

Chapitre 8

QUESTIONS TOUCHANT LES SYSTÈMES CLINIQUES ET DE SANTÉ PUBLIQUE SOULEVÉES PAR L'ÉPIDÉMIE DE SRAS À TORONTO

Tout au long de ses délibérations, le Comité s'est bien rendu compte de l'importance de bien comprendre la façon dont s'est déroulée l'intervention lors de la crise du SRAS d'un point de vue clinique et dans le contexte des services de santé publique au niveau local. Bien que nous sachions que ces questions relèvent d'abord de la compétence provinciale, les virus ne tiennent pas compte des domaines de compétences, et les leçons de l'Ontario s'appliquent fort probablement aux autres provinces. Nous avons précisé que la Colombie-Britannique a été à la fois privilégiée et dans une certaine mesure mieux préparée à faire face au SRAS. Nous avons émis l'hypothèse que si le SRAS avait frappé ailleurs qu'à Toronto, les résultats auraient pu être plus dévastateurs, mais les tensions en matière de compétences auraient été peut-être moins vives.

D'après l'expérience du SRAS, le présent chapitre traite des mesures qui, selon les principaux répondants, peuvent être prises afin d'améliorer l'état de préparation, l'efficacité et l'efficience de l'intervention si une nouvelle apparition de la maladie devait survenir. Le chapitre présente également une évaluation des services qui ont dû être reportés et de la confusion qui a régné au cours de cette période ainsi que des mesures pouvant être prises à l'avenir pour réduire le degré de perturbation des services « habituels ».

Dans le présent chapitre, nous attirons fortement l'attention sur le travail du Hay Group, une firme de consultants à laquelle le Comité a confié un mandat spécifique et avec laquelle il a collaboré à la mise au point de l'étude. Ses conclusions sont très semblables à celles qui se dégagent des présentations des intervenants et des propres expériences, entrevues, lectures et délibérations du Comité.

Les consultants ont utilisé un ensemble de sondages, d'entrevues, de groupes de réflexion et d'analyses de données. Ils ont tenu compte surtout d'un échantillon d'organisations et de personnes du domaine public qui ont été particulièrement touchées par le SRAS ou qui ont

participé étroitement à la gestion de l'intervention ou les deux. Compte tenu de l'échéancier prévu, les consultants ont établi des calendriers stricts de participation et demandé aux participants de se rendre disponibles. Les organisations et personnes contactées ont tout fait pour faire connaître leurs observations selon l'échéancier prévu et le Comité apprécie grandement leurs efforts.

Nous avons déjà traité de l'état de préparation de Santé Canada pour offrir un soutien aux intervenants luttant contre le SRAS aux niveaux local et provincial. Les interventions de Santé Canada ont été très déconcertantes et limitées en raison de l'imprécision dans les rôles et les responsabilités et de l'absence d'une « fonction réceptrice » dans le système provincial. Il doit toutefois être indiqué ici que dans le cadre du travail des consultants, de nombreux répondants ont fait part de leur déception au sujet du rôle joué par Santé Canada dans le cadre de cette épidémie de SRAS à Toronto.

Le chapitre accorde également une grande importance aux tables rondes convoquées par le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada dans le but de recueillir les observations du personnel infirmier ainsi que du personnel de soutien de première ligne touchés par la poussée épidémique de SRAS à Toronto. Les organismes de réglementation, les ordres professionnels et les syndicats affiliés à ces deux groupes ont également été invités à faire part de leurs observations. Deux membres du Comité ont assisté aux séances.

Lors de la formulation de ses points de vue et recommandations, le Comité a également tenu compte des observations de plusieurs organisations, notamment des mémoires des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, de l'Ontario Association of Medical Laboratories, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, du Ontario Council of Teaching Hospitals et de l'Association of Nursing Directors and Supervisors of Ontario Health Agencies.

En général, une concordance frappante de points de vue se dégage des réponses des administrateurs, des médecins spécialistes, du personnel infirmier et du personnel de soutien de première ligne, ainsi que des syndicats qui représentent ces derniers groupes. Le chapitre traite plus particulièrement des domaines susceptibles d'améliorations. Les consultants ont surtout demandé des observations sur les forces et les faiblesses de l'intervention au moment de l'épidémie et aux mesures à prendre pour améliorer ce genre d'intervention à l'avenir. Le Comité fait remarquer que la plupart des participants ont indiqué que ce sont les efforts incroyables fournis par les intervenants de première ligne qui ont finalement permis au système de réussir à maîtriser le SRAS. Le rapport est axé sur l'avenir et ne rend donc pas pleinement compte des efforts courageux et parfois héroïques fournis par de nombreux travailleurs du secteur de la santé publique et des soins de santé dans la Région du Grand Toronto (RGT) qui ont mené la lutte contre le SRAS pour aider les personnes atteintes et qui ont réussi à contenir la propagation de la maladie.

Finalement, nous avons délibérément présenté des recommandations d'ordre très général. Cela en raison du mandat, des échéanciers et de deux autres processus en cours visant à dégager des leçons de la crise du SRAS en Ontario. Nous nous attendons à d'autres recommandations d'un comité provincial présidé par David Walker, doyen de la faculté de médecine à l'Université Queen's, et de l'enquête sur la santé publique du juge Archie Campbell.

8A. Portée et méthode

Au total, les consultants ont organisé 25 groupes de réflexion et procédé à 21 entrevues avec des organisations et des personnes représentatives de celles qui ont participé le plus directement au traitement des patients atteints du SRAS et à la prévention de la propagation de la maladie, soit le personnel de neuf hôpitaux, de quatre bureaux de santé, de centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de Toronto, des représentants des professionnels des soins primaires ainsi que des fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (OMH).

Les consultants ont effectué un sondage auprès de tous les hôpitaux de soins de courte durée, de réadaptation et de soins prolongés dans la RGT au sujet de leur état de préparation et de leur expérience du SRAS. Ils ont reçu des réponses de tous les hôpitaux de Toronto et de la RGT qui ont participé au sondage¹.

Le sondage a permis de recueillir des données sur le volume d'activités en mars, avril, mai et juin 2002 et 2003. Les quatre mois de 2003 ont été choisis pour couvrir la période de l'épidémie de SRAS. Les données pour les quatre mois correspondants en 2002 ont été recueillies pour permettre d'établir une référence approximative des activités, selon l'hypothèse simpliste que tout changement important dans les niveaux d'activité pourrait être attribué à l'impact du SRAS. Une bonne partie de l'analyse des données sur les activités des hôpitaux a consisté à comparer les niveaux d'activités en 2003 avec ceux des mois correspondants en 2002. Seuls les hôpitaux possédant des données complètes pour l'ensemble des huit mois ont été pris en compte dans les analyses.

Les données du sommaire du recensement quotidien ont été fournies par l'OMH. Il s'agit des rapports relatifs au nombre de malades hospitalisés traités, de jours d'hospitalisation et de types de soins dispensés dans les hôpitaux de l'Ontario chaque jour. Ces données appuient les comparaisons des changements dans les taux d'occurrence des hôpitaux de soins de courte durée au cours de l'épidémie du SRAS. Seuls les hôpitaux dont les données sont complètes pour toutes les périodes ont été pris en compte dans les analyses.

Les rapports détaillés sur les patients concernant l'activité relative aux malades hospitalisés et aux chirurgies ambulatoires pour les patients admis dans les hôpitaux de la RGT et de Toronto pendant l'épidémie de SRAS ne seront pas disponibles avant la fin de 2003. Il est donc impossible d'effectuer une analyse directe des répercussions du SRAS sur les groupes clients et les groupes cliniques spécifiques des hôpitaux. Cependant, afin d'obtenir des renseignements sur les particularités concernant les groupes clients et les groupes cliniques des patients traités dans les hôpitaux de Toronto, le Hay Group a consulté les dossiers 2001-2002 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour les hôpitaux de Toronto, déjà obtenus pour une étude comparative. Ces données ont alors été utilisées pour évaluer les activités prévues par programme dans les hôpitaux de Toronto au cours de la période de l'épidémie du SRAS et pour soutenir l'évaluation du volume et des coûts des opérations chirurgicales reportées.

Le Comité aurait souhaité examiner le volume des services de médecins, mais au moment de la préparation du présent rapport, nous n'avons pas obtenu les autorisations de l'OMH pour accéder aux données nécessaires. Les chercheurs de l'Institut de recherche en services de santé effectueront des analyses sur les pratiques des médecins dans le cadre d'une évaluation globale des répercussions du processus et des résultats de l'épidémie.

¹ Certains hôpitaux comptant plusieurs établissements ont fourni des réponses distinctes pour chaque établissement, tandis que d'autres ont envoyé une réponse globale.

En ce qui a trait aux quatre tables rondes convoquées par le Bureau de la politique des soins infirmiers, la participation se répartit comme suit :

- seize membres du personnel infirmier de première ligne représentant huit organisations;
- neuf participants d'organisations représentant le personnel infirmier;
- six membres du personnel de soutien de première ligne de trois organisations
- quatre participants d'organisations représentant le personnel de première ligne.

Les participants sont des travailleurs à temps plein, à temps partiel et occasionnels provenant de différents secteurs. Les catégories de personnel sont les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, les spécialistes de lutte contre les infections, les infirmières et infirmiers en chef, les services auxiliaires, les diététistes, les porteurs d'hôpital et les préposés et préposées aux patients.

8B. État de préparation du système de santé

8B.1 Contexte

Les principales dates de l'épidémie ont déjà été mentionnées au chapitre 2. En résumé., les cas de référence présentant les symptômes de la pneumonie atypique ont été admis à la division Grace du Scarborough Hospital au cours de la semaine du 10 mars 2003 et identifiés comme cas possibles de SRAS le 14 mars. Le 26 mars, le premier ministre Ernie Eves a déclaré le SRAS une urgence provinciale. Le 28 mars environ, sous la supervision du Centre provincial des opérations (CPO), tous les hôpitaux de la RGT et du comté de Simcoe ont restreint l'accès aux malades gravement atteints et au personnel nécessaire seulement. Le 29 mars, ces hôpitaux ont reçu la directive de « mettre en place les plans d'intervention d'urgence prévus par le Code orange ». Le premier ministre a mis fin à l'urgence provinciale le 17 mai 2003.

Une « deuxième vague » de cas de SRAS a été confirmée le 23 mai 2003. Le 27 mai, le gouvernement provincial a annoncé que « quatre hôpitaux en collaboration avec tous les hôpitaux de la Région du Grand Toronto, mettront leur expertise et leur leadership au service de la lutte coordonnée contre le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ». Il s'agissait du North York General Hospital, du St. Michael's Hospital, de la division General du Scarborough Hospital et du campus Etobicoke du William

Osler Health Centre. Le premier ministre a déclaré ce qui suit : « Nous concentrons le traitement et l'expertise relatifs au SRAS dans les quatre établissements de la région du grand Toronto pour veiller à identifier et juguler rapidement la maladie au cours de la vague actuelle de cas.... Ceci nous permettra de protéger la capacité du système de santé et de veiller à ce que le système fonctionne de façon sécuritaire et efficace dans la RGT² ». Ces quatre hôpitaux sont reconnus comme les établissements faisant partie de « l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS. »

Aux fins du présent chapitre, la première vague de SRAS renvoie à la période approximative du 10 mars 2003 au 17 mai 2003. C'est au cours de cette période que le SRAS a été signalé pour la première fois en Ontario et que l'intervention a donné lieu à la déclaration d'une urgence provinciale et à la surveillance de la gestion de l'épidémie par le CPO.

La deuxième vague du SRAS renvoie à la période commençant vers le 18 mai 2003 et prenant fin vers le 30 juin 2003. Cette période se situe entre l'apparition du deuxième groupe de cas de SRAS et la date du dernier nouveau cas mis sous enquête. Ce qui caractérise l'intervention lors de la deuxième vague de cas de SRAS est la création de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS, annoncée le 27 mai, et la mise sur pied du Centre des opérations du SRAS (COS) par l'OMH.

8B.2 Rôles et responsabilités

Au cours du stade initial de la poussée épidémique, entre le 10 mars et le 26 mars 2003, les différents répondants ont déclaré que les rôles et la compétence de Santé Canada, du ministère de la Santé de l'Ontario et des bureaux de santé régionaux n'étaient pas clairement précisés. Par exemple selon eux, les éléments suivants n'étaient pas bien définis :

- qui devait agir à titre d'intermédiaire auprès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS);
- qui était responsable de tenir informé le système de santé;
- qui avait la compétence ou le rôle de publier des communiqués;
- qui devait fournir des conseils – et à qui – sur les mesures appropriées visant à contrôler l'infection;
- quels cadres délimitatifs devaient être utilisés.

Selon les répondants, ces questions ont semblé constituer une source de débat entre l'OMH et Santé Canada. La province a d'abord assuré la responsabilité des communications avec le public par l'entremise du

2 Communiqué du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « Le gouvernement Eves annonce que quatre hôpitaux vont mener le combat contre le SRAS » Toronto, le 27 mai 2003, Canada News Wire.

commissaire à la santé publique et ensuite par l'entremise d'un sous-ensemble de membres du comité exécutif du CPO. Il est apparu évident que Santé Canada devait avoir la responsabilité de communiquer avec l'OMS. Cependant, les répondants se sont dit préoccupés par le fait que Santé Canada n'ait pas annoncé avant le 29 mai que le Ministère adaptait (ou réadaptait) entièrement ses critères diagnostiques du SRAS en fonction de ceux de l'OMS.

Les répondants ont estimé qu'une définition plus précise des compétences et des rôles, ainsi qu'une meilleure communication entre Santé Canada, l'OMH et les bureaux de santé régionaux auraient permis d'éliminer une partie de la confusion au début de l'épidémie. Les travailleurs de première ligne qui ont participé aux tables rondes ont parlé de « fragmentation », de « cloisonnement » et de « chaos » au cours de la première vague du SRAS.

