, les travailleurs de la santé et leur famille ont fait le type de préparatifs qui sont généralement faits par ceux qui vont à la guerre.

Une infirmière d'Edmonton mentionne que son mari et elle ont fait leur testament juste avant qu'elle commence à traiter des patients présentant un cas possible de COVID-19.

L'infirmière, mère de deux enfants, a dit : « Plusieurs de mes collègues et moi avons décrit notre situation comme si nous étions au bord d'un précipice et regardions en bas mais sans voir le fond ou savoir quand nous allions tomber. »³

Elle s'inquiète des pénuries d'équipements de protection individuelle et de ce qui arriverait si elle ou son mari, un pompier, tombaient malade. « Je ressens de l'anxiété mais ce n'est pas nécessairement de la peur. »⁴

Risques quotidiens et anxiété accrue

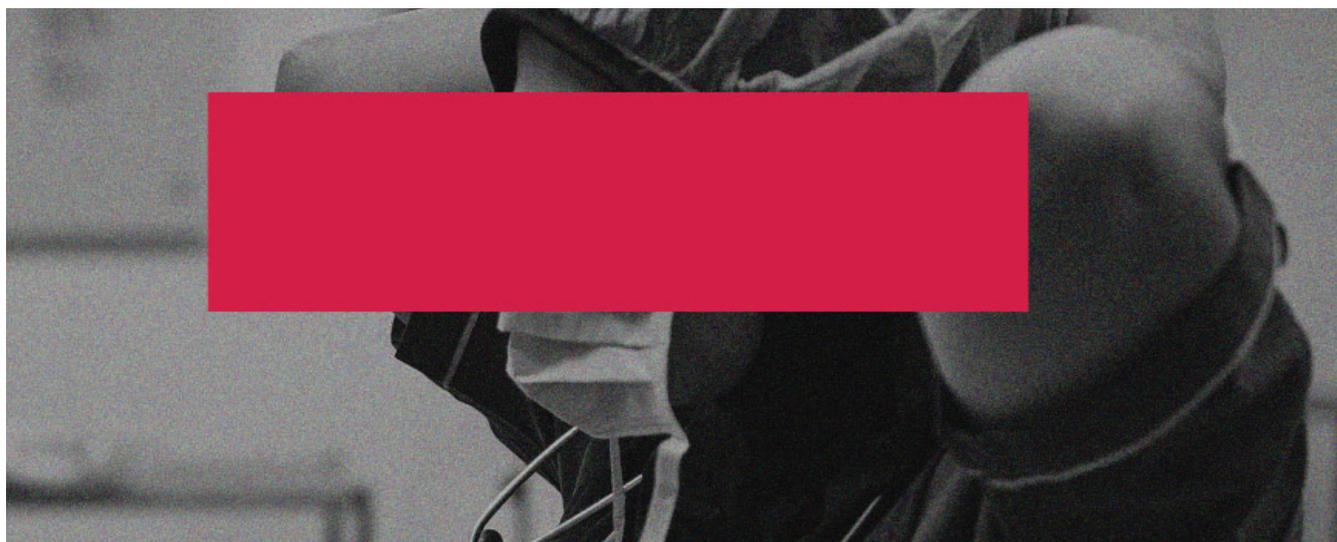
Les travailleurs de la santé s'exposent à des risques majeurs à chaque jour de travail.

Imaginez un inhalothérapeute à Toronto. Il est confronté à des situations de vie ou de mort à chaque jour, particulièrement lorsqu'il doit aider à retourner un patient sur le ventre afin de lui permettre de mieux respirer.

« Lorsque nous plaçons le patient en position ventrale, ce dernier est branché à des fils qui le maintiennent en vie. Si ces fils se débranchent, nous allons recevoir plein de gouttelettes, et cela représente un risque vraiment élevé de contracter la COVID. »⁵ [Traduction]

Son anxiété est constante. À un moment donné, il s'est rendu à la salle d'urgence car ses douleurs au thorax l'inquiétaient. Il a appris plus tard qu'elles étaient causées par l'anxiété.

« La peur est là parce que je ne veux pas apporter ça à ma famille; je ne veux pas faire mal à une autre personne. »⁶



Gérer un « virus sournois »

Une infirmière d'expérience en Ontario a vécu le SRAS, la H1N1 et l'Ebola. Mais cette pandémie, dit-elle, est différente.

« Le COVID-19 est un virus sournois. Cette éclosion fait peur davantage parce que les patients peuvent transmettre le virus alors qu'ils sont asymptomatiques. Avec le SRAS, c'était plus clair de savoir qui était infecté. Avec le COVID-19, nous avons moins d'indices qui nous indiquent qu'une personne pourrait être porteuse du virus. »⁷ [Traduction]

La COVID-19 augmente les risques – et les pressions – généralement présentes à la salle d'urgence.

« À la salle d'urgence, nous nous occupons encore des blessures causées par un accident de voiture, des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux. En fait, tout ce que vous pouvez imaginer et une dizaine d'autres que vous ne pouvez pas imaginer. Et tout cela est rendu plus compliqué en raison de ce virus. Par exemple, mon équipe est en code bleu en train de réanimer un patient. Cela arrive souvent. Mais, maintenant, nous devons penser au fait que nous ne pouvons pas nous informer des antécédents médicaux du patient ou de ses récents déplacements si ce patient ne peut répondre. Nous ne pouvons pas savoir s'il est infecté. En ce moment, nous n'avons pas le luxe de nous tromper. Nous devons présumer qu'il pourrait être porteur du virus. »⁸ [Traduction]





Introduction

Le système qui protège les travailleurs de la santé du Canada a des failles. Nous devons les réparer avant la deuxième vague de COVID-19.

Ce n'est pas une coïncidence, si vous, lecteur, voyez un parallèle entre ce discours et celui utilisé par le juge Archie Campbell pour décrire les failles systémiques lors du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003.⁹ Un discours similaire est utilisé pour décrire les problèmes liés à la sécurité des travailleurs de la santé, mis au jour par la COVID-19, et dont les causes et les manifestations s'apparentent étrangement aux problèmes mis au jour lors du SRAS.

Avec la COVID-19, le Canada est témoin d'un échec systémique qui aurait été évité si l'on avait tenu compte des leçons tirées de l'épidémie du SRAS en 2003. Échec parce que le Canada ne s'est pas préparé adéquatement, et n'a pas répondu de façon urgente et appropriée à l'urgence sanitaire la plus grave en matière de santé publique en un siècle.

Le principe de précaution est la plus grande leçon tirée du SRAS dans la foulée de l'impact foudroyant de cette maladie sur les travailleurs de la santé, qui représentaient 44 pour cent des cas en Ontario,¹⁰ soit la plus grande éclosion à l'extérieur de l'Asie.¹¹

Devant tout nouveau pathogène, il faut privilégier la sécurité : protection au niveau le plus élevé des travailleurs de la santé grâce à des précautions contre la transmission par voie aérienne, y compris des masques N95 ou supérieurs, jusqu'à ce que nous comprenions mieux le nouveau virus; diminuer la protection seulement si cela ne met pas la sécurité à risque.

Le principe de précaution englobe aussi d'autres mesures pour contenir le virus en cas de pandémie, par exemple la fermeture des frontières et les masques obligatoires pour le public. Lorsque les données ne sont pas concluantes, il est mieux de privilégier la prudence et la sécurité.

Depuis le début de la COVID-19, les leçons du principe de précaution ont été grandement ignorées malgré les mises en garde répétées venant des travailleurs de la santé, des syndicats et des experts en sécurité au travail.

Selon une analyse ponctuelle des données, analyse en date du 23 juillet 2020 par l'Institut canadien d'information de la santé, plus de 21 000 travailleurs de la santé au Canada ont contracté la COVID-19. Les taux d'infection les plus élevés, en proportion du total des cas provinciaux, sont au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et en Ontario.¹²

Dans l'ensemble du Canada, les travailleurs de la santé représentent près de 20 pour cent des infections liées à la COVID-19,¹³ soit presque deux fois le taux d'infection mondial chez les travailleurs de la santé (10 pour cent), tel que cité par l'OMS et le Conseil international des infirmières.^{14 15}

Au Canada, le taux d'infection des travailleurs de la santé est plus de quatre fois plus élevé que celui de la Chine où les précautions contre la transmission par voie aérienne sont utilisées.¹⁶

Les travailleurs de la santé représentent 24,1 pour cent des cas au Québec et 16,7 pour cent des cas en Ontario. Dans les provinces atlantiques, ils représentent 18,8 pour cent des cas au Nouveau-Brunswick et 17,2 pour cent en Nouvelle-Écosse. Par contre, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador,

les taux d'infection chez les travailleurs de la santé sont 5,6 pour cent et 6,1 pour cent respectivement. Les données ponctuelles de l'Institut canadien d'information sur la santé mettent en relief les taux inférieurs à la moyenne nationale dans les provinces de l'Ouest : 10,1 pour cent au Manitoba, 5,4 pour cent en Saskatchewan, 8,8 pour cent en Alberta et 7,6 pour cent en Colombie-Britannique.¹⁷

Environ 13 000 travailleurs de la santé au Canada ont fait une demande d'indemnisation en raison de la COVID-19. Cela représente 75 pour cent de toutes les demandes d'indemnisation au Canada. La majorité des demandes viennent du Québec et de l'Ontario.¹⁸

Bien que les fonctionnaires fassent état de 12 travailleurs de la santé décédés de la COVID-19,¹⁹ au moins 16 travailleurs de la santé sont décédés de la COVID-19 au Canada selon les syndicats.²⁰ Ils comprennent :

