



UN RÉCIT ACCABLANT

EXAMEN EXTERNE CONCERNANT LES ACTIONS DU GOUVERNEMENT DU
NUNAVUT SUIVANT LE DÉCÈS DE BÉBÉ MAKIBI À CAPE DORSET EN 2012

Katherine Peterson | NOVEMBRE 2015

UN RÉCIT ACCABLANT

RAPPORT FINAL

TABLE DES MATIÈRES

| | Page |
|--|------|
| Résumé | |
| Partie I Introduction | 1 |
| Partie II Soins de santé communautaire | 3 |
| Partie III Renseignements généraux | 7 |
| 1. Circonstances initiales | 7 |
| 2. Personnel et réponse du gouvernement | 9 |
| Partie IV Questions posées dans le mandat | 15 |
| 1. Le ministère de la Santé a-t-il un processus particulier pour effectuer un examen interne du traitement administratif d'un dossier? | 15 |
| 2. Si oui, le processus a-t-il été respecté? | |
| a) Signalement d'incidents critiques | 18 |
| b) Suivi et évaluation | 26 |
| 3. Quelles ont été les conclusions de | |

| | |
|--|----|
| l'examen interne effectué par le ministère de la Santé? | 28 |
| 4. Les politiques, procédures, exigences de formation, lignes directrices et normes en matière de soins infirmiers ainsi que le processus de gestion des plaintes du gouvernement du Nunavut ont-ils été respectés dans l'affaire Timilak? | 35 |
| a) Soins infirmiers et normes de soins infirmiers | 35 |
| b) Plaintes | 37 |
| i) Dépôt d'une plainte à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut | 38 |
| ii) Plaintes au Bureau des relations avec les patients | 38 |
| iii) Plaintes – Aspects généraux | 39 |
| 5. Les politiques, procédures, exigences de formation et lignes directrices concernant les relations avec les employés et la gestion de la qualité du travail ont-elles toutes été respectées et sont-elles toutes adéquates? | 41 |
| 6. Quelles sont les interactions et quels sont les mécanismes existants entre le ministère de la Santé, le ministère des Finances (Division des relations avec les employés), le ministère de la Justice, le Bureau du coroner en chef et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut | |

| | |
|---|----|
| concernant les plaintes et les enjeux relatifs aux infirmières autorisées? | 44 |
| a) Le ministère de la Santé et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut | 44 |
| b) Le ministère de la Santé et le Bureau du coroner en chef | 46 |
| c) Le ministère de la Santé et le ministère des Finances (Division des relations avec les employés) | 47 |
| d) Le ministère de la Santé et le ministère de la Justice | 48 |
| 7. Comment le gouvernement du Nunavut peut-il améliorer les procédures pour que le système de réception et de gestion des plaintes relatives aux soins infirmiers soit plus réactif? | 50 |
| a) Processus de plaintes | 50 |
| b) Gestion du personnel de la santé | 52 |
| c) Le rôle du Bureau des relations avec les patients | 53 |
| d) L'infirmière en chef | 53 |
| 8. Comment le gouvernement du Nunavut peut-il accroître la transparence de ses communications avec le public et les parties concernées à la suite d'incidents, tout en respectant ses obligations en vertu de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée?</i> | 55 |
| Partie V Conclusion générale | 56 |

| | |
|----------|---------------------------------|
| Annexe 1 | Mandat |
| Annexe 2 | Liste des personnes interrogées |
| Annexe 3 | Chronologie des événements |
| Part VI | Recommandations |

EXAMEN EXTERNE CONCERNANT LES ACTIONS DU GOUVERNEMENT DU NUNAVUT SUIVANT LE DÉCÈS DE BÉBÉ MAKIBI À CAPE DORSET (NUNAVUT)