Gouvernement provincial

Le mécanisme de commandement et le contrôle de l'intervention opérationnelle s'est précisé quelque peu lorsque le premier ministre a déclaré le SRAS une urgence provinciale le 26 mars 2003 en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la *Loi des mesures d'urgence provinciale*. Le CPO a alors été activé, regroupant des représentants de tous les ministères provinciaux essentiels. Chaque ministère a également activé son propre Comité consultatif du ministère (CCM) pour informer le CPO et gérer l'urgence au nom de son ministre. Des personnes présélectionnées ont été affectées au CPO et aux CCM. Les consultants ont interrogé un grand nombre de personnes qui avaient eu des contacts avec le CPO au cours de la première vague du SRAS. La plupart ont indiqué que le grand nombre de participants ainsi que les conseils offerts par les CCM (dont la plupart n'avait qu'une compréhension limitée du SRAS et avait peu participé concrètement) avaient créé une impression de confusion et de dysfonctionnement au centre.

Bureaux de santé

Les rôles et les responsabilités des bureaux de santé et leurs relations avec les autres composantes du système de santé n'étaient pas toujours clairs non plus. Le fait que les bureaux de santé régionaux devaient communiquer avec la Direction de la santé publique de l'OMH par l'entremise des administrations locales a été une source d'incertitude et de conflit au niveau des relations. Les répondants ont été nombreux à signaler un manque de coordination de l'information et des chevauchements des rôles.

Les bureaux de santé et les hôpitaux ont parlé du manque d'uniformité dans les méthodes et les activités dans l'ensemble des bureaux de santé de la RGT. Les répondants attribuent ce problème à l'absence de lien et de rôle bien définis pour les bureaux dans le milieu

clinique, le maillon faible des bureaux de santé à la Direction de la santé publique de l'OMH, et au manque de leadership de la Direction de la santé publique de l'OMH.

Un certain nombre de répondants ont critiqué le lien hiérarchique entre les municipalités et les bureaux de santé régionaux. Ils ont reconnu que certaines responsabilités de la santé publique relèvent actuellement du niveau local (promotion de la santé, alertes au smog et autre), mais ont fait valoir que des domaines comme les maladies infectieuses tireraient avantage d'une d'approche et responsabilité élargies de la province. Les professionnels de la santé ont indiqué que le gouvernement devrait procéder à un examen des activités de santé publique afin de répartir à nouveau et de bien définir les responsabilités des bureaux de santé locaux et celles de la Direction de la santé publique de l'OMH. Les répondants ont estimé que les rôles, les responsabilités et la responsabilisation devraient être clairement définis et bien compris.

Hôpitaux

Comme le mentionnait un directeur général, la gestion de toute nouvelle maladie infectieuse en l'absence d'un consensus scientifique sur les critères diagnostiques, l'étiologie ou les traitements suscite l'appréhension et crée de nouveaux défis pour les hôpitaux et le personnel hospitalier dans le traitement de la maladie.

Aucun des hôpitaux avec qui nous avons communiqué dans le cadre de cette étude n'a estimé que les maladies infectieuses représentaient un programme prioritaire. L'OMH n'a pas non plus mis en place de programme régional sur les maladies infectieuses. De plus, il n'existe aucun réseau officiel de spécialistes des maladies infectieuses et aucun mécanisme régional visant à concevoir et à mettre en place des stratégies pour faire face à une poussée de maladie infectieuse. On nous a signalé que des spécialistes de lutte contre les infections de certains hôpitaux ont créé un réseau informel, et des hôpitaux ont révélé avoir été informés de l'épidémie grâce à cette source. Un réseau régional et une stratégie en matière de maladie infectieuse s'avèrent donc nécessaires.

De nombreux répondants ont indiqué que pour être prêt, il faut pouvoir prévoir un événement et planifier une intervention. En raison de la plus grande fréquence des épidémies et des défis qu'elles représentent, la surveillance doit devenir une fonction permanente des hôpitaux et on doit prévoir une réaction planifiée aux épidémies de façon systématique et dans un cadre d'urgence.

Centres d'accès aux soins communautaires

Les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) sont les centres d'information sur la santé de l'Ontario permettant d'accéder à un ensemble de soins à domicile et de services sociaux. Les représentants de ces centres

ont mentionné que l'OMH et les hôpitaux n'ont pas fait appel à l'expertise des CASC autant qu'il aurait été possible de le faire. Les CASC auraient pu apporter un soutien plus important sur le plan des sorties et de la répartition des patients, surtout dans les établissements de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS qui ont dû renforcer leur capacité d'accueil des patients atteints du SRAS. Dans certains cas, les hôpitaux et médecins ont simplement donné leur congé à des patients sans informer les CASC à des fins de suivi, de soutien approprié à domicile ou de la protection des travailleurs communautaires.

Réciproquement, le Comité a été informé que les CASC dans la RGT n'ont pas facilement accès à l'expertise en matière de prévention des infections ou à des protocoles normalisés leur permettant de gérer des situations comme le SRAS. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada ont adopté un certain nombre de mesures qui permettent au personnel infirmier qui prodigue des soins à domicile de participer efficacement à une riposte à une épidémie. Toutefois, le système de soins à domicile en général n'avait pas été intégré ou préparé adéquatement pour une flambée de cette nature.

Au cours de la deuxième vague de SRAS, l'OMH a annoncé que le centre Leisureworld Brampton Woods offrirait des services aux patients provenant surtout des établissements faisant partie de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS et qui n'avaient plus besoin de soins hospitaliers. Certains répondants ont estimé qu'il aurait été possible d'atteindre le même objectif et avec de meilleurs résultats (en relogant les patients dans des établissements plus près de leur domicile et dans des installations plus appropriées) si le ministère avait utilisé les ressources des CASC.

Interaction interorganisationnelle

Les répondants ont signalé qu'avant l'épidémie de SRAS, il n'existait aucun système de transmission des alertes systématiques de Santé Canada sur les maladies infectieuses aux différents niveaux opérationnels du système de santé (hôpitaux, établissements de soins de longue durée (SLD), CASC, services d'ambulance médecins de famille). Les hôpitaux ont dit n'avoir reçu aucune communication directe de Santé Canada sur concernant le SRAS.

Les répondants ont également mentionné que la responsabilité d'alerter les différentes composantes du système de santé au sujet des risques de maladies infectieuses, lorsqu'ils sont identifiés, n'était pas clairement établie. Presque tous ceux avec qui nous sommes entretenus ont signalé la nécessité de définir et d'attribuer clairement la responsabilité de transmettre les alertes de maladies infectieuses à chacune des composantes du système de santé, notamment :

- les bureaux de santé régionaux;
- les médecins de famille;
- les services d'ambulance;
- les hôpitaux;
- les CASC;
- les établissements de SLD.

Certains ont proposé que ces alertes soient transmises dans un format facilement assimilable par les différents groupes qui les reçoivent. Les destinataires eux-mêmes ont également besoin d'un processus permettant de recevoir et de diffuser ces alertes. Certains ont indiqué que les rapports du coroner sont un assez bon exemple de diffusion : des rapports bien étiquetés permettant d'identifier les professionnels que les résultats peuvent intéresser et appuyés d'un processus de diffusion des résultats. Les réactions concernant les liens avec l'OMS a été sans équivoque : Santé Canada est responsable des communications avec l'OMS et les provinces et Santé Canada devraient collaborer pour respecter nos engagements internationaux. Santé Canada doit communiquer toute l'information pertinente de l'OMS aux directions de la santé publique des provinces et aux bureaux de santé locaux. Si Santé Canada se démarque des recommandations internationales (comme dans le cas des critères diagnostiques du SRAS), elle doit réaliser un consensus et assurer sa crédibilité en fournissant des explications claires à tous les intéressés.

Les protocoles de communication sur les maladies infectieuses devraient prévoir un flux d'information dans les deux directions : du niveau local au niveau provincial puis fédéral et vice-versa. Bien que les bureaux de santé locaux soient chargés de recueillir l'information sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire pour chaque cas et que les professionnels de la santé soient tenus de déclarer cette information aux bureaux de santé, aucune responsabilité suffisamment bien définie n'oblige le Service de santé publique à retransmettre cette information à tous les fournisseurs. Les intervenants de première ligne se sont dit préoccupés par le fait que la priorité accordée au contact au niveau communautaire par les services de santé publique prévenait une interaction plus étroite avec les hôpitaux afin de pouvoir mieux définir les processus et les pratiques pouvant contribuer aux infections nosocomiales.

Les répondants sont d'avis que Santé Canada doit jouer un rôle de surveillance qui lui permet d'accumuler et d'analyser l'information recueillie localement et d'établir un processus de communication pour alerter les bureaux de santé provinciaux de tous les profils inhabituels sous une forme appropriée pour être retransmis à tous les professionnels de la santé. Enfin, l'information pertinente de l'OMS doit être analysée en tenant compte de l'information recueillie au niveau local dans le cadre de la surveillance des profils inhabituels.

En somme, à la suite du SRAS, les responsables des traitements cliniques et des soins de santé de la région de Toronto se sont déclarés totalement en faveur d'un système de surveillance intégré et régional, de rapports et de gestion des épidémies de maladies infectieuses. Les intervenants de première ligne qui ont participé à la table ronde ont également demandé instamment qu'une seule autorité se charge de la gestion coordonnée des épidémies.

8B.3 Structure et planification des urgences

En raison de l'urgence du SRAS, il s'est produit une certaine confusion initiale, source de frustration, entre le CPO, composé de personnes préparées surtout aux interventions d'urgence, et le CCM de l'OMH qui possédait les connaissances voulues pour faire face au SRAS. Le CPO, n'ayant jamais été activé, n'avait pas de processus de partage des responsabilités. Le CPO et le CCM de l'OMH ont finalement fusionné leurs opérations et se sont installés dans les mêmes locaux. Selon les répondants, cette reconnaissance par le CPO de la plus grande expertise de l'OMH a largement contribué à améliorer son fonctionnement. Cette mesure a été prise dans les 72 heures suivant la déclaration de l'urgence.

La structure de commandement et de contrôle du CPO n'avait toutefois pas prévu ce partage des responsabilités et des pouvoirs avec un ministère responsable. On avait l'impression que les rôles du commissaire à la sécurité publique et du commissaire à la santé publique et médecin hygiéniste en chef se chevauchaient et il n'était pas facile de savoir quel poste était finalement responsable de la gestion de l'urgence. Les répondants ont estimé que cette absence de définition du leadership a semé la confusion sur le terrain.

On nous a également signalé que les différents services dans chaque ministère n'avaient désigné qu'une personne pour le CPO et les CCM et n'avaient pas prévu de remplaçant. Les conséquences s'en sont rapidement fait sentir compte tenu de la charge de travail permanente. En dessous du niveau du CPO et des CCM, il ne semblait pas y avoir d'infrastructure suffisante pour soutenir le fonctionnement des CCM à l'appui du CPO ou pour soutenir le CPO lui-même.

D'autre part, certains domaines d'expertise n'étaient pas présents. En raison de l'insuffisance de la contribution du secteur des soins de courte durée, certaines des premières directives ont rendu compte d'un manque de compréhension du fonctionnement du système des soins de santé dans son ensemble ou des composantes du système. Les répondants des hôpitaux ont exprimé une très grande frustration à l'égard des premières directives qui étaient totalement irréalistes et souvent impossibles à appliquer.

Les répondants ont proposé la création d'un processus de partage du pouvoir investi dans le CPO avec un ministère responsable possédant les connaissances voulues pour ce

genre de situation. Ce processus doit définir de façon bien précise le poste et la personne responsable en dernier lieu en cas d'une urgence. Les répondants ne sont généralement pas favorables au partage des responsabilités au moment d'une crise. Il a également été noté que chaque ministère doit désigner plus d'une personne pour appuyer le CPO et les CCM.

Plusieurs répondants ont également soulevé la question de savoir s'il avait été justifié ou non de déclarer une urgence provinciale dans le cadre de l'épidémie de SRAS. Ils ont estimé que la structure du CPO était trop lourde pour une urgence de ce genre puisque l'intervention n'a nécessité que les efforts d'un seul ministère. Mais d'autres répondants ont dit que la déclaration d'urgence avait été nécessaire pour donner au gouvernement le pouvoir de prendre des décisions et d'émettre des directives. Comme solution de rechange, les répondants ont proposé que les principaux ministères élaborent leurs propres plans d'urgence qui accorderaient au gouvernement le pouvoir d'agir et que ces plans n'aient pas besoin de faire intervenir tout l'appareil du CPO. En définissant des critères d'identification des urgences provinciales par rapport aux urgences « ministérielles », on permettrait une intervention à plusieurs niveaux selon l'expertise sectorielle. De nombreux répondants ont estimé que le Centre des opérations du SRAS a été plus efficace que le Centre des opérations provincial.

Il a été également fortement suggéré que les plans d'urgence provinciaux et ministériels tiennent réellement compte de l'expertise nécessaire dans différentes situations d'urgence et qu'ils désignent au préalable les personnes possédant cette expertise. Comme l'a montré le Comité scientifique consultatif sur le SRAS, ces experts n'ont pas à être nécessairement des employés du gouvernement provincial. On peut désigner à l'avance des experts de toute la province qui participeront à des exercices visant à établir au préalable des protocoles d'urgence pertinents. Les plans d'urgence devraient également prévoir les questions de rémunération. Les répondants ont fait remarquer qu'au niveau provincial, pas plus qu'au niveau ministériel, la planification d'urgence n'a prévu de dispositions sur la rémunération de ceux qui devraient répondre à l'urgence et de ceux qui sont touchés par elle.

Il a également été proposé que le gouvernement fédéral participe aux préparatifs d'urgence des gouvernements provinciaux afin de définir clairement à l'avance le rôle du fédéral dans les différentes situations.