Flozier Tabangin, 47 ans, employé dans une résidence pour personnes handicapées à Richmond en C.-B., et s'occupant de personnes handicapées intellectuellement et physiquement. Il avait plusieurs emplois afin de soutenir sa femme et sa jeune fille. Un collègue en parle en disant qu'il était « comme un père, un frère pour tout le monde. Si vous aviez besoin de quelque chose, vous [pouviez] compter sur lui en tout temps. »²¹

Brian Beattie, 57 ans, infirmier dans une résidence pour personnes âgées à London, Ontario. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario mentionne ceci : « Brian était un infirmier autorisé qu'on aimait et respectait. Il était la définition du dévouement et il considérait ses collègues et les résidents comme son autre famille. »²²

Victoria Salvan, 64 ans, travailleuse de la santé dans un établissement de soins de longue durée de Montréal, où il y avait manque de personnel. Elle a contracté le virus peu de semaines avant de prendre sa retraite. Une collègue mentionne que Victoria faisait toujours sourire ses patients « parce qu'ils savaient qu'ils seraient traités avec amour et bienveillance. »²³

Malgré l'escalade du nombre de victimes chez les travailleurs de la santé, les agences canadiennes de la santé publique, et leurs conseillers, ont agi de bonne foi mais ont ignoré, à répétition, les mises en garde des syndicats, des travailleurs de la santé, des experts en sécurité au travail, car ils ont continué à :

- Ignorer qu'il était vital de respecter le principe de précaution et de recourir aux protections contre la transmission par voie aérienne qui, typiquement, signifie des respirateurs N95;
- Écarter le recours aux protections contre la transmission par voie aérienne en excluant la possibilité que le SARS-CoV-2, le virus causant la nouvelle maladie, soit transmis par de petites particules, connues sous le nom d'aérosols, flottant dans l'air; et
- Affirmer avec beaucoup de certitude qu'on en savait suffisamment sur le SARS-CoV-2, le virus causant la COVID-19 et cousin du SRAS, pour déterminer que les précautions contre la transmission par contact ou par gouttelettes, y compris les masques chirurgicaux, étaient suffisantes, sauf lors de procédures à risque élevé.

Il y a plusieurs exemples de déconnexion entre les directives des experts en infections et la réalité à laquelle les travailleurs de la santé étaient confrontés sur le terrain.

Aucun exemple n'est plus percutant que l'exemple qui suit venant du Québec.

« *Nous avons été abandonnés. Le mot est fort, mais c'est la réalité.* »

Le jour même où le plus grand spécialiste en maladie infectieuse déclarait que la COVID-19 a démontré « jusqu'à quel point il était rare d'avoir besoin d'un masque N95 » et que les masques chirurgicaux offraient une protection suffisante,²⁴ les syndicats du Québec publiaient un article citant le fait que plus de 13 600 travailleurs de la santé de la province avaient été infectés alors qu'ils s'étaient appuyés sur ce conseil.²⁵

Le président de la Confédération des syndicats nationaux, Jeff Begley, a reproché au gouvernement d'avoir envoyé ses membres aux premières lignes avec si peu de protection :

« Nous avons été abandonnés. Le mot est fort, mais c'est la réalité. Les recommandations de la santé publique, suivies aveuglément par les établissements de santé, n'ont pas réussi à protéger le personnel. Et les travailleurs de la santé continuent d'être à risque.

Depuis le début de la pandémie, alors que l'incertitude régnait sur le mode de transmission du virus, nous avons demandé une protection contre la transmission par voie aérienne, et on nous l'a refusée. La transmission du virus par des aérosols semble de plus en plus probable. L'Organisation mondiale de la santé l'a reconnu récemment et beaucoup d'études pointent dans cette direction.

Comment expliquer que notre autorité en matière de santé publique continue

de recommander le port du masque, d'équipement, ainsi que des mesures préventives qui ne protègent pas contre ce mode de transmission? »²⁶

Cet exemple n'est pas unique. Les agences de la santé publique, et leurs conseillers, ont constamment démontré leur aversion au principe de précaution depuis le début de la COVID-19.

En mars 2020, un document de la Santé publique de l'Ontario énonce confidentiellement : « Les travailleurs de la santé dispensant des soins aux patients atteints de la COVID-19 dans d'autres provinces [...] n'ont pas contracté la COVID-19 pendant qu'ils utilisaient les précautions contre la transmission par contact ou par gouttelettes, recommandées dans la province. »²⁷ [Traduction]

En mai 2020, un spécialiste des maladies infectieuses de Toronto affirme : « La raison pour laquelle nous savons pourquoi [la COVID-19 ne se transmet pas par voie aérienne] c'est parce que nous avons des centaines de travailleurs de la santé qui portent des masques réguliers pendant qu'ils s'occupent des patients. Si cela [était] transmis par voie aérienne, [...] tous ces travailleurs de la santé tomberaient malades. »²⁸ [Traduction]

Dans une lettre datée de mai 2020, et envoyée à un important quotidien canadien, un groupe d'experts en contrôle des infections écrivaient : « Si la COVID-19 était une infection transmise par voie aérienne [...], nous assisterions à de grandes éclosions généralisées dans les endroits qui font la prévention contre la transmission par gouttelettes [...]. Et ce n'est pas le cas. »²⁹ [Traduction]

En juillet 2020, un autre expert des maladies infectieuses affirmait que si les masques chirurgicaux et autres précautions contre la

transmission par contact ou par gouttelettes « ne fonctionnaient pas, on aurait des chiffres beaucoup plus élevés d'infection chez les travailleurs de la santé. »³⁰ [Traduction]

Malheureusement, au Canada, le nombre de travailleurs de la santé infectés ou décédés s'est avéré pire que le nombre anticipé par les agences de la santé publique, et confirme les pires craintes des travailleurs de la santé, des syndicats et des experts en sécurité au travail.

Cela démontre aussi le fort lien entre la sécurité des travailleurs de la santé et les mesures pour endiguer la pandémie. Réfléchissez à ce qui suit. En date du 31 août 2020 :

- Le Canada compte davantage de cas de COVID-19 (129 888) que la Chine (85 048), Hong Kong (4 801) et Taiwan (488) confondus; et
- Le Canada compte plus de décès liés à la COVID-19 (9 164) que la Chine (4 634), Hong Kong (88) et Taiwan (7) confondus.

En Chine, les travailleurs de la santé représentent 4,4 pour cent des cas de COVID-19. La plupart ont été infectés avant la mise en place des précautions contre la transmission par voie aérienne.³¹ À la fin juillet 2020, à Hong Kong, cinq travailleurs de la santé avaient été infectés.³² Et, à Taiwan, aussi à la fin juillet, seulement trois travailleurs de la santé avaient été infectés.³³

Litanie de problèmes systémiques

La COVID-19 a mis au jour un manquement systémique, notamment garder l'esprit ouvert à la possibilité que le SARS-CoV-2, virus qui

cause la COVID-19, soit profondément différent de tous les autres pathogènes ayant ciblé l'humanité et, par conséquent, justifiait une approche de précaution.

La COVID-19 n'a cessé de surprendre la communauté médicale avec sa gamme de symptômes et autres complications :

« [L]e virus s'est traduit en lésions cutanées, perte du goût et de l'odorat, problèmes cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, lésions cérébrales et autres effets secondaires, dont certains peuvent s'expliquer par la capacité du virus à infecter les cellules endothéliales qui tapissent les parois des vaisseaux sanguins. Le virus semble aussi déclencher, chez certains patients, une réaction immunitaire incontrôlable, connue sous le nom de tempête de cytokine. »³⁴ [Traduction]

La caractéristique de la COVID-19 qui semble la plus surprenante est le grand nombre de cas asymptomatiques, comme on les appelle généralement. Il s'agit de personnes qui contractent le virus mais n'affichent aucun symptôme ou ne se sentent pas assez mal pour aller chez le médecin. Ces cas appartiennent à deux catégories. Il y a des personnes subcliniques³⁵ ou pré-symptomatiques.³⁶ Les pré-symptomatiques ne semblent pas malades mais, éventuellement, elles le deviennent. Et il y a les personnes qui sont vraiment asymptomatiques et semblent en pleine forme pendant toute la durée de leur infection.³⁷

Avant la COVID-19, les données suggéraient que la transmission par personnes asymptomatiques était généralement un « événement rare » et que, historiquement, les pandémies n'étaient pas alimentées par ce type de transmission.³⁸

Avec le recul, nous pouvons voir que les experts occidentaux n'ont pas adopté une

approche de précaution et ne semblaient pas ouverts à la possibilité que ce virus complètement nouveau puisse se comporter de façon nouvelle et inattendue.

Or, en Chine, il y avait des signes avant-coureurs de ces soi-disant « porteurs muets ».

Dans une lettre publiée dans *The Lancet* le 13 février 2020, des experts chinois soulignent, en se basant sur leur expérience aux premières lignes, que les patients asymptomatiques sont un grave problème et qu'ils peuvent transmettre la COVID-19. Selon eux, c'est une raison suffisamment importante pour protéger les travailleurs de la santé, sur une base préventive, en leur fournissant des protections contre la transmission par voie aérienne :

« Ces résultats justifient des mesures musclées (par exemple masques N95, lunettes de protection et blouse de protection) pour assurer la sécurité des travailleurs de la santé », concluent-ils.³⁹ [Traduction]

De plus, citant des données classifiées du gouvernement chinois, on peut lire, en mars 2020, dans le *South China Morning Post* :

*« Le nombre de 'porteurs muets' – des personnes infectées par le nouveau coronavirus mais affichant tardivement des symptômes ou n'en affichant pas – pourraient représenter jusqu'à un tiers des personnes qui reçoivent un résultat positif. »*⁴⁰ [Traduction]

Une étude publiée en août 2020 dans le *JAMA Internal Medicine* confirme cette estimation et suggère que 30 pour cent des cas de COVID-19 pourraient être asymptomatiques. Selon le Dr Anthony Fauci, directeur du National Institute of Allergy and Infectious Diseases aux États-Unis, ce chiffre pourrait être aussi élevé que 40 pour cent.⁴¹

Contrairement au Canada, la Chine et la Corée du sud ont conclu que les preuves de transmission asymptomatique étaient suffisantes pour adopter une approche de précaution au tout début de la pandémie. Ils ont décidé de tester toute personne ayant été en contact étroit avec un patient atteint de la COVID-19, qu'importe si cette personne présentait ou non des symptômes. Certains experts suggèrent que cela pourrait expliquer pourquoi ces deux pays asiatiques semblent avoir stoppé la transmission du virus.⁴²

Le fait que le Canada n'ait pas adopté une approche de précaution alors que la transmission asymptomatique était une possibilité – comme l'ont fait la Chine et la Corée du sud – a eu des conséquences profondes sur la protection des travailleurs de la santé et les mesures de contrôle à la frontière.