UN RÉCIT ACCABLANT

RÉSUMÉ

1. Renseignements généraux

Un parent de bébé Makibi a téléphoné au Centre de santé de Cape Dorset dans la soirée du 4 avril 2012 vers 21 h. C'est l'infirmière McKeown qui a répondu à l'appel. Le parent s'inquiétait du fait que l'état du nourrisson ne se stabilisait pas. L'infirmière McKeown lui a recommandé de donner un bain au bébé et de l'amener au centre de santé le lendemain. Les parties ne s'entendent pas quant au nombre de questions posées par l'infirmière sur l'état du nourrisson pendant l'appel. Plusieurs heures plus tard, Makibi a été conduit d'urgence au centre de santé, car il ne répondait plus à aucun stimulus. Il n'a pu être ranimé.

Le premier rapport du coroner en chef d'avril 2012 attribue le décès au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Or, un second rapport en juillet 2012 indique plutôt que le décès du bébé était lié à une infection pulmonaire disséminée. En octobre 2015, le SMSN a de nouveau été désigné comme étant la cause du décès.

Tous les incidents critiques doivent être signalés sans délai conformément aux lignes directrices du *Community Health Administration Manual*. Après la publication d'un rapport d'incident critique, il faut notamment réaliser une enquête, un examen, une évaluation et une analyse des causes fondamentales, et adopter des mesures correctives.

Avant ce décès, des infirmières s'étaient plaintes par écrit au ministère de la Santé des activités du Centre de santé de Cape Dorset. Des plaintes avaient également été déposées directement auprès du gouvernement du Nunavut au

sujet des activités du centre et des traitements prodigués par le personnel. De plus, une infirmière s'est plainte à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut tant des activités du centre que de problèmes cliniques.

L'Association ne peut pas, pour des raisons de confidentialité, communiquer avec d'autres personnes que le plaignant et la partie visée pendant le traitement d'une plainte. Elle a imposé des restrictions au droit de pratique de l'infirmière McKeown en juin 2012 lui interdisant de fournir des soins à des enfants de moins de 10 ans.

2. Actions du ministère de la Santé suivant le décès

Le ministère de la Santé a mené une enquête après que Gwen Slade eut déposé une plainte de harcèlement en juin 2012. Selon les résultats préliminaires, il y avait bel et bien eu harcèlement, et une enquête complète était de mise. Il a cependant été impossible de déterminer si l'enquête demandée avait bien eu lieu. Le sous-ministre de l'époque a préparé et signé une réprimande écrite adressée à M^{me} McKeown au nom du Ministère. Encore ici, il a été impossible de déterminer si M^{me} McKeown avait bel et bien reçu cette réprimande.

Le décès n'a pas été signalé comme un incident critique et n'a pas fait l'objet d'une enquête à ce titre, ce qui contrevient aux exigences du *Community Health Administration Manual*. Aucune enquête ou évaluation n'a donc été menée immédiatement après la tragédie.

Lorsque des restrictions au droit de pratique ont été imposées à M^{me} McKeown en juin 2012, rien n'a été consigné dans les dossiers du Bureau régional à ce sujet, et aucune mesure ne semble avoir été prise pour assurer le respect de ces conditions.

Le ministère de la Santé n'a enquêté sur le cas Timilak ni au moment du décès, ni lors de l'imposition de restrictions au droit de pratique de M^{me} McKeown, ni ultérieurement. À l'été 2013, le Bureau régional a mené une enquête concernant de nouvelles plaintes de harcèlement soumises par de nouveaux employés du

Centre de santé de Cape Dorset. Le ministère de la Santé n'a donc pas entrepris d'examen systémique ou d'enquête sur les circonstances entourant le décès de bébé Makibi.

Voici les raisons pour lesquelles, vraisemblablement, aucune enquête en bonne et due forme n'a été menée rapidement concernant cette affaire :

- Les fonctionnaires responsables n'ont pas signalé le décès ni enquêté comme l'exige le *Community Health Administration Manual*.
- La communication entre la directrice régionale de Baffin Sud et le Bureau régional était inexistante.
- Aucune mesure n'a été prise, avant le décès du petit Makibi, pour résoudre les problèmes rencontrés au Centre de santé de Cape Dorset, qui étaient connus du Bureau régional et de la directrice régionale de Baffin Sud en 2012.