Les répondants ont parlé du manque de processus formel ou de planification des ressources humaines pour recruter ou détacher du personnel dans les bureaux de santé en cas d'urgence. Ils ont été presque unanimes à dire que la capacité des bureaux de santé locaux est insuffisante pour faire face aux crises. Les répondants étaient reconnaissants aux villes de London et de Hamilton d'avoir envoyé des équipes pour aider les bureaux de santé de la RGT et ont fait remarquer que l'on a procédé à des réaffectations à

l'interne pour se concentrer davantage sur le SRAS. Les bureaux de santé ont signalé une pénurie de médecins possédant la formation voulue en santé publique et indiqué que ceux d'entre eux qui étaient formés n'étaient pas disponibles pour les bureaux de santé locaux, puisqu'ils étaient détachés à l'OMH dans le cadre de l'urgence.

Certains répondants ont dit que l'on devrait pouvoir envoyer une équipe de professionnels sur les lieux d'une épidémie importante. Cette équipe recevrait une formation spéciale pour pouvoir évaluer la situation et, le cas échéant, déterminer les ressources additionnelles nécessaires pour limiter la propagation de l'épidémie. L'équipe pourrait fournir des conseils sur le contrôle des infections, se charger de la formation d'un personnel spécifique et de la dotation du personnel de soins. Mais plusieurs répondants ont estimé que les ressources humaines dans le domaine de la santé sont insuffisantes pour permettre l'adoption de cette approche. Il a été proposé d'évaluer l'expertise nécessaire pour faire face aux maladies infectieuses et de mettre en place des politiques précises pour encourager la formation d'un nombre suffisant de professionnels.

Dans leurs réponses, plusieurs hôpitaux ont précisé que les politiques et procédures en matière de préparatifs d'urgence sont élaborées et mises à l'essai dans chaque établissement. Il n'existe donc pas de politiques régionales et peu d'uniformité dans les protocoles entre les établissements.

Les personnes qui ont participé aux groupes de réflexion et celles interrogées avaient le sentiment que la collaboration entre les hôpitaux n'était pas adaptée aux besoins de l'urgence du SRAS. Les exemples d'échange de personnel (non syndiqué) possédant une expertise particulière relèvent de l'exception. Les participants ont noté la nécessité d'une plus grande collaboration entre les hôpitaux dans les domaines suivants :

- le transfert et l'acceptation de patients non atteints du SRAS aux soins intensifs;
- l'échange de personnel (et de médecins) possédant une expertise particulière.

De nombreux intervenants ont indiqué que l'absence d'un plan ou d'une approche préalable en matière de collaboration entre les hôpitaux en cas d'urgence a été un obstacle à l'adoption de mesures efficaces lors de l'épidémie de SRAS. Plusieurs répondants, du milieu hospitalier ou non, ont parlé de ce problème.

En somme, il est apparu évident que le système de santé publique de Toronto ne pouvait gérer la crise du SRAS et poursuivre ses activités quotidiennes, mettant ainsi peut-être en danger les patients d'autres secteurs du système de santé. Il a également été bien démontré que Toronto

n'a pas pu faire face à plus d'une crise à la fois et que le système s'effondrerait s'il devait être aux prises avec une nouvelle crise de grande envergure. Ne disposant d'aucun mécanisme préalable permettant le partage des ressources au sein du système et d'aucune capacité en cas de besoin urgent, Toronto a été dépassé par les événements.

Les répondants du niveau de la gestion, tout comme les intervenants de première ligne, ont insisté pour que tous les niveaux de gouvernement investissent dans la capacité organisationnelle de première ligne dans le domaine de la santé publique, en plus – et non aux dépens – des ressources existantes et des services essentiels. En cas d'intervention sanitaire d'urgence, il est nécessaire de pouvoir compter sur des équipes cliniques et des équipes prêtes à faire face aux épidémies. Il faut établir une capacité adéquate et cohérente en cas de besoin urgent dans tout le Canada qui nécessitera la collaboration des gouvernements provinciaux et territoriaux et des administrations municipales afin de procéder aux investissements pertinents et de répondre aux besoins. Le SRAS a également fait ressortir la nécessité d'une formation en santé publique pour l'ensemble des professionnels de la santé et d'un apprentissage permanent pour ceux qui travaillent déjà dans ce domaine.

Le Code orange est le code internationalement reconnu pour une catastrophe ou une urgence extérieure. Chaque hôpital a élaboré ses propres politiques et procédures pour être en mesure de faire face aux situations nécessitant le Code orange. Selon certains hôpitaux, le Code orange n'était pas prévu pour répondre à une épidémie de maladie infectieuse et n'était pas non plus la mesure la plus appropriée pour tous les hôpitaux.

Dans le cadre du sondage mené pour la présente étude, les hôpitaux devaient indiquer s'ils étaient dotés de protocoles officiels pour la gestion d'une épidémie avant la crise du SRAS. Presque 90 % des hôpitaux de soins de courte durée et 78 % des hôpitaux de soins prolongés ont dit avoir une politique officielle en cas d'épidémie (Tableau 8.1).

Deux des trois hôpitaux de Toronto qui ont dit ne pas avoir de politique officielle pour les cas d'épidémie étaient des hôpitaux désignés comme établissements de niveau 3 – SRAS (le niveau le plus élevé) au cours de l'épidémie, alors que le troisième était de niveau 2.

Les hôpitaux devaient également, dans le cadre du sondage, fournir une copie de leurs protocoles de gestion des épidémies. Dix-huit établissements ont présenté une copie sur les 32 qui avaient dit être dotés d'un protocole. Les protocoles reçus étaient plus ou moins détaillés et précis et de qualité et de longueur différentes. Les politiques et procédures pour faire face aux épidémies de maladies infectieuses varient d'un hôpital à l'autre. Dans

T A B L E A U 8 . 1

Réponses au sondage auprès des hôpitaux – Existence de protocoles officiels pour la gestion d’une épidémie

Lieu de l’hôpital (comté)	Soins de courte durée, avec politique officielle en matière d’épidémie			Soins prolongés, avec politique officielle en matière d’épidémie		
	Oui	Non	% oui	Oui	Non	% oui
Durham	4	0	100 %	0	1	0 %
Halton	5	0	100 %	0	0	
Peel	3	0	100 %	0	0	
Toronto	11	2	85 %	7	1	88 %
York	2	1	67 %	0	0	
Total	25	3	89 %	7	2	78 %

la plupart des cas, les protocoles ne semblaient pas contenir suffisamment d’information ou de directives précises sur la gestion des épidémies graves. La plupart n’avaient pas été mis à jour récemment. Les intervenants de première ligne ont surtout insisté sur la nécessité d’algorithmes normalisés dans les protocoles et les pratiques de gestion des poussées épidémiques.

Lors des entrevues et dans les groupes de réflexion, des répondants ont indiqué que le SRAS avait montré que la plupart des hôpitaux, surtout les hôpitaux communautaires, ne sont pas préparés à faire face à une maladie infectieuse. Les fonctions de contrôle et les processus de prévention des infections sont insuffisants. Enfin, certains répondants souhaiteraient l’adoption obligatoire de normes de base en matière de propreté et de pratiques et protocoles normalisés de prévention des infections dans l’ensemble du système de soins de santé, y compris dans les hôpitaux, les SLD, les soins à domicile et les cabinets des professionnels de la santé autonomes. Certains ont même proposé, surtout pour les hôpitaux, d’offrir aux médecins, personnel infirmier et autres professionnels de la santé. une formation professionnelle continue sur les précautions de base. Des analogies ont été établies avec les exercices annuels d’incendie obligatoires.

La manque de planification des hôpitaux régionaux en matière de préparatifs d’urgence a fait également l’objet de vives critiques. Il a été fortement recommandé que les plans d’intervention d’urgence relativement complets des

hôpitaux prévoient une planification et une collaboration au niveau régional. Cette planification doit intégrer la participation des autres hôpitaux, mais également celle d’autres professionnels de la santé et intervenants au besoin (c.-à-d. les CASC, les établissements de SLD, les services de santé publique et autres).

Certains hôpitaux ont dit avoir recouru aux réseaux existants, comme le Réseau d’urgence de l’est de Toronto et le Réseau de santé infantile, au niveau des communications et dans certains cas de transfert des patients.

CritiCall³ a été essentiel pour un certain nombre de transferts de patients. Mais selon plusieurs hôpitaux, il faut renforcer le pouvoir de CritiCall d’obliger des établissements ayant des lits ouverts à accepter des patients. On nous a mentionné de nombreux cas où des hôpitaux ont eu du mal à transférer des patients atteints ou non du SRAS.

8B.4 Hôpitaux

Le sondage mené auprès des hôpitaux comprenait des questions sur leur état de préparation pour recevoir des patients atteints du SRAS. Le tableau 8.2 montre le nombre de chambres individuelles avec antichambre ou chambre d’isolement à pression négative dans les hôpitaux de soins de courte durée de la RGT. Au total, 3,8 % des lits d’hôpitaux de soins de courte durée de Toronto et de la RGT se trouvent dans des chambres d’isolement à pression négative. Seulement 1 % des lits des hôpitaux de soins prolongés de Toronto et de la RGT se trouvent dans des chambres d’isolement à pression négative.

Les hôpitaux de Toronto ont le pourcentage le plus élevé de chambres d’isolement à pression négative (4,6 % des lits de soins de courte durée; 1,0 % des lits de soins prolongés). Le pourcentage de lits de soins de courte durée qui se trouvent dans une chambre d’isolement à pression négative pour chaque hôpital (tableau 8.3) varie de 0 à 12 %.

Des 28 hôpitaux de Toronto et de la RGT qui ont des services d’urgence, 6 ont signalé dans le sondage ne pas disposer d’une salle de prévention des infections. Les hôpitaux qui ne disposent pas de ce genre de salle dans leur service d’urgence se répartissent comme suit :

- deux hôpitaux dans le comté de York;
- trois à Toronto;
- un dans le comté de Durham.

3 Le programme Ontario CritiCall facilite le transfert de patients qui sont à l’urgence en aidant les médecins des hôpitaux communautaires à avoir accès aux ressources des grands hôpitaux de soins tertiaires dans leurs régions. La gestion du programme est assurée par le Hamilton Health Sciences (HHS).

T A B L E A U 8 . 2

Réponses au sondage auprès des hôpitaux – Antichambres et chambres d'isolement à pression négative dans les hôpitaux de soins de courte durée par emplacement de l'hôpital

De courte durée		Lieu de l'hôpital (comté)					
Antichambres?	Chambres d'isolement à pression négative	Durham	Halton	Peel	Toronto	York	Total
<i>Oui</i>	<i>Non</i>	–	8	31	7	12	58
<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	11	14	22	147	20	214
<i>Non</i>	<i>Oui</i>	3	13	2	140	2	160
Total des lits		552	830	1 445	6 254	800	9 881
% lits – antichambres		2,0 %	2,7 %	3,7 %	2,5 %	4,0 %	2,8 %
% lits – chambres d'isolement à pression négative		2,5 %	3,3 %	1,7 %	4,6 %	2,8 %	3,8 %
% lits – les deux		2,0 %	1,7 %	1,5 %	2,4 %	2,5 %	2,2 %

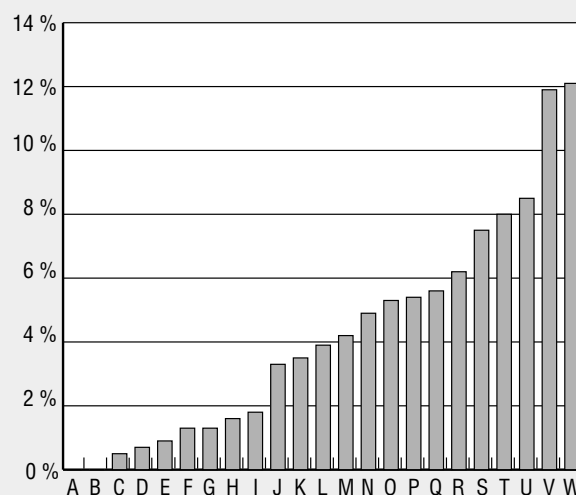
Les résultats du sondage indiquent que 18 % des lits de soins courants et intensifs répertoriés sont équipés pour la prévention des infections. Le pourcentage des lits équipés pour la prévention des infections varie de 10 % dans le comté de Halton à 28 % dans le comté de Peel.

Seulement 30 % des hôpitaux qui possèdent des salles d'autopsie ont précisé que leurs salles sont conformes aux lignes directrices du Laboratoire de lutte contre la maladie.

Tous les hôpitaux ainsi que les intervenants de première ligne ont parlé du manque de capacité à répondre à une demande accrue dans les situations d'urgence. Pour que le système puisse fonctionner de façon régulière entre 90 % et 95 % de sa capacité (comme c'est le cas pour les lits de soins de courte durée), il ne peut pas absorber un grand nombre de patients dans une situation d'urgence tout en maintenant son niveau habituel d'activités. En outre, les autres services de santé offerts par le système n'ont pas la capacité voulue pour répondre à la demande si certains hôpitaux devraient réduire leurs services pour faire face à une urgence, comme cela s'est produit dans le cas du SRAS, lorsque les unités des soins intensifs de certains hôpitaux ont été mises en péril. Des hôpitaux ont toutefois indiqué que les services non urgents en temps normal peuvent être temporairement suspendus, le cas échéant, afin de libérer suffisamment de ressources pour faire face à une urgence.