Si un « porteur muet » peut transmettre la maladie, le fait de mettre l'accent sur des symptômes comme la fièvre, la toux et les problèmes intestinaux comme indicateurs de la COVID-19 (comme le Canada l'a fait pendant trop longtemps) est une mesure inadéquate pour le triage des passagers arrivant dans les aéroports canadiens.

Avec le recul, l'approche du Canada pour détecter les cas de COVID-19 à la frontière ou dans le système de soins de santé a créé un énorme angle mort.

Réserves insuffisantes d'EPI

Il y a eu des problèmes systémiques persistants et généralisés dans la gestion des approvisionnements pendant la COVID-19, ce qui a entraîné des pénuries débilantes d'équipements de protection individuelle,

malgré les leçons tirées du SRAS relativement au stockage des EPI.

Ces problèmes ont mûri pendant des années parce que le Canada s'est permis de dépendre des fabricants étrangers. Une succession de gouvernements fédéral et provinciaux ont tourné le dos au problème, même après qu'il ait été mis au jour par le SRAS.

« *Nous avons tellement peu de masques N95 qu'on s'attend à ce que nous entrions dans les chambres de patients COVID-19 avec des masques chirurgicaux.* »

Le problème s'est accentué par la destruction de stocks importants dans les années précédant la COVID-19 :

- Le gouvernement fédéral a détruit, en mai 2019, près de deux millions de masques respirateurs et n'a pas remplacé ces stocks. Ainsi, au début de la pandémie, il en restait seulement 100 000 dans les entrepôts fédéraux.⁴³
- En 2017, l'Ontario a commencé à détruire près de 55 millions des respirateurs N95 stockés à la suite de la recommandation de la Commission sur le SRAS, et dans le but de se préparer à une urgence en matière de santé publique. On avait laissé ces respirateurs dépasser la date d'expiration et on ne les avait pas remplacés.⁴⁴

En raison des pénuries de N95 pendant la COVID-19, les travailleurs de la santé du Canada ont dû utiliser des masques chirurgicaux, même si les experts en sécurité au travail croyaient fortement que les respirateurs

N95 soumis à un essai d'ajustement, ou de qualité supérieure, ainsi que les autres équipements de protection individuelle, devaient être une exigence minimale pour protéger les travailleurs contre un nouveau pathogène comme le COVID-19.

Une infirmière relate une expérience négative avec sa direction après avoir refusé d'administrer des tests de dépistage de la COVID-19 sans N95 :

« *Cela ne s'est pas bien passé. On m'a traitée à la légère, et mes inquiétudes ont été ignorées.* »⁴⁵

Une autre infirmière mentionne une anxiété similaire lorsqu'elle devait s'occuper de patients atteints de la COVID-19 sans équipement adéquat de protection individuelle :

« *Nous avons tellement peu de masques N95 qu'on s'attend à ce que nous entrions dans les chambres de patients COVID-19 avec des masques chirurgicaux qui ne sont pas efficaces contre ce virus. Non seulement risquons-nous notre propre vie mais nous mettons aussi la santé de nos enfants et de nos conjoints à risque.* »⁴⁶

Même les masques chirurgicaux étaient souvent rationnés pendant la pandémie. Certains hôpitaux établissaient une limite d'un ou deux masques jetables par jour pour le personnel.

« On nous traite comme si on était jetables », mentionne une infirmière dont l'identité a été gardée confidentielle par CBC.⁴⁷

Une autre infirmière anonyme exprime des sentiments similaires au *Toronto Star*.

« *Lorsque vous entrez [dans l'hôpital] et prenez conscience du fait que tout ce que vous valez en tant qu'être humain se*

limite à deux masques dans un sac brun – comme si vous ne valiez rien de plus pour l'hôpital, c'est tout ce que vaut votre santé, deux masques pour tout le quart de travail – vous vous dites, qu'est-ce que je fais ici? »⁴⁸ [Traduction]

« Je n'ai pas signé pour mourir au travail. »⁴⁹

Pour les travailleurs de la santé, se rendre au travail signifiait mettre non seulement sa propre vie en danger mais celle de leur famille aussi.

Le cas de Felicidad Maloles, aide-soignante de 65 ans de Toronto, et très appréciée, souligne les risques posés aux familles des travailleurs. Elle s'est sortie de la COVID-19 mais a perdu son mari de 69 ans, son compagnon pendant 40 ans, qui est décédé de la maladie.

« Je suis tellement stressée et je m'en veux parce que j'ai contracté le virus », mentionne Maloles. Si je n'avais pas contracté le virus, il ne serait peut-être pas mort. »⁵⁰ [Traduction]

Ces histoires bouleversantes de maladie et de mort, d'anxiété et d'angoisse – combinées aux taux élevés d'infections et de décès chez les travailleurs de la santé – mettent en relief l'ampleur des failles dans le système visant à protéger les travailleurs lors de la première phase de la COVID-19, et nous révèlent jusqu'à quel point on n'a pas tenu compte des leçons tirées du SRAS.

Certes, d'autres pays, par exemple les États-Unis, ont fait pire que le Canada. Cela offre peu de réconfort aux milliers de travailleurs de la santé canadiens infectés et à leur famille. Des pays comme les États-Unis n'ont pas vécu le SRAS et n'ont pas eu l'occasion d'en tirer des leçons. Le Canada a vécu le SRAS mais, malheureusement, n'a pas mis les leçons en pratique.

Ignorer les mises en garde venant des travailleurs de la santé et des syndicats

Un problème systémique important pendant la COVID-19 – et pendant le SRAS – est le fait que les gouvernements et les agences de la santé publique ne considéraient pas les travailleurs de la santé et les syndicats comme des partenaires avec qui collaborer pour élaborer des lignes directrices et des procédures en matière de sécurité. Malheureusement, c'est encore le cas malgré le fait que le Système de responsabilité interne, soit le principe sous-jacent à l'ensemble des lois et des règlements relatifs à la sécurité des travailleurs, exige la participation des syndicats et des travailleurs pour assurer la sécurité des lieux de travail.

Réfléchissez aux délais qui suivent démontrant jusqu'à quel point il a été difficile pour les syndicats de participer aux discussions de l'Agence de la santé publique du Canada sur la sécurité des travailleurs :

24 janvier 2020 : la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) écrit à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour demander que les syndicats participent directement à l'élaboration des directives pour la prévention des infections à la COVID-19 et la sécurité des travailleurs, comme cela avait été fait lors de l'écllosion de la H1N1 en 2008 et de l'Ebola en 2013-2014.⁵¹

28 janvier 2020 : l'ASPC refuse de laisser participer les syndicats infirmiers.

29 janvier 2020 : à la suite du refus de l'ASPC de les faire participer à l'élaboration de directives ayant un impact direct sur la sécurité des travailleurs, les syndicats infirmiers se tournent vers la D^{re} Theresa Tam pour faire leur demande.⁵²

29 janvier 2020 : les syndicats infirmiers se tournent vers l'honorable Patty Hajdu, ministre fédérale de la Santé, pour demander que l'ASPC les laissent participer aux discussions sur la sécurité des travailleurs de la santé.⁵³

1^{er} février 2020: les syndicats infirmiers reçoivent un exemplaire, sous embargo, de la première édition des directives pour assurer la sécurité des travailleurs en soins actifs (Prévention et contrôle de la maladie COVID-19 : Lignes directrices provisoires pour les établissements de soins actifs).

3 février 2020 : l'ASPC publie, en ligne, les lignes directrices avant la réponse de la FCSII.

Nous parlerons davantage de cela plus loin dans ce rapport et préciserons comment les consultations subséquentes entre les agences de la santé publique, les syndicats et les travailleurs ne se sont généralement pas déroulées dans un esprit de collaboration et de coopération, ni de façon à refléter les principes du Système interne de responsabilité.

Avec le recul

Le Canada aurait dû faire beaucoup plus pour protéger ses travailleurs de la santé.

Nous sommes en mesure de dire cela grâce au recul. Cet outil n'était pas disponible pour les agences canadiennes de la santé pu-

blique, leurs experts et conseillers. Il va sans dire que personne n'a souhaité ces niveaux élevés et inacceptables de maladie et de mortalité chez les travailleurs de la santé du Canada. Nous utilisons le recul non pas pour diaboliser ou trouver un bouc émissaire mais plutôt pour déterminer les ratés et tirer des leçons de nos erreurs.

Nous ne saurons jamais avec certitude jusqu'à quel point nous aurions pu diminuer le nombre élevé d'infections et de décès chez les travailleurs de la santé si on avait tenu compte des mises en garde formulées par les syndicats, les travailleurs de la santé et les experts de la sécurité au travail.

Ce que nous savons – et nous allons le démontrer dans ce rapport – c'est que d'autres pays qui ont vécu le SRAS, comme la Chine, Hong Kong et Taiwan, ont été en mesure de tirer profit de l'expérience et de mettre en pratique les leçons vitales pour assurer la sécurité des travailleurs de la santé. Et leurs travailleurs de la santé s'en sont tirés beaucoup mieux que les nôtres.