Règle générale, l'intervention du Bureau régional et du ministère de la Santé par rapport au cas de bébé Makibi semble découler de pressions externes, et non de mesures de contrôle internes.

Les processus d'évaluation régulière de la qualité du travail ou de tenue de registres sur les plaintes et les mesures disciplinaires visant les infirmières sont pour ainsi dire inexistants. Même lorsqu'il y en a, ils sont désorganisés et décousus. C'est pourquoi la Division des relations avec les employés avait peu de moyens à sa disposition pour discipliner l'infirmière Debbie McKeown ou la renvoyer.

Principales conclusions de l'examen externe

1. Deux des politiques du *Community Health Administration Manual* exigent la réalisation d'un examen clinique pour les nourrissons de moins d'un (1) an. L'infirmière McKeown n'a pas suivi ces consignes lorsque la mère de bébé Makibi a appelé le centre de santé le 4 avril 2012. L'examen externe ne vise pas à déterminer si le respect des politiques aurait permis de sauver bébé Makibi, et l'auteur n'a pas les compétences requises pour ce faire.

2. Il existe une procédure de signalement des incidents critiques et un processus d'enquête connexe. L'infirmière de garde, Debbie McKeown, a fait rapport à la directrice régionale de Baffin Sud (Heather Hackney), qui a elle-même préparé une note d'information sur l'incident où elle indique en avoir envoyé une copie au Bureau régional. Cependant, il n'y a eu aucune enquête de suivi, analyse des causes fondamentales, rencontre avec la famille, collecte de documents, ou déclaration de témoins.
3. Il y a un processus établi de suivi et d'évaluation des activités des centres de santé, lequel comprend des visites annuelles, des évaluations de la qualité du travail, et un examen de la relation avec la collectivité. Soit ce processus n'a pas été utilisé, soit celui-ci a été appliqué de manière sporadique et n'a pas été consigné.
4. Les bureaux de district et régionaux ne disposent pas de processus défini d'enquête ou de traitement des plaintes ciblant l'accès aux soins infirmiers ou les compétences des infirmières.
5. L'enquête menée par le Bureau régional à Cape Dorset à la fin de l'été 2013 faisait suite à une nouvelle plainte de harcèlement visant Debbie McKeown, et non au décès de bébé Makibi. L'affaire n'a été traitée que de façon secondaire dans le cadre de l'enquête.
6. Le ministère de la Santé n'a pas fait enquête sur le cas de bébé Makibi au moment du décès ou ultérieurement, et ce, malgré le fait que le Bureau régional était au courant du décès, des difficultés rencontrées au Centre de santé de Cape Dorset et des restrictions imposées au droit de pratique de Debbie McKeown (interdiction de fournir des soins pédiatriques). La seule enquête visant spécifiquement le décès du petit Makibi a été un examen de dossier réalisé à l'automne 2012.
7. Le Centre de santé de Cape Dorset a promu Debbie McKeown superviseure, même en connaissant les restrictions imposées à son droit de pratique à ce

moment, et les problèmes soulevés par le passé au sujet de sa conduite en milieu de travail.