T A B L E A U 8 . 3

Variation du pourcentage de lits de soins de courte durée dans des chambres d'isolement à pression négative dans les hôpitaux de Toronto et de la RGT (seulement les hôpitaux qui comptent au moins 100 lits de soins de courte durée)



L'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS a précisé qu'en l'absence d'un plan régional de mesures d'urgence en cas de catastrophe ou de méthodes déjà définies de collaboration entre les hôpitaux, il a été très difficile de transférer à d'autres établissements des patients non atteints du SRAS. Le classement au « niveau 3 », selon l'échelle SRAS du Ministère, d'hôpitaux entiers plutôt que des unités où une poussée épidémique était apparue, a semé momentanément la confusion et l'agitation dans l'ensemble des établissements. Des patients ont été refusés, malgré les protocoles de transfert, simplement parce qu'ils provenaient d'un hôpital classé « niveau 3 ».

Compte tenu des effets de la possibilité d'une plus grande fréquence des épidémies de maladie infectieuse, certains ont présenté des suggestions concernant l'infrastructure appropriée. Plus précisément, des répondants ont proposé que chaque service d'urgence soit équipé de chambres d'isolement à pression négative et d'antichambres. Ils ont également proposé d'augmenter le nombre de chambres d'isolement à pression négative dans les hôpitaux. Dans l'éventualité d'une épidémie, ces installations serviraient de salles de traitement temporaire avant le transfert vers un établissement régional chargé de dispenser des soins et d'isoler les patients atteints de la maladie infectieuse. S'il était possible de rassembler les patients dans un établissement régional, les autres services de santé du système pourraient se charger des autres besoins de la population en matière de santé et de soins de santé.

Il a été recommandé qu'au moins un établissement dans chaque région de la province possède l'infrastructure nécessaire pour isoler un grand nombre de patients en cas d'urgence. Ces établissements devraient posséder les installations permettant de recevoir un grand nombre de patients atteints de la maladie infectieuse, ainsi que le personnel nécessaire pour les traiter.

Si l'on créait des programmes régionaux pour les maladies infectieuses, l'établissement possédant les installations voulues devrait également jouer un rôle de centre stratégique. Toutefois, certains ont estimé qu'il ne serait pas réaliste de s'attendre à ce qu'un seul établissement possède suffisamment d'expertise en matière de maladies infectieuses et de prévention des infections pour faire face à une crise. Il serait plutôt préférable de mettre sur pied un réseau de professionnels de la santé qui concentreraient leurs efforts sur chaque épidémie et qui pourraient garantir à l'établissement régional les ressources nécessaires.

8B.5 Structures et processus de communication

Comme nous l'avons déjà vu, les répondants ont signalé qu'il n'existait pas de système uniforme et efficace, avant le SRAS, pour transmettre les alertes systématiques de Santé Canada sur les maladies infectieuses aux différents

niveaux opérationnels du système de santé (hôpitaux, établissements de soins de longue durée (SLD), CASC, services d'ambulance et médecins de famille).

Les personnes interrogées et les participants aux groupes de réflexion regroupant des gestionnaires et des médecins ont indiqué que les communications relatives au SRAS provenaient de différentes composantes du système de soins de santé, qu'aucune source n'était bien identifiée et qu'elles comportaient souvent des avis contradictoires ou périmés ou les deux. Les communications provenaient des sources suivantes :

- commissaire à la santé publique;
- bureaux de santé régionaux;
- centre provincial des opérations;
- centre des opérations du SRAS;
- Association des hôpitaux de l'Ontario;
- Association médicale de l'Ontario;
- ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario;
- Direction de la santé publique – OMH ;
- Direction des établissements – OMH;
- ministère de la Sécurité publique;
- Santé Canada.

Ni les mécanismes ni la discipline nécessaires au regroupement et au contrôle des communications n'étaient en place au sein du CPO. En principe, le CPO aurait dû être l'unique source de communication pour tous les professionnels de la santé. Cela n'a pas été le cas. Différentes raisons ont été avancées, la principale étant le manque de définition des rôles et des compétences et la nécessité pour les organisations d'être perçues comme appuyant leurs clientèles.

Comme nous l'avons déjà vu, les gens sur le terrain ont critiqué sévèrement et de façon répétée à la fois le processus de communication et le contenu des directives du CPO. Le personnel de première ligne a fait valoir que les personnes qui rédigeaient les directives n'étaient pas suffisamment informés de l'application pratique en milieu clinique.

Voici certaines des critiques formulées :

- le manque de précision à propos du CPO et de sa direction;
- la frustration suscitée par le fait que les conférences téléphoniques ne permettaient pas aux participants de savoir qui étaient les collaborateurs au CPO et si la collaboration répondait à des nécessités scientifiques ou politiques;

- le temps nécessaire à l'émission de directives, attribué aux retards occasionnés par le processus d'examen interne et d'approbation;
- le manque d'uniformité dans les directives;
- les directives initiales non numérotées ou signées;
- le manque de processus défini pour expliquer les directives.

Certaines de ces critiques ne sont pas tout à fait cohérentes. Par exemple, pour certains, la rapidité à laquelle les directives étaient émises entraînait un manque de précision alors que pour d'autres, les retards traduisaient un manque de leadership. Quoi qu'il en soit, ces critiques montrent la nécessité d'une amélioration.

Les répondants ont exprimé des opinions partagées à propos du mécanisme et des moyens utilisés par le CPO en matière de communication. Plusieurs intervenants ont exprimé leur frustration par rapport à la durée et la fréquence des conférences téléphoniques. Mais certains ont précisé que cette méthode a permis de transmettre rapidement les informations les plus à jour et que l'efficacité des conférences téléphoniques s'est améliorée après les premiers jours.

Certains répondants ont eu l'impression que les difficultés du processus de communications auraient pu être corrigées si l'OMH avait eu son propre plan d'urgence, indépendant de celui du CPO. Il a été très fortement recommandé, peu importe la situation d'urgence déclarée, de définir clairement les responsabilités en matière de communication dans les différents scénarios et de créer des mécanismes permettant la mise en place d'une seule source de communication.

De nombreuses observations ont fait ressortir la nécessité de stratégies de communications appropriées pour informer tous les intervenants. Bien entendu, ces intervenants ne seront pas les mêmes selon la situation. Toutefois, un certain nombre de répondants ont proposé que l'on dresse des listes de personnes-ressources adéquates en prévision d'une urgence pour que les médecins de famille et les bureaux de santé locaux⁴ par exemple soient informés dès le début d'une épidémie et tout au long de sa durée.

En dernier lieu, presque tous les répondants étaient d'avis qu'il fallait créer un processus pour tenter de réduire au minimum les nombreux changements au niveau de l'information et la quantité d'informations contradictoires en situation d'urgence.

En résumé, ce qui se dégage de façon générale, selon les consultants, c'est que le SRAS a fait la preuve de l'importance de stratégies de communication efficaces au cours d'une urgence, aux niveaux national et international. La mauvaise qualité de la communication pendant la crise du SRAS peut avoir contribué à l'imposition de l'avertissement aux voyageurs par l'OMS, avec les conséquences économiques et pour la réputation du Canada que l'on connaît. Le recours à de trop nombreux porte-parole auprès des médias, parlant tous en même temps et transmettant souvent des messages contradictoires, n'a rien fait pour susciter la confiance dans le système de santé publique et a nui à la crédibilité des responsables. Les répondants ont fait remarquer que l'irrégularité des communications avec les autres secteurs touchés, comme l'industrie touristique, ont conduit à une certaine confusion et suscité la crainte dans le public et chez les travailleurs de ces autres secteurs. Le secteur touristique, lourdement touché par le SRAS, aurait dû être tenu mieux informé et davantage utilisé pour diffuser l'information et rassurer le public. Les pharmaciens sont des professionnels de la santé de première ligne dont on ne tient pas suffisamment compte. On aurait pu faire davantage appel à eux pour transmettre des messages importants.

Service de santé publique

Aucun mécanisme efficace n'était en place pour permettre aux médecins hygiénistes de communiquer entre eux et de coordonner leurs activités au cours de l'épidémie. Des conférences téléphoniques entre les médecins hygiénistes ont été organisées, mais toutes les unités n'y ont pas participé régulièrement. Plusieurs cliniciens en chef ont indiqué que les médecins hygiénistes des différentes régions ne communiquaient pas entre eux.

Les participants ont également exprimé leur frustration au sujet de l'inexistence ou de l'aspect sporadique des communications des bureaux de santé. Selon eux, beaucoup d'information a été communiquée au Service de santé publique, mais peu d'information a été reçue du Service de santé publique. Les hôpitaux ont dit avoir reçu les mêmes demandes de renseignements de plusieurs bureaux de santé concernant le même patient. Lorsqu'on les informait que les renseignements avaient déjà été fournis à un autre bureau de santé, on leur répondait que les bureaux ne disposaient pas de mécanismes de partage de l'information et qu'il était plus simple de l'obtenir à nouveau de l'hôpital.

Certains hôpitaux s'attendaient à ce que le Service de santé publique regroupe et analyse l'information qu'il recevait et la leur retransmette rapidement. Les répondants du Service de santé publique ont estimé qu'ils ne pouvaient pas transmettre l'information en raison des restrictions relatives à la confidentialité, du manque de

⁴ Il est surprenant que les bureaux de santé n'aient pas eu accès aux directives initiales du CPO. Les CASC ont dit avoir transmis de l'information aux bureaux de santé, mais ceux-ci ne semblent pas l'avoir reçue directement.

ressources pour partager l'information ou tout simplement du fait qu'il ne leur incombait pas de communiquer de nouveau avec les professionnels de la santé. On ne sait donc pas à qui incombait cette responsabilité. Les attentes devraient être modifiées ou des mécanismes mis en place pour combler l'absence de communications.

Le rôle exercé par la plupart des bureaux de santé consistait surtout à endiguer la poussée épidémique en première ligne. Plusieurs dirigeants d'hôpitaux, tout comme leur personnel de première ligne, s'attendaient à recevoir des conseils des bureaux de santé sur la prévention des infections et l'application de la mise en quarantaine. On n'a pas toujours répondu à ces attentes. Les professionnels de la santé ne savaient pas si ce rôle devait être assumé par le Service de santé publique au niveau provincial ou régional.

Les professionnels de la santé en question ont exprimé les mêmes préoccupations au sujet de la confidentialité soulevées par le Service de santé publique et ont fait valoir qu'ils ont également une responsabilité et un devoir à cet égard. Par conséquent, il aurait été possible de partager une partie de l'information.

Médecins de famille

Aucun lien n'a été établi entre le Service de santé publique et les médecins de famille au cours de l'épidémie. Le rôle du Service de santé publique par rapport aux bureaux de médecins n'est pas clairement défini. Les médecins avec qui nous nous sommes entretenus ont mentionné n'avoir eu aucun contact avec le Service de santé publique et n'avoir reçu aucune communication de la part de leur bureau de santé local. Les médecins de famille n'ont été mis au courant de l'épidémie avant qu'elle n'ait été déclarée et ne savaient pas quelles précautions prendre dans leur pratique ni qui devait leur transmettre cette information.

Bon nombre de médecins de famille n'étaient pas non plus au courant des alertes de Santé Canada au sujet de la maladie infectieuse et ne savaient pas qui était censé leur en faire part.

La plupart des médecins de famille ont rapporté avoir d'abord été mis au courant de la situation par les médias. Aucune stratégie de communications officielle n'a été mise en place dans le cadre de l'infrastructure d'urgence du SRAS. Au début, les premières communications (sur l'emplacement des cliniques touchées par le SRAS) ont été transmises par les médias. Par la suite, l'Association médicale de l'Ontario a communiqué une information jugée utile et efficace par les répondants. Quant aux répondants ayant travaillé en milieu hospitalier, ils ont reçu de l'information et des conseils de l'hôpital même. Les cabinets de médecins n'ont reçu aucune communication directe de la part du Service de santé publique.

Centres d'accès aux soins communautaires

Les CASC ne recevaient d'aucune source des données officielles sur les maladies infectieuses avant l'épidémie de Toronto. Comme d'autres intervenants dans le système, les CASC n'ont aucun lien direct avec Santé Canada, mais surveillent l'information transmise par le ministère fédéral de la Santé sur les alertes aux produits. Les CASC ne semblaient pas savoir qui devait les prévenir en cas de maladies infectieuses émergentes ou d'épidémies. Selon les répondants, Santé Canada et les CASC ont parfois fourni de l'information contradictoire aux clients du CASC. Ces membres du public ne savaient donc pas si les CASC ou le Service de santé publique étaient la bonne source d'information.

Hôpitaux

Aucun hôpital n'a signalé avoir reçu d'alertes de Santé Canada sur les maladies infectieuses ou posséder un système officiel lui permettant de recevoir ou de rechercher ces alertes. Un certain nombre d'hôpitaux ont indiqué être sensibilisés aux alertes aux produits et aux bulletins de Santé Canada, mais n'entretiennent aucun contact officiel avec le ministère fédéral de la Santé. Les hôpitaux ont dit avoir été informés de la crise du SRAS à Toronto par les médias et par des communiqués de la Direction de la santé publique ou de l'OMH. Un directeur général a indiqué que le service de santé publique du Royaume-Uni est mieux intégré aux autres composantes du système de santé. Selon lui, au Royaume-Uni, le service de santé publique a informé les hôpitaux de l'émergence d'une nouvelle maladie respiratoire en provenance de Chine en février 2003, alors qu'à Toronto, les hôpitaux n'ont pas été informés du SRAS avant que des patients aient contracté la maladie à la division Grace du Scarborough Hospital en mars 2003.

Selon presque tous les hôpitaux, tout au long de la première vague du SRAS, rien ne permettait d'établir clairement la source des directives aux hôpitaux, puisque les premières n'étaient pas signées. Par la suite, les directives ont été signées par le commissaire à la santé publique / médecin hygiéniste en chef et par le commissaire à la sécurité publique. Dans l'un ou l'autre cas, les hôpitaux ne savaient pas comment obtenir des précisions ou exprimer leurs préoccupations sur les directives.

Tous les hôpitaux ont parlé de la confusion créée par les aspects suivants :

- la réception de renseignements provenant de différentes sources;
- des informations contradictoires;
- les nombreux changements apportés à l'information et aux directives;

- les incohérences entre les directives et l'expertise et l'expérience du personnel;
- l'application impossible des directives en milieu hospitalier.