Sur qui repose le blâme?

Bien que l'on soit tenté de pointer du doigt certaines personnes ou groupes particuliers, et de les blâmer pour les manquements à la sécurité, ces manquements sont, en fait, systémiques.

Dans le rapport final de la Commission sur le SRAS, le juge Campbell met en relief des conclusions qui s'avèrent aussi pertinentes aujourd'hui qu'elles l'étaient en 2006 :

« C'est trop facile de trouver des boucs émissaires. Le jeu du blâme commence

après chaque tragédie publique. Ceux qui cherchent quelqu'un à blâmer vont toujours le trouver, mais les erreurs de bonne foi sont inévitables dans tout système humain. Il y aura toujours assez de personnes à blâmer si les erreurs de bonne foi commises dans le feu de la lutte sont, avec le recul, jugées répréhensibles. »⁵⁴ [Traduction]

Les leaders de la réponse du Canada à la COVID-19 – comme leurs prédécesseurs lors du SRAS – sont dévoués, compétents, bien intentionnés, hautement qualifiés et travailleurs. Les leaders en 2003 et en 2020 ont agi de bonne foi et avec les meilleures intentions.

Ne pas avoir tenu compte des leçons du SRAS et ne pas avoir protégé suffisamment les travailleurs de la santé pendant la pandémie actuelle sont des failles systémiques⁵⁵ – engendrées par les lacunes, déficiences et imperfections organisationnelles – et ne relèvent pas directement d'une personne ou d'un groupe.

Le juge Campbell a parlé du SRAS d'une façon qui s'applique aussi à la COVID-19 :

« C'était une faille dans le système. Nous en faisons tous partie parce que nous avons le système public de santé et le système hospitalier que nous méritons. Nous avons le système de gestion des urgences que nous méritons et la préparation en cas de pandémie que nous méritons. Le manque de préparation en cas de maladies infectieuses, le déclin de la santé publique, l'échec des systèmes qui devaient protéger le personnel infirmier, les ambulanciers paramédicaux, les médecins et les travailleurs de la santé contre les infections au travail, tous ces déclin et failles ont persisté sous trois gouvernements successifs appartenant à différents partis politiques. Nous nous sommes tous

laissés tomber, et nous devrions avoir honte parce que nous n'avons pas insisté auprès de ces gouvernements pour qu'ils nous protègent mieux. »⁵⁶

En raison des failles systémiques, le Canada voit resurgir plusieurs problèmes liés à la sécurité des travailleurs, et mis au jour par le juge Campbell et la Commission sur le SRAS. Or, ce sont ces failles systémiques que les conclusions et les recommandations de la Commission ciblaient tout particulièrement.

Pendant l'épidémie du SRAS, comme c'est le cas maintenant avec la pandémie de COVID-19, il y a eu un débat passionné pour déterminer si les précautions contre la transmission par gouttelettes ou par contact (y compris les masques chirurgicaux) ou la transmission par voie aérienne (y compris les respirateurs N95 soumis à un essai d'ajustement ou de qualité supérieure), protégeaient suffisamment les travailleurs de la santé contre un nouveau pathogène.

Le fait que ce débat se poursuit encore pendant la COVID-19 démontre le large fossé entre les principes liés à la sécurité des travailleurs du secteur de la santé et l'éthos des agences de la santé publique et de leurs conseillers. Les premiers s'inscrivent dans le cadre du principe de précaution qui privilégie la prudence devant l'incertitude scientifique; les derniers se basent sur les niveaux de certitude scientifique les plus pertinents pour introduire, de façon sécuritaire, de nouveaux médicaments et vaccins.

La meilleure preuve de la transmission du SRAS par voie aérienne, sous certaines conditions, a été fournie qu'un an environ après l'éclosion.

Selon le juge Campbell, cela justifiait une approche de précaution :

« Les connaissances sur le mode de transmission du SRAS ont évolué de façon importante depuis l'écllosion. Des études récentes suggèrent une transmission par voie aérienne, et cela donne du poids à une approche de précaution afin de protéger les travailleurs de la santé contre une nouvelle maladie encore mal comprise. »⁵⁷ [Traduction]

Comparativement à l'absence de données pendant l'écllosion du SRAS, il y a maintenant de plus en plus de données sur la transmission possible par voie aérienne du SARS-CoV-2.

Pendant la COVID-19, les travailleurs de la santé, les syndicats, et les experts en sécurité au travail ont présenté, maintes et maintes fois, des études sur la transmission par voie aérienne et par aérosols, non pas comme preuve définitive mais comme preuve suffisamment convaincante pour adopter le principe de précaution.

À répétition, les agences de la santé publique et leurs conseillers ont mal interprété les documents soumis par les syndicats, et les experts en sécurité, sur la transmission par voie aérienne. Selon les agences, il s'agissait de tentatives infructueuses à prouver définitivement que le SARS-CoV-2 se transmettait lorsque la personne respirait, parlait, chantait et toussait. Or, les syndicats et les experts en sécurité du travail n'essayaient pas de présenter une preuve définitive. Ils voulaient simplement démontrer la nécessité d'adopter une approche de précaution en attendant les données scientifiques concluantes.

Un exemple flagrant est la réaction de la communauté de la santé publique du Canada à une lettre adressée à l'Organisation mondiale de la

santé (OMS). La lettre, signée par 239 experts de 32 pays, demande à l'OMS de remettre en question sa résistance profondément enracinée aux données de plus en plus nombreuses sur la transmission par voie aérienne. Et on souligne que c'est précisément en période d'incertitude scientifique que le principe de précaution doit être adopté. Les auteurs écrivent :

« Nous comprenons que la transmission par voie aérienne du SARS-CoV-2 n'est pas encore acceptée universellement; mais, selon notre évaluation collective, il y a suffisamment de données en appui et le principe de précaution devrait s'appliquer. Dans le but de contrôler la pandémie, et en attendant la disponibilité d'un vaccin, toutes les voies de transmission doivent être bloquées. »⁵⁸ [Traduction]

La lettre a été ignorée par la santé publique du Canada et les experts en contrôle des infections. Ils n'ont pas retenu le message de précaution. Ils ont seulement retenu qu'elle ne prouvait pas la transmission par voie aérienne.

Un dirigeant de la santé publique l'a qualifiée de « tempête dans un verre d'eau ».⁵⁹

Un expert en maladies infectieuses a dit :

« Nous ne faisons que ressasser les mêmes arguments que nous avons entendus en février, mars, avril et jusqu'à maintenant. Je ne sais pas pourquoi on fait tant d'histoires avec tout ça. »⁶⁰ [Traduction]

Le débat autour de la lettre adressée à l'OMS rappelle la mise en garde du juge Campbell dans le rapport final de la Commission sur le SRAS relativement à l'importance du principe de précaution :

« Il ne s'agit pas de savoir qui a raison ou qui a tort au sujet de la transmission par

voie aérienne. Il ne s'agit pas de science mais de sécurité. Les connaissances scientifiques évoluent constamment. Le dogme scientifique d'hier est la fable que nous rejetons aujourd'hui [...] Nous ne devrions pas être motivés par le dogme scientifique d'hier ou par le dogme scientifique d'aujourd'hui. Nous devrions être motivés par le principe de précaution selon lequel des mesures raisonnables pour réduire les risques ne devraient pas attendre la certitude scientifique. »⁶¹ [Traduction]

Blâme et reddition de compte

La force des enquêtes comme celle de la Commission sur le SRAS est de permettre de mettre au jour les causes systémiques profondes et de proposer des solutions systémiques.

Toutefois, elles ont aussi une faiblesse. Parce qu'elles ne peuvent pas rejeter la responsabilité civile ou criminelle sur quelqu'un, aucune personne et aucun groupe ne sont tenus responsables. Aucune personne n'a été congédiée après le SRAS. Aucune personne n'a vu ses actions ou ses omissions passées au peigne fin.

Il y a eu plusieurs leaders remarquables pendant le SRAS, par exemple la D^{re} Sheela Basrur alors à la tête de la santé publique de Toronto, maintenant décédée. Elle a été partie intégrante du succès de la réponse au SRAS malgré l'absence de leadership efficace. Mais il y a aussi ceux dont les actions ont été inférieures aux normes fixées par les actions et le leadership louables de la D^{re} Basrur.

Cela nous amène à se poser la question sur la meilleure façon de régler les problèmes systémiques mis au jour par la COVID-19.

Nous devons reconnaître que nos leaders de la santé publique ont agi de bonne foi et avec les meilleures intentions pour réparer les failles systémiques engendrées au fil de plusieurs années.

Toutefois, le fait que les problèmes soient systémiques et requièrent des solutions systémiques ne signifie pas que les actions des décideurs ne doivent pas être révisées sur une base régulière.

Cela devrait se faire non pas pour trouver des boucs émissaires mais pour déterminer qui est le plus qualifié pour régler les problèmes systémiques mis au jour par la COVID-19.

Protéger les travailleurs de la santé, protéger la collectivité

Dans la foulée de la première vague de la COVID-19, le Canada a peu à célébrer. Il a payé cher en maladie, décès, angoisse et anxiété car il a ignoré les leçons du SRAS et n'a pas adopté une approche de précaution.

Le tableau pointage du Canada par rapport à la pandémie est pour le moins décourageant.

Plus de 21 000 travailleurs de la santé ont contracté la COVID-19. Ils représentent environ un cas sur cinq. Par rapport à l'endiguement de la pandémie, nous avons un plus grand nombre de cas et de décès que la Chine, Hong Kong et Taiwan confondus, pays qui ont aussi vécu le SRAS.⁶²

La COVID-19 a fait ressortir une leçon importante laissée par le SRAS : la sécurité des

travailleurs de la santé et l'endiguement de l'éclosion vont de pair.