8. Il n'existe aucune documentation sur l'évaluation du personnel, les mesures disciplinaires et les enquêtes en vue d'établir les faits. Le Bureau régional, la Division des ressources humaines et la Division des relations avec les employés n'ont pas non plus de documentation à ce sujet, ni même de correspondances. Vu ce manque de consignation, il y avait peu de moyens de discipliner Debbie McKeown ou de la renvoyer.
9. La communication des données et des actions est déficiente entre les différentes instances de soins de santé et au sein de celles-ci. Ces instances sont le ministère de la Santé, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, la Division des ressources humaines, la Division des relations avec les employés et le Bureau du coroner en chef. Le manque de communication se traduit en des interventions décousues et peu coordonnées lors de situations critiques.
10. Les rapports discordants du coroner en chef sur la cause du décès du petit Makibi ont fait douter la collectivité de Cape Dorset des faits et des avis médicaux tout en attisant méfiance et colère. Plusieurs versions contradictoires des événements ont circulé, ajoutant à la confusion. Le meilleur moyen de remédier à la situation est de mener une enquête officielle sur cette affaire dans la collectivité.
11. La collectivité de Cape Dorset continue d'être à couteaux tirés avec le centre de santé. Cette animosité se présente sous forme de méfiance, de colère et, parfois, de comportements inappropriés des patients au centre. Le décès de bébé Makibi n'est pas étranger à cette situation, mais d'autres facteurs sont aussi en cause, comme les traumatismes historiques, les dysfonctions familiales et les problèmes de toxicomanie.
12. Le Bureau régional, tant par ses actions que ses négligences dans l'affaire du centre de santé de Cape Dorset, manifeste un manque de connaissances et d'engagement dans les dossiers ayant une grande importance aux yeux

des membres de la collectivité de Cape Dorset. Il a notamment omis d'enquêter sur le décès de bébé Makibi, comme il est exigé dans le *Community Health Administration Manual*.

Principales recommandations

1. Il faut modifier la structure du ministère de la Santé :
 - Tous les employés d'un centre de santé doivent relever d'une seule voie hiérarchique.
 - Le poste d'infirmière en chef doit devenir permanent et disposer des ressources nécessaires pour assumer un mandat élargi.
 - Le ministère de la Santé doit s'occuper, le cas échéant, des mesures disciplinaires et du renvoi des employés de centres de santé.
 - Il faut instaurer un système de reddition de compte à deux volets pour les incidents critiques.
 - Il faut établir des politiques de communication avec les ministères concernés en ce qui a trait au traitement des plaintes et à la présentation des rapports connexes.
2. Les centres de santé doivent définir et mettre en place une procédure de traitement des plaintes.
3. Il faut mener une enquête sur le décès de bébé Makibi.
4. Il faut réévaluer les besoins en personnel des centres de santé et du Bureau régional pour alléger la charge de travail trop importante et faire correspondre compétences et besoins de la collectivité.
5. Le personnel infirmier doit bénéficier d'une orientation adaptée sur le plan culturel le plus rapidement possible, de moments de répit, et de mentorat par les pairs. Les infirmières doivent également autoriser l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut à divulguer des renseignements sur leurs antécédents, ainsi que les plaintes ou enquêtes en cours les concernant et leur issue.

6. Le présent rapport et les actions du gouvernement du Nunavut prises en conséquence doivent être rendus publics. Les représentants des ministères doivent être à la disposition de la collectivité pour lui donner des explications et discuter du rapport et de ses recommandations.

EXAMEN EXTERNE CONCERNANT LES ACTIONS DU GOUVERNEMENT DU NUNAVUT SUIVANT LE DÉCÈS DE BÉBÉ MAKIBI À CAPE DORSET, AU NUNAVUT

« UN RÉCIT ACCABLANT »

Partie I INTRODUCTION

Le 5 avril 2012, un bébé nommé Makibi Timilak est décédé à Cape Dorset, au Nunavut, à l'âge de trois mois. Le cas a d'abord été étudié par la coroner en chef du Nunavut, qui a attribué le décès de l'enfant en bonne santé au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)¹. On a par la suite affirmé que le décès était dû à une infection pulmonaire disséminée². Plus récemment (en octobre 2015), le SMSN a de nouveau été désigné comme étant la cause du décès³. Ces circonstances, entre autres, ont donné lieu à une demande d'examen externe de la part de la ministre de la Santé de l'époque, Monica Ell.