Les administrateurs et le personnel ont exprimé leur frustration face à l'incapacité d'appliquer les directives, notamment pour les raisons suivantes :

- l'absence de l'équipement indiqué dans les directives;
- le choix du moment pour émettre les directives (c.-à-d. préavis insuffisant pour permettre la mise en œuvre).

Certains répondants ont estimé qu'il aurait fallu tenir compte davantage des observations du personnel de première ligne qui dispensaient les soins aux patients atteints du SRAS pour améliorer l'applicabilité des directives du CPO et du COS.

Les répondants qui faisaient partie du personnel de première ligne ont également fait part de leurs observations en ce qui concerne les communications internes. Ils reconnaissent la créativité des établissements pour communiquer par des moyens formels et informels, mais selon les observations formulées au chapitre 5 à propos de la divulgation des risques, insistent pour que les porte-parole acceptent « les impondérables » plutôt que de retarder la transmission de l'information.

Beaucoup ont indiqué qu'il fallait renforcer les liens et les communications entre le Service de santé publique et les hôpitaux. Les représentants du ministère de la Santé sont déjà obligés par la loi de siéger aux comités de prévention des infections des hôpitaux, mais bien souvent ce ne sont pas des médecins et bon nombre d'entre eux connaissent mal le milieu hospitalier. Ils ne sont donc pas en mesure d'établir des liens efficaces entre l'hôpital et le Service de santé publique ou d'offrir des conseils utiles à l'hôpital. Plusieurs hôpitaux en particulier ont dit n'avoir eu qu'un accès limité aux dirigeants régionaux du Service de santé publique. Et lorsqu'ils pouvaient communiquer avec eux, ils n'étaient pas certains que le personnel du Service de santé publique possède les connaissances, les compétences ou l'expérience nécessaires pour fournir des conseils appropriés aux hôpitaux sur la prévention des infections.

Le tableau 8.4 montre les réponses au sondage mené auprès des hôpitaux sur les relations avec le Service de santé publique. Bien que la plupart des hôpitaux (soit 89 %) entretiennent régulièrement des liens avec le Service de santé publique, ces relations semblent ne concerner souvent que les communications obligatoires sur les maladies à déclaration obligatoire ou l'obligation d'avoir des représentants aux comités de prévention des infections. Malgré cette exigence, 35 % des hôpitaux n'ont pas

T A B L E A U 8 . 4

Réponses au sondage auprès des hôpitaux de la RGT et de Toronto sur les liens réguliers avec le Service de santé publique

Lieu de l'hôpital (comté)	Hôpitaux rapportant entretenir régulièrement des liens avec le Service de santé publique		Hôpitaux rapportant avoir des représentants du Service de santé publique au Comité de prévention des infections	
	Oui	Non	Oui	Non
Durham	4	1	3	2
Halton	4	1	4	1
Peel	3	0	3	0
Toronto	20	1	13	8
York	2	1	1	2
Total	33	4	24	13
% oui	89 %		65 %	

mentionné la représentation au Service de santé publique lorsqu'on leur a demandé d'expliquer comment ils restent en contact avec le Service de santé publique. Ces constatations soulignent la nécessité de liens étroits entre les bureaux de santé locaux et le comité de prévention des infections des hôpitaux.

Les responsables cliniques et d'hôpitaux ont également critiqué le nombre de demandes de renseignements du Service de santé publique concernant les patients atteints du SRAS. Les hôpitaux ont dit avoir reçu des demandes de plus d'un bureau de santé régional, de la Direction de la santé publique de l'OMH, ainsi que du Ministère lui-même.

8B.6 Surveillance

La question de la surveillance est apparue comme un autre secteur de responsabilité vague. Au niveau local, la santé publique s'est chargée de la maîtrise de l'épidémie tandis qu'au niveau provincial, le Service de santé publique n'a pas assumé le rôle de point de convergence pour regrouper les données recueillies et en faciliter l'analyse. Aucun organisme n'exerce de compétence pour l'ensemble du système pour ce qui est des fonctions suivantes :

- recueillir l'information et en faire une analyse définitive ou permettre à d'autres organismes de le faire;
- identifier et communiquer les résultats de l'analyse des profils de l'événement;

- identifier et communiquer les alertes sur les profils inhabituels;
- élaborer des plans d'urgence.

Des bureaux de santé ont dit avoir aidé les hôpitaux à surveiller les syndromes afin d'identifier les patients présentant des symptômes du SRAS, mais les hôpitaux ont indiqué que ces cas n'étaient pas confirmés par le Service de santé publique à moins qu'un lien épidémiologique définitif n'ait été établi avec un cas confirmé. Certains hôpitaux ont eu l'impression qu'en se concentrant sur les liens épidémiologiques, ils émoussaient leur vigilance.

8B.7 Ressources humaines en santé

Un certain nombre d'hôpitaux ont indiqué que la pénurie de personnel spécialisé avait constitué une difficulté pour faire face à l'épidémie. La pénurie touche surtout les spécialistes des maladies infectieuses, les spécialistes de lutte contre les infections et les épidémiologistes en milieu hospitalier.

Bien que 71 % des hôpitaux de soins de courte durée aient dit avoir accès à un médecin qui possède une formation pour la lutte contre les infections, un quart ont indiqué que le poste n'était pas rémunéré et protégé, laissant 46 % des hôpitaux de soins de courte durée sans poste de prévention des infections rémunéré et protégé. Seulement 11 % des hôpitaux de soins prolongés (1 hôpital) ont un médecin qui possède une formation pour la lutte contre les infections (ce poste n'est pas rémunéré et protégé). Dans l'ensemble, les hôpitaux de Toronto et de la RGT ont tout au plus 7 postes ETP, soit des postes de spécialistes de lutte contre les infections rémunérés et protégés (ou 0,7 poste ETP par 1 000 lits de soins de courte durée). Il peut s'agir d'une surestimation fondée sur la propre évaluation du Comité. Le nombre d'épidémiologistes en milieu hospitalier parfaitement formés est même moins élevé.

Ces observations confirment clairement les résultats précédents concernant la situation des ressources humaines en matière de prévention des infections et la nécessité de formuler des normes d'accréditation ou une réglementation régionale ou ministérielle pour renforcer la prévention des infections.

De nombreuses personnes ont fait remarquer que les conventions collectives rendent pratiquement impossible l'emploi d'employés à temps plein d'un établissement dans plusieurs organisations, à moins que chacune emploie directement la personne. Le partage du personnel dans les situations d'urgence va à l'encontre des conventions collectives en vigueur. Le personnel de première ligne et les organisations qui l'engagent ont parlé d'un haut niveau de dévouement et de disponibilité

à s'engager dans la planification des urgences, ainsi que de leur mécontentement au sujet des pratiques *ponctuelles* et *a posteriori* adoptées en matière de ressources humaines pendant l'épidémie du SRAS.

Plusieurs hôpitaux ont indiqué que le fort pourcentage de personnel infirmier à temps partiel ou occasionnel engagé par l'entremise d'agences a constitué un problème pendant la crise du SRAS, un problème soulevé également par les groupes de réflexion composés de personnel de première ligne. Ce genre de pratique d'embauche donne lieu à une main-d'œuvre polyvalente pour répondre aux fluctuations de la demande dans les hôpitaux, mais le personnel se retrouve simultanément à l'emploi de plusieurs établissements. Les intervenants de première ligne ont souligné l'importance d'une main-d'œuvre stable et permanente, plutôt que de dépendre du personnel envoyé par les agences à un coût plus élevé. On a beaucoup fait état du risque accru de transmission de l'infection d'une organisation à une autre en raison de cette pratique, mais les répondants ont dit ne pas être au courant d'un seul cas de SRAS transmis par les travailleurs des soins de santé à l'emploi de plusieurs établissements (en réalité, il semble n'y avoir eu qu'un seul cas). Les risques que posent ces arrangements sont plutôt les suivants :

- le personnel doit se familiariser avec les différentes politiques et procédures de prévention des infections de plusieurs organisations;
- la difficulté à susciter le niveau d'engagement nécessaire envers une organisation qui doit répondre à des urgences;
- la difficulté pour un hôpital de prévoir des quarts de travail additionnels lorsque les employés sont engagés envers plusieurs organisations.

Des questions de rémunération ont été soulevées tout au long de l'épidémie du SRAS. Des hôpitaux ont dit « avoir été obligés » de verser des paiements additionnels aux médecins pour les inciter à soigner des patients atteints du SRAS. L'Association médicale de l'Ontario et l'OMH, en collaboration avec le Comité des services de médecins, ont élaboré deux programmes à l'intention des médecins dont les revenus ont diminué à cause du SRAS. Ces programmes sont le Programme de paiements anticipés – SRAS et le Programme de stabilisation du revenu – SRAS. Les détails de ces programmes ont été communiqués aux médecins sur le site Web de l'Association médicale de l'Ontario dans le cadre d'une série de communiqués en date du 26 juin 2003.

Dans le cadre du Programme de paiements anticipés – SRAS, les médecins peuvent demander des paiements anticipés sur des facturations futures pour combler les baisses considérables de revenu causées par la diminution de leurs services. En vertu de ce programme, un médecin dont le revenu est inférieur à 80 % de sa facturation

.....

mensuelle moyenne peut recevoir des paiements pour compenser la différence entre le montant gagné et le seuil de 80 % de la facturation moyenne. Ces avances seront déduites des paiements futurs. Ce programme s'applique à la période d'urgence du SRAS, du 14 mars 2003 au 30 juin 2003.

Le programme de stabilisation des revenus – SRAS s'applique aux médecins dont les revenus ont été réduits en raison de la quarantaine, des réductions dans la capacité de fonctionnement des hôpitaux ou de la diminution du volume de pratique en milieu hospitalier ou à l'extérieur. Tous les médecins touchés par le SRAS peuvent recevoir des paiements équivalents à la différence entre le montant gagné et 80 % de la facturation annuelle moyenne. Les médecins qui ont travaillé dans les hôpitaux pour traiter des patients atteints du SRAS peuvent recevoir le paiement de la différence entre le montant gagné et 100 % de la facturation annuelle moyenne. Le versement complémentaire jusqu'à concurrence de 80 % s'applique à toute la période d'urgence du SRAS. Le versement complémentaire jusqu'à concurrence de 100 % s'applique à la période du 23 mai 2003 au 30 juin 2003.

Les hôpitaux faisant partie de l'Alliance créée lors du SRAS ont choisi d'offrir une indemnité à tarif double aux personnes qui ont travaillé dans les unités et les secteurs affectés par le SRAS. L'OMH n'a pas approuvé cette mesure qui a été très critiquée sur le plan de l'équité du fait d'autres hôpitaux ayant traité des patients atteints du SRAS n'ont pas offert le même avantage à leur personnel. De plus, le personnel recevait la rémunération additionnelle que l'unité du SRAS dans laquelle il travaillait ait traité ou non des patients atteints du SRAS. Par conséquent, il est arrivé que des membres du personnel ayant traité des patients atteints du SRAS n'aient reçu aucune rémunération additionnelle, alors que d'autres n'ayant pas traité des patients atteints du SRAS en aient reçu une.

La pénurie de personnel infirmier aux soins intensifs et la méthode centralisée utilisée à cet égard ont donné lieu à des pratiques de rémunération qui ont également fait l'objet de nombreuses critiques. La province et Med-Emerg ont conclu un contrat pour fournir sur demande du personnel infirmier aux soins intensifs aux hôpitaux. Les répondants ont indiqué que le personnel infirmier embauché par Med-Emerg était rémunéré à des taux jusqu'à trois fois supérieurs à ceux du personnel infirmier « régulier » des soins intensifs en milieu hospitalier, soulevant des problèmes d'équité. Des représentants des intervenants de première ligne se sont dit préoccupés par cette indemnité applicable avec effet rétroactif et aux privilèges incohérents. En raison d'échelles salariales inégales, certains hôpitaux se sont sentis obligés d'offrir à leur propre personnel les mêmes primes que versait l'OMH au personnel de l'agence Med-Emerg. De plus, un certain nombre d'hôpitaux ont signalé que le personnel infirmier qui aurait été habituellement disponible était recruté par Med-Emerg. Enfin, les hôpitaux ont mentionné

la flexibilité limitée du personnel fourni par Med-Emerg, puisqu'ils ont été dans l'impossibilité de modifier les exigences de dotation et se sont parfois retrouvés dans la position inhabituelle d'avoir trop de personnel. Malgré ces critiques, comme il est indiqué au chapitre 2, Med-Emerg a réussi à combler des pénuries importantes de personnel pendant une période très difficile.

Pendant la crise, on a interdit au personnel infirmier de travailler dans plusieurs établissements pour éviter que le SRAS ne se propage d'un hôpital à l'autre. Cette disposition a eu pour effet de réduire le revenu du personnel infirmier qui compte sur les revenus provenant du travail dans plusieurs établissements. Les répondants ont fait remarquer que l'OMH n'a pas offert d'indemniser ce personnel infirmier de la même façon qu'il a garanti les revenus de la plupart des médecins qui travaillent dans les hôpitaux.

Toutes ces constatations témoignent de la nécessité de processus régularisés sur le partage et la rémunération du personnel dans les situations d'urgence.

Les groupes de réflexion composés d'intervenants de première ligne ont fait ressortir des préoccupations relatives à la santé et à la sécurité au travail. Les comités de santé et sécurité au travail n'ont pas participé, l'équipement nécessaire n'était parfois pas disponible ou moins qu'optimal et certains administrateurs ont annulé prématurément les mesures de précaution.