Protéger les travailleurs de la santé brise la chaîne de transmission. S'ils sont protégés, ils ne peuvent pas être infectés par leurs patients, résidents ou collègues. Et, vice-versa, s'ils sont protégés, ils ne peuvent pas infecter leurs patients, résidents, collègues ou leurs familles.

« Une des leçons les plus percutantes du SRAS est le fait que la santé et la sécurité des travailleurs de la santé, et autres premiers intervenants, sont vitales lors d'une urgence en matière de santé publique. »

Comme le fait remarquer le juge Campbell, le fait de protéger les travailleurs de la santé pendant une pandémie a un effet de contagion à la baisse, et permet de mitiger les répercussions négatives de la pandémie sur le plan humain, sociétal et économique.

« Une des leçons les plus percutantes du SRAS est le fait que la santé et la sécurité des travailleurs de la santé, et autres premiers intervenants, sont vitales lors d'une urgence en matière de santé publique. Le SRAS a démontré jusqu'à quel point des niveaux élevés de maladie et de quarantaine chez les travailleurs de la santé peuvent nuire grandement à la réponse en cas d'urgence sanitaire. »⁶³ [Traduction]

Nous avons une énorme dette envers la dizaine de milliers de travailleurs de la santé du Canada, et ils méritent notre gratitude. Bravement,

ils ont pris soin des patients atteints de la COVID-19, souvent dans des établissements de soins de longue durée présentant des niveaux exceptionnellement élevés de risque et de maladie, sans parler des conditions de travail pour le moins bouleversantes.

Nous avons aussi une énorme dette envers les autres travailleurs essentiels aux premières lignes de plusieurs secteurs, et aux millions de personnes au Canada qui ont suivi les directives de la santé publique et persévéré malgré les défis énormes. Grâce à toutes ces personnes, et à leur respect profond des valeurs sociétales fondamentales au Canada, nous avons réussi à aplatir la courbe pendant la première vague de COVID-19.

Pendant des décennies, les travailleurs de la santé ont été directement témoins du manque de personnel, de l'engorgement et du manque constant de financement, qui ont fragilisé, de façon chronique, les établissements de soins de longue durée, et qui ont maintenant été mis au jour par la COVID-19. Et, pendant des décennies, les gouvernements, les propriétaires et exploitants d'établissements de soins de longue durée ont détourné le regard et se sont appuyés sur le dévouement et le courage des travailleurs de la santé pour qu'ils servent de colle pour réparer l'irréparable, notamment les nombreuses failles profondes, persistantes et de longue date dans ce secteur.

Au début septembre 2020, environ 80 pour cent des décès causés par la COVID-19 au Canada étaient dans le secteur des soins de longue durée, ce qui dépassait grandement les décès causés par la COVID-19 dans les hôpitaux ou les collectivités. Pendant la même période, environ une résidence pour personnes âgées sur cinq comptait une éclosion.⁶⁴

Pendant que la COVID-19 exposait les fissures et les failles dans ce secteur, les travail-

leurs de la santé en payaient le prix. Depuis le début de la pandémie, plus de 10 000 travailleurs de la santé ont contracté la COVID-19 dans le secteur des soins de longue durée, représentant ainsi le tiers de tous les cas dans les foyers de soins.⁶⁵

Ces problèmes doivent être réglés de façon urgente.

Nous ne pouvons pas gaspiller la petite période de temps où nous pouvons respirer avant la venue d'une deuxième vague potentielle de COVID-19. Les agences de la santé publique et les gouvernements doivent agir impérativement pour réparer les failles systémiques par rapport à la sécurité des travailleurs, et mises au jour par la pandémie actuelle. Ils doivent aussi apprendre des autres pays, dont la Chine, Hong Kong et Taiwan, qui ont adopté le principe de précaution pour protéger leurs travailleurs et mieux endiguer la pandémie.

Dans son rapport final de décembre 2006, le juge Campbell écrit :

« Le SRAS nous a appris qu'il faut être prêts pour l'inconnu. C'est l'une des leçons les plus importantes du SRAS. Bien que personne n'ait anticipé et, peut-être, ne pouvait anticiper, l'unique convergence de facteurs qui ont fait du SRAS la tempête parfaite, nous savons maintenant que les nouvelles menaces microbiennes, comme le SRAS, arrivent et peuvent encore arriver. Toutefois, il n'y a plus d'excuse pour les gouvernements et les hôpitaux pour être pris au dépourvu, et il n'y a plus d'excuse pour ne pas avoir le niveau maximal de protection pour les travailleurs de la santé grâce aux équipements adéquats et à la formation. »⁶⁶ [Traduction]

Il n'y a plus d'excuse pour ne pas protéger complètement nos travailleurs de la santé de la COVID-19.

Les failles systémiques, mises au jour par la COVID-19, doivent être réparées rapidement.

Même si la COVID-19 pourrait persister jusqu'en 2022, des mesures urgentes sont nécessaires maintenant pour régler les problèmes mis au jour par la pandémie.



Recommandations

Principe de précaution

- Que le principe de précaution, énonçant que toute mesure pour réduire les risques ne doit pas attendre la certitude scientifique, soit adopté expressément et serve de principe directeur dans l'ensemble du secteur de la santé publique, les politiques des employeurs relatives aux infections, les mesures, les procédures et le secteur de la sécurité au travail. Que cela se fasse immédiatement dans les énoncés de politiques; les normes et orientations opérationnelles pertinentes; et en l'incluant dans les préambules, déclaration de principe ou autre, et dans toute législation pertinente.
- Que, lors de toute urgence sanitaire liée à une maladie infectieuse, le principe directeur oriente l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des mesures, procédures, lignes directrices, processus et systèmes permettant le dépistage précoce et continu, ainsi que le traitement, de cas possibles.
- Que, lors de toute urgence sanitaire liée à des maladies infectieuses, le principe de précaution oriente l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des mesures, procédures, lignes directrices, processus et systèmes liés à la sécurité des travailleurs.
- Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux agissent en collaboration et de façon urgente pour assurer un approvisionnement suffisant de respirateurs N95, ou mieux, ou l'équivalent, afin que tous les travailleurs de la santé soient protégés sur une base préventive. Cela doit comprendre le maintien et le remplacement régulier des stocks stratégiques, et la mise en place d'une chaîne d'approvisionnement ici au Canada.
- Que le principe de précaution soit le principe directeur pour déterminer et maintenir adéquatement les niveaux d'équipements de protection individuelle dans les réserves nationales et provinciales. Les stocks devraient être établis et maintenus à des niveaux qui assurent la protection des travailleurs de la santé contre la transmission par voie aérienne. Tirant profit de ses contrats avec 3M et Medicom pour la fabrication de N95 ici au Canada, le gouvernement fédéral doit assurer une production suffisante ici au pays pour protéger les travailleurs de la santé sur une base préventive.
- Que, lors de l'apparition d'un nouveau pathogène – et les experts pensent que le COVID-19 n'est pas la dernière menace que nous devons circonscrire – les travailleurs de la santé soient protégés à un niveau qui respecte le principe de précaution. Cette exigence doit s'enchâsser dans toute législation sur la santé et la sécurité au travail.
- Que les médecins hygiénistes en chef aient l'obligation statutaire de tenir compte et mettre en pratique le principe de précaution lorsqu'ils évaluent la préparation en cas d'urgence de leur province ou territoire et, par conséquent, assurent la protection de leurs travailleurs de la santé sur une base préventive.

- Que les décisions de renoncer au principe de précaution ne soient pas prises de façon arbitraire, sans transparence ou sans le concours des syndicats du secteur de la santé et des experts en sécurité au travail. Ces décisions devraient faire l'objet d'un examen par les comités législatifs pertinents et les vérificateurs généraux.
- Que les inquiétudes des travailleurs de la santé, par rapport à leur santé et sécurité, soient prises au sérieux et, dans l'esprit du principe de précaution, les travailleurs de la santé doivent aussi se sentir en sécurité.
- Que le Canada évalue, de façon critique, les lignes directrices de l'OMS sur la sécurité des travailleurs et l'endiguement des pandémies. Qu'il le fasse en tenant compte du principe de précaution afin de déterminer si elles sont dans l'intérêt véritable du Canada et reflètent les meilleures données issues de l'expérience des autres pays et des études scientifiques émergentes.

Santé et sécurité au travail

- Que le Canada ajoute immédiatement, au sein de l'ASPC, de nouveaux hygiénistes du travail, experts en sécurité au travail et experts en aérosol et, qu'avec eux, il élabore des lignes directrices respectant le principe de précaution, et que le Canada accepte et tienne compte de différentes sources de données et ne s'appuie pas seulement sur les essais cliniques randomisés.
- Par rapport à la sécurité des travailleurs et aux mesures d'endiguement de la pandémie, que le Canada ait les ressources et les capacités, y compris suffisamment d'experts en sécurité au travail et en aérosols, pour évaluer, de façon autonome, les lignes directrices de l'OMS et formuler ses propres lignes directrices.