8B.8 Répercussions psychosociales du SRAS

Plusieurs répondants ont également fait mention des répercussions psychosociales du SRAS et d'événements connexes illustrant la crainte manifeste ressentie chez les travailleurs de la santé et le public. Les répercussions du SRAS chez les personnes travaillant au sein du système de santé ne devraient pas être sous-estimées. En voici certaines :

- la crainte des employés de se rendre dans les hôpitaux;
- la crainte des employés de soigner des patients atteints du SRAS;
- la crainte des employés de rencontrer des intervenants des soins de santé ou même leurs conjoints et conjointes, surtout ceux et celles des unités de SRAS;
- le ressentiment persistant envers des collègues n'ayant pas participé comme on s'y attendait;
- le sentiment d'impuissance, de colère et de culpabilité ressenti par les employés;
- l'isolement social aigu et l'ostracisme auxquels les employés ont dû faire face.

Plusieurs des personnes qui ont été interrogées et qui ont participé aux groupes de réflexion ont indiqué que la crainte a été engendrée à la fois par le sensationnalisme de la couverture médiatique et l'information incohérente provenant des autorités de la santé publique aux niveaux provincial et municipal. Les intervenants de première ligne qui ont participé aux groupes de réflexion ont insisté sur la nécessité de mettre en place des protocoles officiels pour les communications en temps de crise adaptés aux besoins propres à chaque établissement et à son personnel (p. ex., les travailleurs éloignés, les travailleurs de quarts). Cette crainte n'était souvent qu'une simple réaction normale face à une maladie extrêmement virulente et inconnue. Malgré ces craintes, les groupes de réflexion ont cité plusieurs exemples d'efforts dignes de mention fournis par des travailleurs de la santé pour s'encourager mutuellement et s'assurer que tous les patients recevaient les meilleurs soins possibles.

8C. Répercussions sur les services et évaluation de l'arriéré de travail

Tous les participants aux groupes de réflexion et les personnes interrogées ont mentionné les répercussions de l'épidémie de SRAS sur le volume des activités de l'hôpital et la difficulté à éliminer l'arriéré de travail. Les données sur les activités des hôpitaux en 2002 et en 2003 ont servi à documenter les répercussions du SRAS sur les hôpitaux de la RGT et de Toronto et à évaluer ce qu'il en coûterait au système hospitalier pour éliminer l'arriéré de travail.

Les directives aux hôpitaux de la RGT et de Toronto exigeant qu'ils limitent l'accès aux malades gravement atteints ont eu des incidences importantes sur les volumes de services des hôpitaux. La plupart des opérations chirurgicales n'étant pas urgentes, cette restriction a eu l'impact le plus marqué sur les volumes de chirurgie. Les restrictions physiques à l'accès aux hôpitaux et la sensibilisation accrue du public aux risques du SRAS dans les établissements de soins de santé se sont traduites également par une réduction importante des visites aux services des urgences.

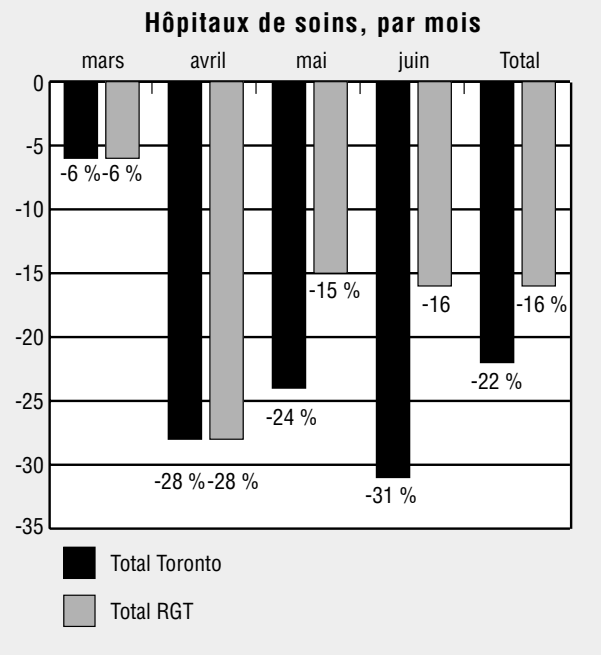
8C.1 Répercussions sur le nombre de visites et les admissions aux services des urgences

Le tableau 8.5 illustre le changement de pourcentage sur douze mois, de 2002 à 2003, des visites aux services des urgences, par mois et par lieu d'hôpital (RGT et Toronto).

Au cours du premier mois complet de l'épidémie (avril 2003), les visites aux services des urgences ont été inférieures de 28 % à celles d'avril 2002 dans les hôpitaux

T A B L E A U 8 . 5

Réduction du nombre de visites aux services des urgences en 2003 par rapport à 2002 pour les hôpitaux de soins de courte durée de Toronto et de la RGT, par mois



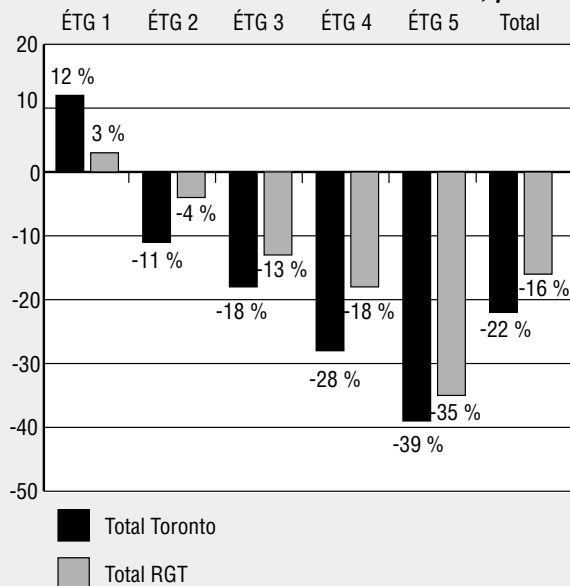
de Toronto et de la RGT. Après le mois d'avril, le taux des visites dans les hôpitaux de la RGT est revenu à environ 15 % sous le niveau de l'année précédente. Les visites aux services des urgences des hôpitaux de Toronto ont augmenté légèrement en mai (à 24 % inférieur au niveau de l'année précédente), mais ont baissé à 31 % sous le niveau de l'année précédente en juin lors de la deuxième vague de SRAS. Les établissements faisant partie de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS ont connu une diminution de 50 % du nombre de visites à leurs services des urgences en juin (après la création de l'Alliance).

Le tableau 8.6 illustre l'ensemble des changements dans le nombre des visites aux services des urgences selon les cotations de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG).

Dans l'ensemble, au cours de la période de quatre mois, le nombre de visites aux services des urgences selon le niveau 1 de l'ÉTG (les cas les plus urgents) a augmenté de 3 % dans les hôpitaux de la RGT et de 12 % dans les hôpitaux de Toronto. Le nombre de visites aux services des urgences selon le niveau 5 de l'ÉTG (les cas les moins urgents) a diminué de 35 % dans les hôpitaux de la RGT et de 39 % dans les hôpitaux de Toronto.

T A B L E A U 8 . 6

Réduction du nombre de visites aux services des urgences en 2003 par rapport à 2002, selon la cotation de l'échelle canadienne de triage et de gravité, dans les hôpitaux de soins de courte durée de Toronto et de la RGT, par mois

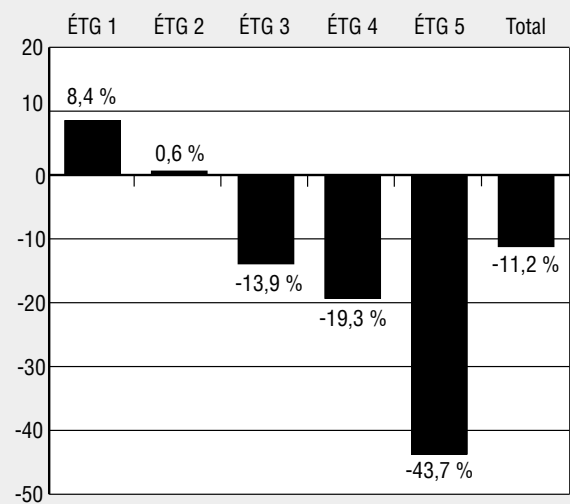


Comme on pouvait s’y attendre, c’est dans le nombre de visites aux services des urgences que la baisse a été la plus ressentie pour les visites qui auraient pu vraisemblablement être considérées comme non urgentes. Il est impossible de savoir si les patients qui auraient normalement été admis et auraient reçu des soins aux services des urgences ont été traités ailleurs, p. ex., dans un cabinet de médecin de famille, dans une clinique médicale sans rendez-vous, ou s’ils n’ont pas reçu de soins. Le fait de ne pas avoir eu accès aux données du RAMO sur les services de médecins a nui à l’analyse.

En ce qui a trait aux patients et aux personnes atteintes de maladie mentale, ils accèdent à l’hôpital le plus souvent par le service des urgences⁵. On pourrait s’attendre à ce que les patients les plus gravement atteints, qui devraient être admis à l’hôpital pour un traitement définitif, continuent à se rendre au service des urgences et continuent d’être admis en tant que malades hospitalisés. Le tableau 8.7 montre que malgré une baisse de 11,2 % dans le nombre d’admissions aux services des urgences au cours des quatre mois de 2003 par rapport aux mêmes quatre mois de 2002, cette baisse est attribuable exclusivement à la diminution de l’admission des patients présentant les cas les moins urgents. Les admissions de patients selon la cotation 1 de l’ÉTG (réanimation) ont augmenté de 8 % et les admissions de patients selon la cotation 2 de l’ÉTG (soins très urgents) sont demeurées constantes.

T A B L E A U 8 . 7

Réduction des admissions de patients aux services des urgences en 2003 par rapport à 2002, selon la cotation de l'échelle canadienne de triage et de gravité, pour les hôpitaux de soins de courte durée de Toronto et de la RGT



La réduction des admissions aux services des urgences est la plus élevée pour les visites cotées 3, 4 et 5 selon l’ÉTG. Cela signifie que l’épidémie du SRAS et les restrictions imposées aux services hospitaliers ont mené à des changements dans les seuils d’admissions des patients et que les patients qui auraient normalement été admis ne l’ont pas été.

La présente étude n’évalue pas l’impact de la réduction du nombre de visites aux services des urgences sur la santé de la population, non plus qu’elle n’indique si les patients qui s’y seraient normalement présentés ont été en mesure de recevoir des soins appropriés ailleurs. Les réductions soutenues du nombre de visites aux services des urgences au cours de la crise indiquent que les services des urgences de Toronto et de la RGT ont traditionnellement composé avec un grand nombre de visites pour des soins ambulatoires qui pourraient être offerts dans le cadre d’un système de soins primaires réformé et que lorsque des moyens de dissuasion ont été adoptés pour diminuer le nombre de visites aux services des urgences, ce nombre a diminué.

5 En 2001-2002, 68 % des admissions de patients et 81 % des admissions de personnes atteintes de maladie mentale dans les hôpitaux de la RGT et de Toronto se sont faites au service des urgences.

8C.2 Nombre des opérations chirurgicales

Dans le cadre du sondage, les hôpitaux ont dû fournir le nombre de chirurgies (chirurgies ambulatoires, cas d'opération chirurgicale non urgente pour les malades hospitalisés, cas d'opération chirurgicale urgente pour les malades hospitalisés) pour les mois de mars, avril, mai et juin 2002 et 2003. Les analyses présentées ici comparent le nombre de chirurgies en 2003 avec celui de 2002 pour la période de quatre mois.

De tous les cas des chirurgies ambulatoires dans tous les hôpitaux de Toronto et de la RGT, 98,2 % sont considérés comme non urgentes. Lorsque les directives visant à limiter l'activité aux patients gravement atteints ont été émises, les chirurgies ambulatoires et les visites aux unités de soins ambulatoires ont été les premiers services à être réduits ou éliminés. Le tableau 8.8 illustre la réduction du nombre de chirurgies ambulatoires de 2002 à 2003.

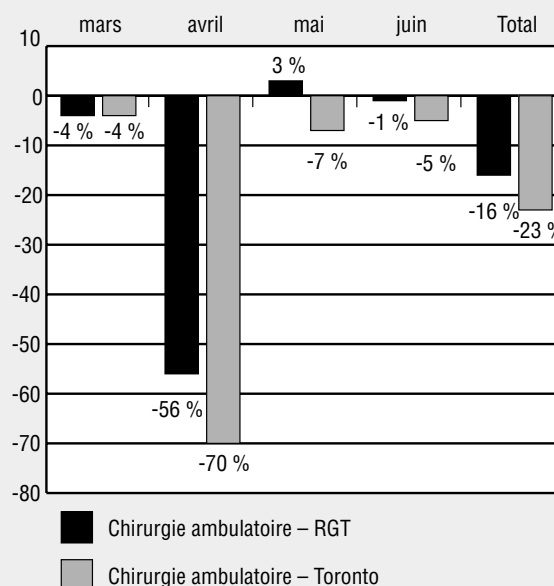
En avril 2003, le nombre des chirurgies ambulatoires a chuté de 56 % dans les hôpitaux de la RGT et de 70 % dans les hôpitaux de Toronto, par rapport à avril 2002. En mai 2003, le nombre de chirurgies ambulatoires dans les hôpitaux de la RGT a grimpé à un niveau de 3 % supérieur à l'année précédente. Le nombre de chirurgies ambulatoires dans les hôpitaux de Toronto en mai n'était que de 7 % sous le niveau de l'année précédente. Il semble que la deuxième vague de cas de SRAS ait eu des répercussions limitées sur le nombre de chirurgies ambulatoires, soit 1 % de moins seulement dans les hôpitaux de la RGT et 5 % de moins dans les hôpitaux de Toronto, par rapport à l'année précédente. C'est en avril que s'est produite une grande partie de l'arriéré des chirurgies ambulatoires.