Exemple d'EPI portés en la Corée du Sud durant la pandémie de la COVID-19 (source: Korean Health & Medical Workers' Union)

- Que l'on crée un comité national officiel des soins de santé composé des syndicats et des employeurs du secteur de la santé, ainsi que de l'ASPC, et que l'ASPC ait l'obligation légale de consulter ce comité de façon transparente et significative avant de compléter ses lignes directrices sur la réponse en cas de maladies infectieuses.
- Que les lignes directrices sur la sécurité des travailleurs de la santé soient élaborées collaborativement, et sur une base préventive, par les organismes de réglementation, les syndicats du secteur de la santé et les experts en sécurité au travail, et que ces décisions servent de base aux lignes directrices communiquées par les agences de la santé publique.
- Que les ministères provinciaux du travail aient les ressources et la capacité d'agir de façon indépendante des ministres provinciaux de la santé, et qu'ils puissent appliquer complètement les lois régissant la santé et la sécurité au travail.
- Que les ministères provinciaux du travail utilisent leurs activités de mise en application et d'établissement des normes, et que les ministères de la santé utilisent leur fonds et leur contrôle, pour promouvoir les facteurs organisationnels favorisant une culture de sécurité dans les milieux de travail du secteur de la santé.
- Que, lors de toute crise future en matière de maladies infectieuses, les ministères du travail aient un rôle clairement défini de décideur par rapport aux enjeux liés à la sécurité des travailleurs, et que ce rôle soit clairement communiqué à tous les intervenants dans les milieux de travail.
- Que les ministères provinciaux du travail aient les capacités et les ressources pour procéder, en personne, et de façon sécuritaire, efficace et complète, à des inspections sur place pendant les urgences de santé publique.
- Qu'un organisme de recherche sur la sécurité au travail soit créé et fasse partie intégrante de l'Agence de la santé publique du Canada. Il aurait l'autorité légale de prendre des décisions par rapport à ce qui touche la santé des travailleurs, y compris l'élaboration de lignes directrices, directives, politiques et stratégies. Il serait créé à l'exemple du NIOSH, partie essentielle du CDC américain, et mettrait l'accent sur la santé des travailleurs, la recherche en santé, et permettrait aux employeurs et aux travailleurs de créer des milieux de travail sains et sécuritaires. Comme au sein du NIOSH, le personnel représenterait tous les domaines connexes à la sécurité des travailleurs, y compris épidémiologie, sciences infirmières, médecine, hygiène au travail, sécurité, psychologie, chimie, statistiques, économie et plusieurs volets de l'ingénierie.
- Provisoirement, et sur une base urgente, que toute division de l'ASPC chargée de la sécurité des travailleurs ait des experts en médecine du travail et hygiène du travail, et des représentants des organismes de réglementation. Ces personnes seraient des membres à part entière et consulteraient, sur une base continue, les intervenants dans les milieux de travail.

Reddition de compte, transparence et autonomie

- Il est important que les ministres canadiens et les cadres supérieurs de la santé publique continuent de participer au sein des organismes décideurs pertinents de l'OMS. Toutefois, afin de préserver l'autonomie du Canada, les participants canadiens à l'élaboration des politiques, ainsi qu'au sein des organismes établissant les lignes directrices, ne devraient pas assumer deux rôles. Ils devraient soit participer à l'élaboration des politiques et des lignes directrices au sein de l'OMS ou participer au sein des agences canadiennes de la santé publique, et non aux deux.
- Que les médecins hygiénistes en chef, à l'échelle fédérale et provinciale, aient l'obligation de présenter sur une base annuelle, et devant leur parlement respectif et le public qu'ils doivent protéger, un rapport sur la préparation de leur province en cas d'urgence de santé publique. Ce rapport s'accompagnerait de recommandations pour combler les lacunes et devrait refléter les inquiétudes et les perspectives des syndicats de travailleurs de la santé et des experts en sécurité.
- Que les médecins hygiénistes en chef aient l'obligation de soumettre leurs rapports à un comité permanent de leur parlement respectif. Des audiences annuelles seront tenues relativement au rapport et enjeux connexes.
- Que la loi permette aux médecins hygiénistes en chef d'être autonomes – dans les provinces ou territoires où ils n'ont pas cette prérogative – et de s'exprimer publiquement sur les enjeux cruciaux, par exemple la préparation en cas de pandémie, sans craindre l'ingérence politique ou les représailles.
- Que des vérificateurs externes, ayant suffisamment d'expertise et de ressources, mènent biannuellement des audits indépendants ciblant les ressources en matière de préparation des médecins hygiénistes en chef, ainsi que les déclarations officielles sur la préparation en cas de pandémie, et qu'ils fassent connaître leurs conclusions publiquement.
- Que toutes les provinces et les territoires aient l'obligation de signaler publiquement, aux principaux acteurs et au gouvernement fédéral – et de façon homogène, détaillée et en temps opportun – le nombre de travailleurs de la santé infectés dans leur région.
- Que les gouvernements et les agences de la santé publique soient ouverts et transparents par rapport aux stocks d'EPI.
- En ce qui a trait au maintien efficace et économique des stocks d'EPI, les gouvernements pourraient examiner le cadre de stockage en trois étapes mis en place à Taiwan. Il a fait ses preuves pendant la COVID-19 en démontrant sa capacité d'optimiser l'efficacité du stockage d'EPI, y compris cycles de remplacement régulier des stocks, stocks minimaux maintenus, utilisation plus efficace des fonds limités du gouvernement, et atteinte de l'objectif de gestion viable.
- Qu'un effort important et de bonne foi soit fait pour éliminer les conflits fédéral-provinciaux qui nuisent au partage des données, en temps opportun, sur le nombre d'infections chez les travailleurs de la santé.

- Que Statistique Canada ait l'autorité et les ressources pour mettre en œuvre et gérer un système national transparent sur les données relatives aux travailleurs de la santé. Les données seraient générées selon une terminologie et des critères homogènes. Elles auront une granularité permettant le suivi et l'analyse des tendances selon la profession et le secteur, et seraient détaillées (par ex. : aide-soignant, infirmière, médecin; ou SLD, foyers de soins, hôpitaux, unités des hôpitaux consacrées à la pandémie, soins directs aux patients, et autres rôles clés tel le triage). Les données devront être partagées en temps réel et non après des semaines ou des mois. Et la performance du système doit faire l'objet de suivi régulier et de vérification.
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie en matière de main-d'œuvre en soins de longue durée afin de régler les nombreux problèmes mis au jour par la COVID-19, y compris les salaires inadéquats, les pénuries de personnel, le recours excessif aux employés à temps partiel, et la formation inadéquate.
- Améliorer les salaires et les avantages sociaux (y compris les congés de maladie rémunérés) et les conditions d'emploi des travailleurs de la santé dans le secteur des soins de longue durée, et le faire en fonction de l'importance sociale de leur travail, la complexité de leurs tâches et les risques quotidiens auxquels ils sont confrontés, même lorsqu'il n'y a pas de pandémie.
- Offrir à tous les travailleurs à temps partiel dans le secteur des soins de longue durée des emplois à temps plein (avec des salaires à temps plein et des avantages sociaux complets), et limiter leur travail à un seul établissement.

Soins de longue durée

- Afin de remédier à une anomalie historique, que la Loi canadienne sur la santé soit amendée pour ajouter les soins de longue durée, en les rendant disponibles à la population canadienne sur une base universelle. Les programmes gouvernementaux d'aide aux personnes ayant besoin de soins de longue durée varient d'une province à l'autre et sont généralement en fonction du revenu de la personne. Cela ne respecte pas le principe d'universalité au cœur même des soins de santé publics du Canada.
- Créer une commission nationale pour élaborer des stratégies à court, moyen et long terme pour la structure du secteur des soins de longue durée, et à la lumière des failles mises au jour par la COVID-19.
- Examiner les pratiques exemplaires ailleurs dans le monde, par exemple Corée du sud, Hong Kong et Singapour, où on a eu du succès pour limiter la propagation de la COVID-19 dans le secteur des soins de longue durée. En Corée du sud, toute personne présentant un cas suspect de COVID-19 est immédiatement isolée et transférée à un centre séparé de quarantaine d'urgence ou à un hôpital. À Hong Kong, tous les établissements de soins de longue durée ont une réserve minimum de trois mois de respirateurs N95 et autres EPI. De plus, à Hong Kong, tous les établissements de soins de longue durée font, à chaque année, des exercices d'urgence qui coïncident avec la saison de la grippe afin de s'assurer que les mesures de contrôle des infections soient

pertinentes, que les ressources soient suffisantes et que les équipements soient en bon état opérationnel.

- En raison des lacunes systémiques des infrastructures, plusieurs établissements de soins de longue durée ne peuvent pas isoler les cas de COVID-19. C'est pourquoi il est vital, en cas d'urgence, de créer des établissements séparés pour l'isolement d'urgence, et de les doter des ressources et du personnel nécessaires. Ainsi, les cas de COVID-19 pourraient être transférés à l'extérieur des établissements de soins de longue durée qui ne sont pas en mesure de les isoler.
- Assurer que toute intensification du nombre d'hospitalisations liées à la COVID-19 ne se traduise pas en transferts des patients à des établissements de soins de longue durée déjà surchargés et manquant de ressources et de personnel, et qui ne seraient peut-être pas en mesure d'isoler les nouveaux arrivants.
- En se basant sur une pratique exemplaire mise en place aux États-Unis, penser à établir, où l'espace et les ressources le permettent, une unité de cohorte pour personnes exposées au virus et pour les nouveaux patients. Ce pourrait être une façon efficace de séparer et évaluer les personnes à risque plus élevé pendant la période d'incubation de 14 jours. Garder ces patients en isolement avec du personnel dévoué faciliterait le traçage des contacts et l'identification des personnes ayant été exposées.
- Assurer la présence, dans les établissements de soins de longue durée, d'un professionnel en contrôle des infections ayant une formation en santé et sécurité au travail. Il aurait le mandat de faire des évaluations

trimestrielles, accessibles au public, par rapport au contrôle des infections et à la santé et la sécurité dans l'établissement.

- Assurer que des organismes pertinents de réglementation fassent des inspections en personne de tous les établissements de soins de longue durée afin de s'assurer de la conformité aux lois régissant la santé et la sécurité au travail, aux règlements et aux pratiques exemplaires.
- Sur une base d'urgence, assurer que tous les travailleurs de la santé du secteur des soins de longue durée aient la formation adéquate, et qu'ils sachent comment ajuster un respirateur N95 et comment se servir des autres équipements de protection individuelle.

Tous les secteurs (communautaire, soins actifs et soins de longue durée)

- Respecter et faire valoir les droits des travailleurs en matière de santé et de sécurité.
- Assurer aux travailleurs le droit de participer aux décisions pouvant affecter leur santé et leur sécurité.
- Assurer aux travailleurs le droit de savoir quels sont les dangers présents au travail et leur offrir la formation dont ils ont besoin pour accomplir leur travail en toute sécurité.
- Assurer aux travailleurs le droit de refuser un travail qui mettrait à risque leur santé et leur sécurité ou celles des autres.

- Que le droit des travailleurs de la santé de dénoncer des conditions de travail présentant des risques soit à l'abri de représailles de la part de leurs employeurs.
- Assurer des stocks adéquats d'équipements de protection individuelle (EPI), y compris respirateurs N95 ou mieux (par exemple, respirateurs élastomériques), et que les travailleurs et les visiteurs essentiels aient accès aux EPI adéquats.
- Reconnaisant le fait que, bien qu'assurant une protection suffisante, les N95 ont leurs défauts, notamment le confort, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient collaborer pour établir les normes et constituer des réserves suffisantes d'autres équipement de protection respiratoire, par exemple respirateurs élastomériques, qui protègent aussi si bien ou mieux que les N95 et qui, selon les études, présenteraient des avantages en termes de confort et de coût.
- Offrir une formation pratique sur le contrôle et la prévention des infections, y compris apprendre aux travailleurs comment mettre et enlever les EPI, comment les utiliser de façon sécuritaire, quelles sont les limites des EPI, et tester leurs connaissances. Cela s'applique à tous les travailleurs et aux visiteurs essentiels entrant dans les établissements de soins de longue durée.



Au sujet de l'auteur



Richard Lautens/Toronto Star via Getty Images

De 2003 à 2007, Mario Possamai est conseiller principal auprès du juge Archie Campbell, qui préside alors la Commission d'enquête sur le SRAS créée à la suite de l'éclosion en Ontario. Au cours de ces années, Possamai mène les enquêtes de la Commission sur les problèmes liés à la sécurité des travailleurs de la santé et à la planification en cas de pandémie.

Possamai a souvent souligné qu'il considère ce travail auprès du juge Campbell comme étant le point saillant de sa carrière.

Au cours des trois dernières décennies, Possamai a mené des enquêtes portant sur le blanchiment de l'argent, la corruption et la fraude en Amérique du Nord, en Europe, en Afrique, en Asie et en Australie. Son travail a permis le recouvrement, au civil, de millions de dollars en avoirs volés.

Le procureur général du Canada a embauché Possamai en qualité de témoin expert (Procureur général c. Fédération des ordres professionnels de juristes du Canada). Cette cause faisant jurisprudence a été présentée devant la Cour suprême du Canada et touche le Régime canadien de lutte contre le recyclage des produits de la criminalité.

De 2011 à 2018, Mario est chargé de la veille stratégique au sein d'une importante banque canadienne. Il concentre ses efforts sur la collecte de renseignements stratégiques, tactiques et donnant lieu à des poursuites, et liés à la fraude, au blanchiment de l'argent et aux cybermenaces émergentes.

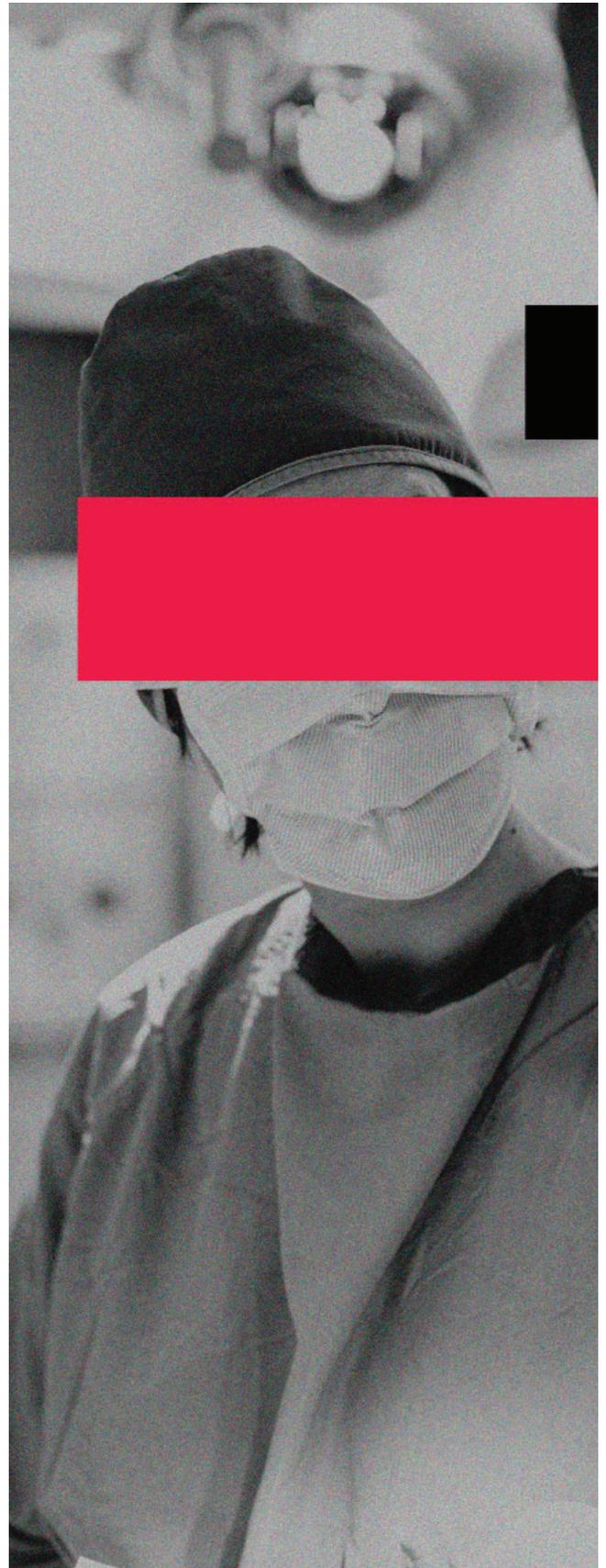
En 2006-2007, il gère un examen, ordonné par la cour, ciblant les affaires internes à Rikers Island, le plus grand complexe de détention de la Ville de New York.

En 2001, Possamai est chargé de cours au sein d'un programme de la GRC, notamment le programme témoins experts en blanchiment de l'argent.

De 1995 à 1997, le gouvernement du Malawi l'engage pour aider à l'enquête et à la poursuite en justice du régime de l'ex-dictateur Hastings Banda pour corruption à grande échelle et blanchiment de l'argent.

Plus récemment, Mario Possamai témoigne en qualité d'expert devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des Communes par rapport aux répercussions de la COVID-19.

Après son départ à la retraite en 2018, Mario Possamai continue d'agir comme consultant et à faire valoir son expertise des enjeux liés à la santé et la sécurité au travail, au blanchiment de l'argent et au crime organisé. Il vit présentement à Toronto.



Notes en fin de chapitre

- 1 Histoires non publiées et partagées avec Mario Possamai pour ce rapport.
- 2 Histoires non publiées et partagées avec Mario Possamai pour ce rapport.
- 3 Doolittle, R., Anderssen, E., Perreux, L (4 avril 2020). In Canada's coronavirus fight, front-line workers miss their families, fear the worst and hope they're ready. April 4, 2020. *Globe and Mail*. Tiré de <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-in-canadas-coronavirus-fight-front-line-workers-miss-their-families/>
- 4 Idem.
- 5 Haines, A., Jones, A.M. (30 avril 2020) *Health care workers in ICU for COVID-19 patients describe uphill struggle*. CTV News. Tiré de <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/health-care-workers-in-icu-for-covid-19-patients-describe-uphill-struggle-1.4920050>
- 6 Idem.
- 7 Rennie-Faubert, C. (2020, March 30). I'm a Canadian ER Nurse—Here's What It's Like Fighting Coronavirus on the Front Line. *Reader's Digest Canada*. Tiré de <https://www.readersdigest.ca/health/conditions/canadian-er-nurse-coronavirus/>
- 8 Idem.
- 9 Ontario & Campbell, A. G. (2004). *Commission sur le SRAS. Rapport provisoire. Le SRAS et la santé publique en Ontario*. p.1. Les premiers mots du rapport : « Le SRAS a démontré que le système de santé publique de l'Ontario est défaillant et qu'il faut y remédier. »
- 10 McDonald, C.L. et al. (2004). SARS in Healthcare facilities, Toronto and Taiwan. *Emerging Infectious Diseases*. 2004 May; 10(5): 777–781. Tiré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323242/>
- 11 Possamai, M. (2007). SARS and Health Worker Safety: Lessons for Influenza Pandemic Planning and Response,” *HealthCarePapers*. Vol 8; 1, octobre 2007.