Le tableau 8.9 illustre les conséquences de l'épidémie de SRAS sur le nombre d'opérations chirurgicales non urgentes de malades hospitalisés dans les hôpitaux de Toronto et de la RGT. En avril, les réductions du nombre d'opérations chirurgicales ont été plus importantes dans les hôpitaux de Toronto, mais la baisse de pourcentage n'a pas été aussi importante que pour les chirurgies ambulatoires, à la fois dans les hôpitaux de la RGT et de Toronto.

Bien que le nombre d'opérations chirurgicales non urgentes de malades hospitalisés dans les hôpitaux de la RGT en mai indique une hausse importante par rapport à avril, il a été de 13 % inférieur à celui de l'année précédente. En juin, la diminution du nombre d'opérations chirurgicales non urgentes de malades hospitalisés dans les hôpitaux de la RGT a été encore plus importante, soit 21 % sous le niveau de l'année précédente. La même situation s'est produite dans les hôpitaux de Toronto, le nombre d'opérations chirurgicales non urgentes de malades hospitalisés s'étant situé à 15 % sous le niveau de l'année précédente en mai, et de façon encore plus marquée, soit 24 % en juin.

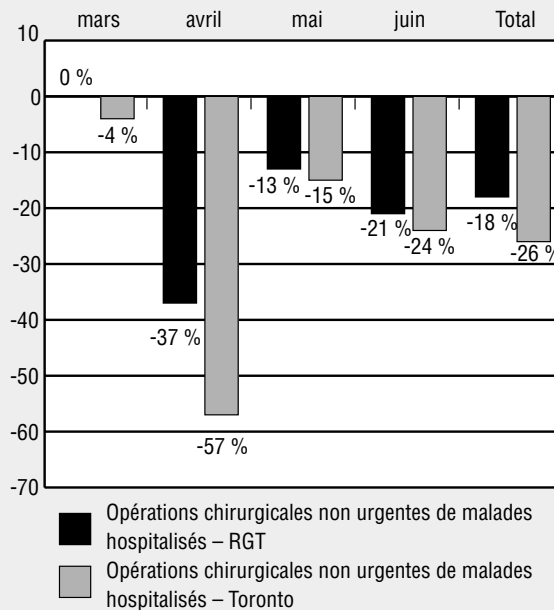
T A B L E A U 8 . 8

Réduction du nombre de chirurgies ambulatoires de 2002 à 2003, par mois et par lieu d'hôpital



T A B L E A U 8 . 9

Réduction du nombre d'opérations chirurgicales non urgentes de malades hospitalisés de 2002 à 2003, par mois et par lieu d'hôpital



Ainsi, au cours de la première vague de SRAS (en avril), la diminution du nombre de chirurgies ambulatoires a été plus importante que la diminution des opérations chirurgicales non urgentes de malades hospitalisés, tandis qu'en mai et en juin le nombre de chirurgies ambulatoires est presque revenu à la normale, alors que le nombre d'opérations chirurgicales non urgentes de malades hospitalisés est demeuré à la baisse. Le manque de capacité en soins intensifs dans les hôpitaux pourrait expliquer la situation, puisque les cas complexes non urgents de malades hospitalisés (p. ex., la plupart des chirurgies cardiaques, des chirurgies thoraciques, des neurochirurgies, etc.) sont plus susceptibles de nécessiter un séjour aux soins intensifs.

Les patients hospitalisés devant subir une chirurgie urgente devraient se classer dans la catégorie des malades gravement atteints, auxquels on accorderait la priorité, ce qui aurait pour conséquence une faible réduction du nombre de cas causée par les restrictions liées au SRAS. Le nombre d'opérations chirurgicales urgentes pour chacun des quatre mois se situait en général dans les 10 % par rapport au nombre de l'année précédente. Pour les hôpitaux de la RGT, le nombre d'opérations chirurgicales urgentes était en fait plus élevé que celui de l'année précédente au cours de trois des quatre mois (et de seulement 1 % plus faible en mai). Pour les hôpitaux de Toronto, le nombre d'opérations chirurgicales urgentes a été plus élevé au cours de la première vague de SRAS, mais plus faible au cours de la deuxième vague. Le plus grand nombre d'opérations chirurgicales urgentes peut s'expliquer par le reclassement des patients par les hôpitaux de cas non urgents à cas urgents, par l'augmentation des activités d'une année à l'autre ou par une variation aléatoire.

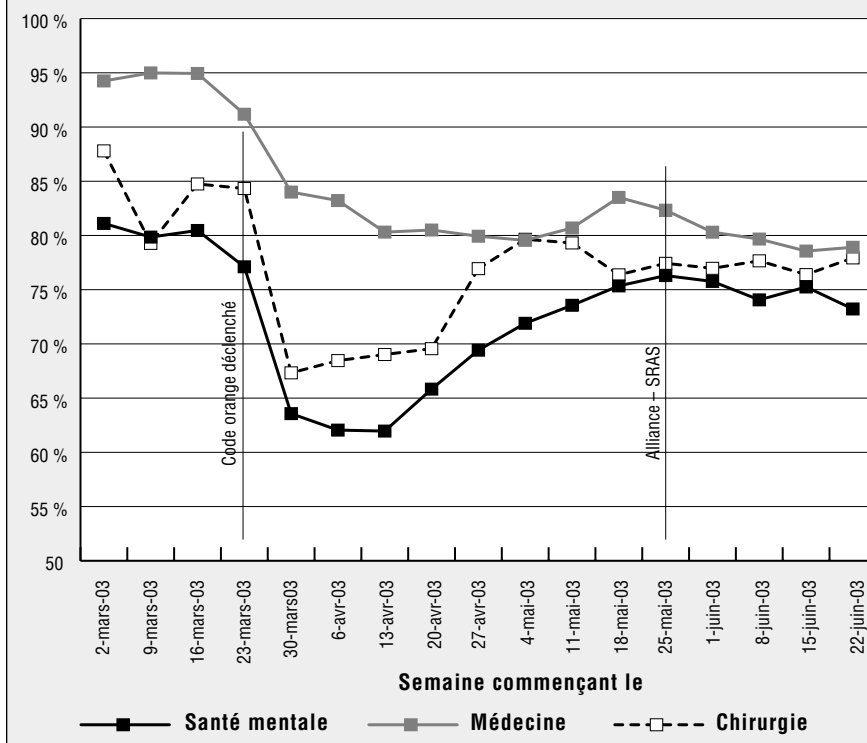
8C.3 Jours d'hospitalisation et taux d'occupation

L'OMH a fourni des recensements quotidiens et le nombre de lits, par type de lit, dans les hôpitaux de la RGT et de Toronto pour mars, avril, mai et juin 2003⁶.

⁶ Au moment de la préparation du présent rapport, les hôpitaux de Toronto et de la RGT n'avaient pas tous fourni des données relatives à leur taux d'occupation pour juin 2003. Seuls les hôpitaux qui ont communiqué des données complètes pour l'ensemble des quatre mois sont inclus dans l'analyse. Des données n'ont pas été fournies pour juin 2003, pour quatre hôpitaux de soins de courte durée – Toronto East General, St. Joseph's Health Centre, Sunnybrook and Women's, et St. Michael's Hospital (lequel faisait partie de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS).

T A B L E A U 8 . 1 0

Taux d'occupation des lits en médecine, en chirurgie et en santé mentale dans les hôpitaux de la RGT et de Toronto, par semaine – 2003



Le tableau 8.10 illustre les changements dans le taux d'occupation des lits en médecine, en chirurgie et en santé mentale du début de mars à la fin de juin.

Les barres verticales dans le tableau 8.10 indiquent la date à laquelle le Code orange a été déclenché et la date à laquelle l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS a été créée.

Au début de mars 2003, la moyenne du taux d'occupation des lits en médecine a été de 95 %. Le taux élevé d'occupation (plus de 90 %) des lits en médecine s'explique par le déplacement de patients dans d'autres services et par le transfert plus fréquent de patients entre les services. Ce déplacement des patients d'une unité à l'autre, et parfois de façon temporaire dans des unités où le personnel peut ne pas être familier avec les soins nécessaires à prodiguer peut créer des difficultés sur le plan de la prévention des infections.

Au cours de la première vague de SRAS, le taux d'occupation des lits en médecine a baissé à 80 %. Il s'est rétabli à presque 85 % à la mi-mai, mais a connu de nouveau une baisse à 80 % au cours de la deuxième vague de SRAS.

Au début de mars 2003, le taux d'occupation des lits en chirurgie était de 88 % diminuant à 80 % au cours des vacances d'hiver scolaires de l'Ontario. Il est passé de 85 % juste avant le déclenchement du Code orange à 68 % immédiatement après le déclenchement. De la fin avril jusqu'à la fin juin, le taux d'occupation des lits en chirurgie est demeuré entre 75 et 80 %.

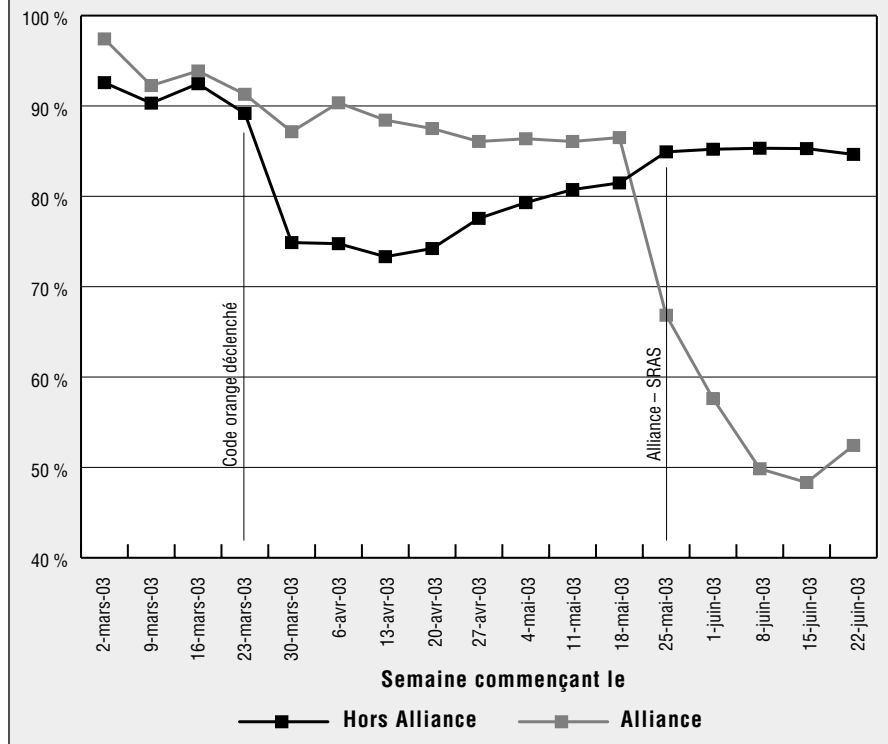
Le taux d'occupation des lits en santé mentale est passé de 80 % avant la première vague de SRAS à 62 % à la mi-avril. Il a augmenté à 75 % à la mi-mai et s'est maintenu jusqu'à la fin de juin (alors qu'il a baissé légèrement à 73 %). La baisse du taux d'occupation des lits en santé mentale est surprenante puisque la plupart des admissions en santé mentale (94,5 %) sont considérées urgentes. Cette baisse est sans doute liée à la réduction des activités dans les services des urgences, puisque c'est là que se fait surtout l'admission des patients en santé mentale. Il n'a pas été possible, compte tenu des données disponibles, d'évaluer l'incidence sur les patients atteints de maladie mentale (ou patients éventuels) à la suite de la réduction des activités liées aux malades hospitalisés pour cause de maladie mentale.

À la suite du déclenchement du Code orange, les données indiquent que les répercussions les plus immédiates et les plus importantes ont été ressenties sur le taux d'occupation des lits en chirurgie. Le taux d'occupation des lits en santé mentale a également connu une importante diminution, surtout dans les hôpitaux communautaires de Toronto. La réduction des taux d'occupation des lits en médecine n'a pas été également rapide et également importante.

Le tableau 8.11 montre qu'avant la création de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS, les hôpitaux qui devaient faire partie de l'Alliance ont maintenu des taux d'occupation des lits plus élevés que les autres hôpitaux. Nous soulevons l'hypothèse que cela est dû au fait que deux des hôpitaux (soit St. Michael's et Sir William Osler) ont eu très peu de cas de SRAS au cours de la première vague et que l'hôpital Scarborough General a connu une surcharge en raison de la fermeture de la division Grace.

T A B L E A U 8 . 1 1

Taux d'occupation de l'ensemble des lits de soins de courte durée aux hôpitaux de la RGT et de Toronto par établissement de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS, par semaine – en 2003

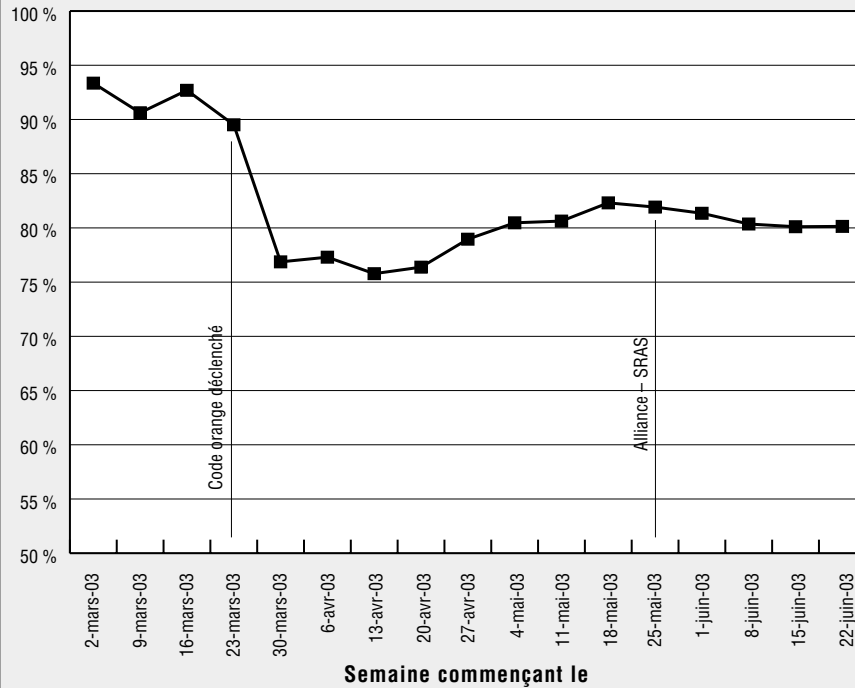


À la suite de la création de l'Alliance, le taux d'occupation des lits en général dans les hôpitaux de l'Alliance a diminué à 50 %. Un facteur important de la baisse des taux d'occupation dans les établissements faisant partie de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS a été la fermeture presque totale du North York General Hospital. Les données du St. Michael's Hospital (un des établissements de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS) n'étaient pas disponibles aux fins d'analyse. Parallèlement, les hôpitaux non-membres de l'Alliance ont été en mesure, en général, de maintenir un taux d'occupation de 85 % au cours de la deuxième vague de cas de SRAS.

Le tableau 8.12 montre qu'au cours de la deuxième vague de SRAS (et après la création de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS), le taux d'occupation des lits de soins de courte durée était d'environ 80 %, soit beaucoup plus faible que le taux susmentionné de 90 % au début de mars, mais plus élevé que le taux de 75 % au cours de la première vague de SRAS.

T A B L E A U 8 . 1 2

Taux d'occupation, en général, des lits de soins de courte durée dans les hôpitaux de la RGT et de Toronto, par mois – en 2003



Si le nombre d'opérations chirurgicales non urgentes dans les hôpitaux de Toronto et de la RGT en mars, avril, mai et juin 2003 avait été le même que pour les mois correspondant en 2002⁷, nous estimons qu'il y aurait eu 6 641 opérations chirurgicales de malades hospitalisés additionnelles et 17 828 chirurgies ambulatoires additionnelles. Plus de la moitié de l'arriéré d'opérations chirurgicales non urgentes de malades hospitalisés a été accumulé en avril 2003, au cours de la première vague de cas de SRAS et le Code orange. L'arriéré de chirurgies ambulatoires a été encore plus concentré, soit 85 % en avril.

Aux fins du calcul des coûts visant à éliminer cet arriéré, nous avons supposé que toutes les opérations chirurgicales non urgentes qui n'ont pas pu être réalisées au cours de l'épidémie de SRAS ont été reportées et devront l'être à un moment donné. Il ne sera peut-être pas nécessaire d'éliminer au complet l'arriéré de chirurgies puisque :

La tentative de limiter les répercussions du SRAS aux établissements de l'Alliance des hôpitaux de Toronto – SRAS, au cours de la deuxième vague de cas de SRAS, semble avoir eu pour effet d'éviter une réduction plus importante des activités des hôpitaux non-membres de l'Alliance, mais les hôpitaux non-membres de l'Alliance ont en fait été dans l'impossibilité de retrouver leurs niveaux d'occupation d'avant le SRAS.

8C.4 Arriéré de chirurgies non urgentes

Comme nous l'avons déjà vu, la plupart des admissions en médecine dans les hôpitaux de soins de courte durée sont urgentes et s'effectuent au service des urgences. La majorité des admissions en chirurgie sont non urgentes (tout comme la plupart des chirurgies ambulatoires). La présente analyse de l'arriéré de chirurgies dans les hôpitaux de Toronto et de la RGT porte donc sur les cas d'opérations chirurgicales non urgentes (à la fois ambulatoires et pour les malades hospitalisés).

- des patients n'ont peut-être plus besoin de subir de chirurgie (ayant plutôt choisi un traitement non chirurgical) ou ces patients ne sont peut-être plus des candidats aptes à la chirurgie;
- des patients peuvent avoir demandé et reçu leurs soins dans des hôpitaux à l'extérieur de Toronto et de la RGT;
- des médecins et patients peuvent réévaluer la pertinence de la chirurgie prévue (étant donné l'accès restreint), menant au retrait de certains patients des listes d'attente.

À l'aide des données de l'étude comparative annuelle de l'ICIS / du Hay Group de 2001-2002 pour les hôpitaux de Toronto et de la RGT, nous avons établi des profils de programmes cliniques pour les traitements non urgents des malades hospitalisés et pour les chirurgies ambulatoires. En appliquant la moyenne des coûts directs par cas type pondéré aux données sur les cas pondérées, nous avons évalué le coût direct des chirurgies reportées à 32,1 millions de dollars.

7 Nous avons supposé que sans le SRAS les niveaux d'activités en 2003 auraient été les mêmes que les niveaux d'activités en 2002. Cela n'aurait peut-être pas été le cas, puisque certains hôpitaux aux prises avec des contraintes budgétaires auraient envisagé de réduire leurs activités en 2003, alors que d'autres, dans le cadre de l'élargissement des programmes imposés par la Commission de la restructuration des services de santé, auraient pu envisager un accroissement de leurs activités.

Parmi les arriérés prévus les plus importants (en termes de coût) dans les secteurs de programme, mentionnons :

- la chirurgie générale (y compris une bonne partie de la chirurgie pour le cancer, 6,3 millions de dollars);
- la chirurgie orthopédique (5,2 millions de dollars);
- la chirurgie cardiothoracique (5,2 millions de dollars).

Cette analyse est fondée sur les coûts directs seulement. Certains coûts indirects (exclus du calcul des coûts directs) peuvent être considérés comme partiellement variables, ou tout au moins influencés par les changements dans le volume de soins directs (p. ex., la blanchisserie, l'entretien ménager, la gestion de l'équipement). Si 50 % des coûts indirects étaient ajoutés aux coûts indirects variables reconnus, l'évaluation totale du coût des chirurgies reportées passerait de 32,1 millions de dollars à 37,9 millions de dollars. Mais comme vous l'avons déjà mentionné, il s'avère peu probable qu'il soit nécessaire d'éliminer au complet l'arriéré de chirurgies.

Ce calcul porte surtout sur les chirurgies non urgentes reportées, mais il subsiste d'autres arriérés de travail comme les admissions en médecine non urgentes reportées et les tests de diagnostic ambulatoires reportés.

L'OMH a accordé 25 millions de dollars aux hôpitaux pour éliminer les cas reportés en raison de l'épidémie du SRAS. Ces fonds couvriront les coûts prévus de l'arriéré, mais pas tous les coûts prévus.

Le financement n'est pas le seul facteur qui influe sur la capacité des hôpitaux de Toronto et de la RGT à accroître leur niveau d'activités pour éliminer les arriérés de travail. Il existe d'autres contraintes, les voici :

- la capacité physique des hôpitaux (p. ex., le nombre de salles d'opérations, de lits);
- les pénuries de personnel (p. ex., le personnel infirmier des USI, les inhalothérapeutes);
- les répercussions sur l'efficacité et la productivité au moment d'assumer les nouvelles pratiques dites « normales » mises en place dans les hôpitaux de l'Ontario à la suite du SRAS.

De plus, s'il est nécessaire de payer des heures supplémentaires pour assurer la disponibilité du personnel afin d'appuyer les programmes élargis, les coûts unitaires par cas seront également plus élevés.

8D. Recommandations

Plusieurs des questions soulevées dans le cadre des entrevues, des groupes de réflexion, des sondages et des analyses ont déjà été abordées dans les chapitres précédents, c'est-à-dire le renforcement de l'infrastructure de la santé publique, une meilleure coordination entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, plus de transparence dans la gestion des épidémies au niveau des systèmes, les préparatifs d'urgence et l'intervention et leurs relations avec les urgences en matière de santé, la surveillance, les systèmes d'alerte et les problèmes de communication. Cependant, de nouvelles questions ont également surgi dont plusieurs sont propres aux soins de santé et à la santé publique aux niveaux local et régional. Les membres du Comité vivent, travaillent et paient des impôts dans différentes provinces du Canada. Plusieurs d'entre nous sommes administrateurs ou praticiens dans le domaine de la santé. Comme la teneur des chapitres précédents l'a montré, nous envisageons notre mandat dans une perspective nationale afin d'atteindre un esprit de collaboration entre tous les niveaux de la santé publique. Nous n'hésitons donc pas à formuler des recommandations portant sur des questions de soins de santé et de santé publique aux niveaux local et provincial. Par conséquent, le Comité propose les recommandations suivantes :

8.1 Les directeurs généraux d'hôpitaux et les régions sociosanitaires devraient veiller à ce qu'un Réseau régional des maladies infectieuses soit officiellement mis en place avec le mandat de concevoir et de superviser la mise en œuvre de stratégies dans les hôpitaux pour pouvoir intervenir en cas d'épidémies de maladies infectieuses. Ces réseaux établiraient des modèles de programmes de surveillance hospitalière des maladies infectieuses, programmes qui s'appliqueraient d'abord aux établissements pour devenir par la suite un programme national de surveillance de façon à intégrer l'information provenant des hôpitaux et des collectivités.

8.2 Dans le cadre de ses activités, le Réseau fédéral, provincial et territorial des préparatifs d'urgence et de l'intervention devrait examiner les mesures d'urgence provinciales et fédérales afin de s'assurer que tous les plans d'urgence établissent clairement les rapports hiérarchiques des mécanismes d'intervention, allant de l'intervention d'un seul ministre à celle de tout le gouvernement, et qui comportent des liens transversaux appropriés.

8.3 Les ministères provinciaux et les départements de santé devraient s'assurer que les plans d'urgence contiennent des dispositions prévoyant des indemnités appropriées pour les personnes qui sont tenues de répondre à l'urgence et pour celles qui sont touchées par elles.

- 8.4 Les ministères provinciaux et les services de santé devraient revoir leurs statuts et règlements de manière à obliger chaque hôpital ou région sociosanitaire à normaliser et à mettre à jour les protocoles de gestion des épidémies. Ces plans doivent comprendre des mécanismes permettant de transmettre l'information et les fournitures à l'extérieur du secteur hospitalier, notamment les médecins de soins primaires, le personnel paramédical et les professionnels de la santé communautaire.
- 8.5 Le directeur général de chaque hôpital ou région sociosanitaire devrait s'assurer que les interrelations des hôpitaux avec les autorités du Service de santé publique aux niveaux local et provincial sont clairement établies dans le protocole de chaque hôpital pour la gestion des épidémies.
- 8.6 Le directeur général ainsi que les chefs cliniques concernés de chaque hôpital ou région sociosanitaire devraient s'assurer que le personnel hospitalier reçoit une formation professionnelle permanente, surtout les prestataires de soins de santé de première ligne, afin de mieux les sensibiliser aux questions touchant les épidémies et les maladies infectieuses et le contrôle des infections en milieu hospitalier et clinique.
- 8.7 Les ministères provinciaux et les services de santé devraient s'assurer que tous les principaux dirigeants en matière de santé reçoivent une formation sur la façon de communiquer en situation de crise. Les directeurs généraux d'hôpitaux et de régions sociosanitaires devraient s'assurer à leur tour que les cliniciens en chef et les principaux administrateurs reçoivent également une formation sur la façon de communiquer en situation de crise et que l'organisation possède un protocole clairement défini pour communiquer l'information pertinente au personnel et recevoir ses observations, rapidement et de façon respectueuse et participative.
- 8.8 Les ministères provinciaux et les services de la santé publique devraient exiger, par règlement, et prévoir des fonds pour s'assurer que les services des urgences disposent des installations physiques pour isoler, contenir et gérer les cas de maladies infectieuses. Les services des urgences devraient également posséder l'infrastructure voulue pour faire partie du réseau de surveillance des maladies infectieuses, y compris la possibilité d'être informés éventuellement de toutes les alertes aux niveaux national et international.
- 8.9 Les ministères provinciaux et les services de santé publique devraient octroyer les fonds nécessaires à la modernisation pour satisfaire aux normes minimales en matière d'installations pour prévenir les infections dans les services des urgences.
- 8.10 Les ministères provinciaux et les services de santé devraient s'assurer que suffisamment de chambres d'isolement à pression négative sont disponibles dans chaque hôpital pour le traitement des patients atteints de maladies infectieuses.
- 8.11 Les ministères provinciaux et les services de santé devraient s'assurer qu'en situation d'urgence, au moins un hôpital dans chaque « région » d'une province possède suffisamment d'installations et autres infrastructures pour servir de centre régional stratégique en cas d'épidémies de maladies infectieuses.
- 8.12 Les ministères provinciaux et les services de santé devraient s'assurer que les systèmes sont élaborés de manière à permettre aux professionnels de la santé et au public de recevoir en temps opportun des informations et des directives exactes et cohérentes au cours d'une épidémie de maladie infectieuse.
- 8.13 Les dirigeants du Service de santé publique, les directeurs généraux responsables des installations et de la santé au niveau régional, en collaboration avec les représentants des syndicats, des associations professionnelles et les personnes intéressées devraient mettre en place un processus ou mécanisme pour faire participer les travailleurs de la santé publique et les professionnels de la santé de première ligne à la planification des épidémies de maladies infectieuses ou autres urgences en matière de santé. Dans le cadre de ce processus, la priorité devrait être accordée aux questions liées à la santé et à la sécurité au travail.
- 8.14 Les ministères de la santé provinciaux et territoriaux devraient inviter le Conseil canadien d'agrément des services de santé à collaborer avec les intervenants en cause pour renforcer les normes en matière de prévention des infections, les lignes directrices et outils – établis par les experts – qui s'appliquent aux services d'urgence de même qu'à la gestion des épidémies dans les établissements de soins de santé. Les normes devraient également comprendre des descriptions de l'expertise nécessaire pour assurer la prévention des infections en milieu hospitalier.