- 12 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (3 septembre 2020). *Nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé du Canada*. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/nombre-de-cas-et-de-deces-lies-a-la-covid-19-chez-les-travailleurs-de-la-sante-au-canada>
- 13 Idem.
- 14 DW News. (18 juillet 2020). *Coronavirus latest: WHO says health care workers account for 10% of global infections*. DW News. Tiré de <https://www.dw.com/en/coronavirus-latest-who-says-health-workers-account-for-10-of-global-infections/a-54208221>
- 15 Conseil international des infirmières (CII). (16 septembre 2020). Un nouveau rapport du CII montre que les gouvernements n'accordent pas la priorité aux infirmières, alors qu'elles sont plus d'un millier à avoir succombé de la COVID-19. Tiré de <https://www.icn.ch/fr/actualites/un-nouveau-rapport-du-cii-montre-que-les-gouvernements-naccordent-pas-la-priorite-aux>
- 16 Zhan, M. (2020, April 15). Letter to the Editor: Death from COVID-19 of 23 Health Care Workers in China. *NEJM*. 2020; 382:2267-2268.
- 17 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (3 septembre 2020). *Nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé du Canada*. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/nombre-de-cas-et-de-deces-lies-a-la-covid-19-chez-les-travailleurs-de-la-sante-au-canada>
- 18 Tait, C. (15 juillet 2020). Roughly 13,000 health care workers file workplace injury claims tied to COVID-19. *Globe and Mail*. Tiré de <https://www.theglobeandmail.com/canada/alberta/article-roughly-13000-health-care-workers-file-workplace-injury-claims-tied/>
- 19 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (3 septembre 2020). *Nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé du Canada*. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/nombre-de-cas-et-de-deces-lies-a-la-covid-19-chez-les-travailleurs-de-la-sante-au-canada>
- 20 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. *En souvenir des travailleurs de la santé morts de la COVID-19*. Tiré de <https://fcsii.ca/covid-souvenir/>
- 21 Molko, D. (5 avril 2020). *B.C. Care Worker called 'a tireless provider' dies from COVID-19*. CBC News. Tiré de <https://bc.ctvnews.ca/richmond-health-care-worker-who-died-from-covid-19-at-home-being-called-a-hero-1.4887883>
- 22 CBC reporter. (12 mai 2020). *Nurse who worked at London care home is 1st RN to die of COVID-19 in Ontario*. CBC News. Tiré de <https://www.cbc.ca/news/canada/london/registered-nurse-dies-london-covid-19-1.5566994>
- 23 MacLellan, A. (19 avril 2020). *Orderly at under-staffed CHSLD dies of COVID-19, remembered for care she showed patients*. CBC News. Tiré de <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/victoria-salvan-patient-attendant-ordelies-quebec-covid-19-1.5537724>

- 24 Grant, K. (3 août 2020). Lessons learned will prove crucial in controlling a second wave of COVID-19. *Globe and Mail*. Tiré de <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-lessons-learned-will-prove-crucial-in-preventing-a-second-wave-of/>
- 25 Begley, J. (3 août 2020). Opinion: Quebec’s health-care workers need more than thanks. August 3, 2020. *Montreal Gazette*. Tiré de <https://montrealgazette.com/opinion/opinion-quebecs-health-care-workers-need-more-than-thanks>
- 26 Idem.
- 27 Santé publique Ontario. (6 mars 2020). *Les voies de transmission de la COVID-19 : ce que nous savons jusqu’à présent*. Tiré de <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/wwksf-routes-transmission-mar-06-2020.pdf?la=fr>
- 28 Chung, E., Ireland, N. (2 mai 2020). *Scientists aim to ‘see’ invisible transmission of coronavirus*. CBC News.
- 29 Readers Letter. (9 mai 2020). Evidence shows COVID-19 is almost exclusively spread by droplets. *Toronto Star*. Tiré de https://www.thestar.com/opinion/letters_to_the_editors/2020/05/09/evidence-shows-covid-19-is-almost-exclusively-spread-by-droplets.html
- 30 Weeks, C. (9 juillet 2020). Scientists studying COVID-19 raise concerns over airborne transmission. *Globe and Mail*. Tiré de <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-scientists-studying-covid-19-raise-concerns-over-airborne-transmission/>
- 31 Zhan, M. (15 avril 2020). Letter to the Editor: Death from COVID-19 of 23 Health Care Workers in China. *NEJM*. 2020; 382:2267-2268.
- 32 Cheung, E., Choy, E. (18 juillet 2020). Hong Kong Third Wave. *South China Morning Post*. Tiré de <https://www.scmp.com/news/hong-kong/health-environment/article/3093745/hong-kong-third-wave-fears-fresh-covid-19-cluster>
- 33 Taiwan Center for Disease Control. (17 juillet 2020). Correspondance par courriel.
- 34 Grant, K. (31 juillet 2020). In some COVID-19 survivors, lingering effects create a steep climb to full recovery. *Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-in-some-covid-19-survivors-lingering-effects-create-a-steep-climb-to/>
- 35 Merriam-Webster: “Not detectable or producing effects that are not detectable by the use of clinical tests.”
- 36 Merriam-Webster: “Not yet displaying symptoms of an illness or disease.”
- 37 Mandavilli, A, (6 août 2020). Even Asymptomatic People Carry the Coronavirus in High Amounts. *New York Times*.

- 38 Roman, K. (3 avril 2020). *Mounting evidence of COVID-19 'silent spreaders' contradicts government's earlier messages*. CBC News. Tiré de <https://www.cbc.ca/news/politics/covid-19-silent-spreaders-1.5520006>.
- 39 Chang, D. et al. (2020). Correspondence: Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *Lancet Respiratory Medicine*. Feb. 13, 2020.
- 40 Ma, J., Lew, L. (22 mars 2020). A third of coronavirus cases may be 'silent carriers', classified Chinese data suggests. *South China Morning Post*. Tiré de <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3076323/third-coronavirus-cases-may-be-silent-carriers-classified>
- 41 Mandavilli, A, (2020, August 6). Even Asymptomatic People Carry the Coronavirus in High Amounts. *New York Times*.
- 42 Ma, J., Lew, L. (22 mars 2020). A third of coronavirus cases may be 'silent carriers', classified Chinese data suggests. *South China Morning Post*. Tiré de <https://www.scmp.com/news/china/society/article/3076323/third-coronavirus-cases-may-be-silent-carriers-classified>
- 43 Canadian Press. (21 avril 2020). *Trudeau pledges reforms After Up To 2 Million Expired N95 Masks Destroyed*, Huffington Post. Tiré de https://www.huffingtonpost.ca/entry/trudeau-n95-masks-destroyed_ca_5e9efc86c5b63c5b5874c1d3
- 44 DiManno, R. (25 mars 2020). Province stockpiled 55 million face masks – then destroyed most of them. *Toronto Star*. Tiré de <https://www.thestar.com/opinion/star-columnists/2020/03/25/province-stockpiled-55-million-face-masks-then-destroyed-them.html>
- 45 Mesley, W. (3 avril 2020). Nurses reveal fears working on front lines of COVID-19 pandemic. Tiré de <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-nurses-protective-gear-1.5518900>
- 46 Idem.
- 47 CBC Reporter. (26 mars 2020). *Ontario hospital staff told to ration masks as Covid-19 spreads*. CBC News. Tiré de <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-covid-mask-rationing-hospitals-1.5509731>
- 48 Arthur, B. (30 mars 2020). 'I didn't sign up to die on my job': Fear and anger among Ontario nurses battling COVID-19 pandemic. *Toronto Star*. Tiré de <https://www.thestar.com/opinion/star-columnists/2020/03/30/i-didnt-sign-up-to-die-on-my-job-fear-and-anger-among-ontario-nurses-battling-covid-19-pandemic.html>
- 49 Idem.

- 50 Pelley, L. (8 juin 2020). *A healthcare worker got COVID-19 and survived – then lost her partner of 40 years to illness*, CBC News. Tiré de <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/a-healthcare-worker-got-covid-19-and-survived-then-lost-her-partner-of-40-years-to-the-illness-1.5602216>
- 51 FCSII (24 janvier 2020). Lettre de Linda Silas, présidente de la FCSII, à la D^{re} Theresa Tam. Correspondance interne de la FCSII.
- 52 FCSII (29 janvier 2020). Lettre de Linda Silas, présidente de la FCSII, à la D^{re} Theresa Tam. Correspondance interne de la FCSII.
- 53 FCSII (29 janvier 2020). Lettre de Linda Silas, présidente de la FCSII, à la ministre Patty Hajdu. Correspondance interne de la FCSII.
- 54 Ontario & Campbell, A. G. (2006). *Spring of fear: The SARS Commission final report*. Toronto: SARS Commission. Vol. 1, p.19.
- 55 Selon le *Cambridge English Dictionary*, « a systemic problem or change is a basic one, experienced by the whole of an organization or a country and not just particular parts of it. ».
- 56 Ontario & Campbell, A. G. (2006). *Spring of fear: The SARS Commission final report*. Toronto: SARS Commission. Vol. 1, p.19.
- 57 Ontario & Campbell, A. G. (2006). *Spring of fear: The SARS Commission final report*. Toronto: SARS Commission. Vol. 2, p. 26.
- 58 Milton, D., Morawska, L., (6 juillet 2020). It is time to address airborne transmission of COVID-19. *Clinical Infectious Diseases*. Tiré de <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa939/5867798>
- 59 Lindsay, B. (6 juillet 2020). *Controversy over airborne transmission of COVID-19 ‘tempest in a teapot*. CBC News.
- 60 Neustaeter, B. (7 juillet 2020). *Why Canadian health leaders are downplaying concerns about airborne COVID-19 micro droplets*. CTV News. Tiré de <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/why-canadian-health-leaders-are-downplaying-concerns-about-airborne-covid-19-micro-droplets-1.5014023>
- 61 Ontario & Campbell, A. G. (2006). *Spring of fear: The SARS Commission final report*. Toronto: SARS Commission. Vol. 1, p. 12.
- 62 OMS. *Summary of Probable SARS Cases*. Tiré de https://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/, Le Canada, la Chine, Hong Kong et Taiwan représentent, ensemble, 94,8 pour cent de tous les cas de SRAS, 94,0 pour cent des décès liés au SRAS, et 91,7 pour cent des infections chez les travailleurs de la santé.

63 Ontario & Campbell, A. G. (2005). *Second Interim Report*. Toronto: SARS Commission. p. 469.

64 National Institute on Ageing (NIA) Long-Term Care COVID-19 Tracker.
<https://ltc-covid19-tracker.ca/>

65 Idem.

66 Ontario & Campbell, A. G. (2006). *Spring of fear: The SARS Commission final report*. Toronto: SARS Commission. Vol. 1, p. 14.