Le mandat de cet examen externe, demandé le 23 février 2015, se trouve à l'annexe 1 du présent rapport. Même si le mandat renvoie principalement aux événements **qui ont suivi** le décès de bébé Makibi, les circonstances **qui ont précédé** le décès sont également très importantes et ne peuvent être exclues de l'analyse des faits. En outre, les contrastes entre les rapports du Bureau du coroner en chef sur la cause du décès soulèvent de vives préoccupations.

Dans le cadre de l'examen, j'ai interrogé des personnes qui m'ont renseignée sur les événements qui sont survenus avant et après ce tragique décès. La liste des personnes interrogées se trouve à l'annexe 2 du présent rapport. La plupart des entrevues ont été effectuées en personne, et d'autres ont été faites au téléphone (des précisions à ce sujet

¹Rapport du coroner, 11 avril 2012.

²Rapport du coroner, 24 juillet 2012, Rapport supplémentaire du coroner; Enregistrement des décès, 13 septembre 2012.

³Opinion de la médecin S. Phillips, Services de biologie médicale, Centre des sciences de la santé, Winnipeg, Manitoba, 27 juillet 2015, Rapport des coroners, 20 octobre 2015.

sont données dans l'annexe). Debbie McKeown, une infirmière travaillant au Centre de santé communautaire de Cape Dorset au moment du décès, a refusé d'être interrogée et de participer à l'examen. Le motif que M^{me} McKeown a invoqué lors de son refus était la poursuite qu'elle avait intentée concernant des procédures disciplinaires professionnelles.

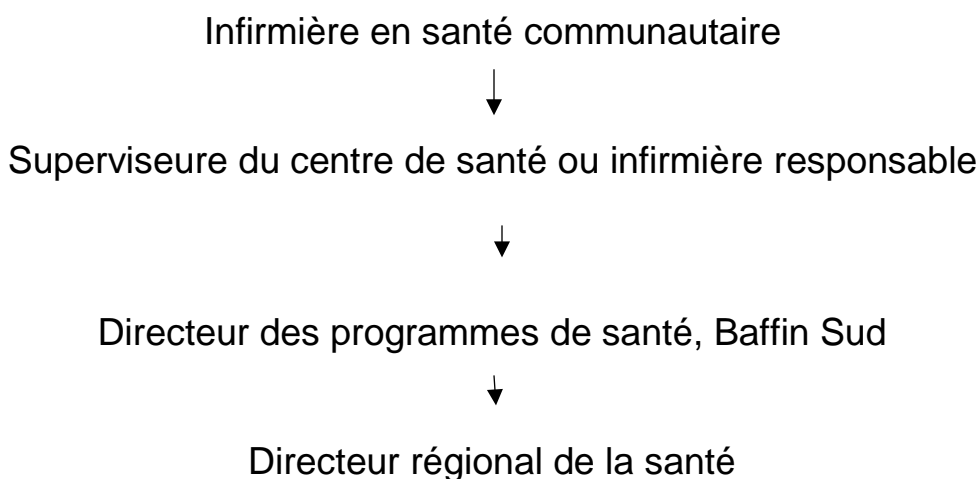
Nous avons également étudié différents documents lors de la préparation de ce rapport, notamment ceux émis en réponse à différentes demandes relatives à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (LAIPVP), de même que des documents de référence, comme les politiques et les procédures et les dossiers du ministère de la Santé, des dispositions législatives et d'autres documents pertinents. Dans tous les cas, les représentants du ministère de la Santé ont fourni des documents et des renseignements rapidement au besoin.

Le présent rapport ne vise pas à incriminer une personne ou un groupe de personnes, mais plutôt à mettre en lumière les circonstances et les processus en place au moment de l'événement et à formuler des recommandations qui pourraient empêcher qu'une tragédie semblable se répète.

Nombreux sont ceux qui ont donné généreusement de leur temps, ont fait part de leurs conseils et de leurs points de vue dans le cadre de la préparation du présent rapport, et j'espère que ceux-ci ont bien été analysés et rapportés. Ce rapport n'aurait pas pu voir le jour sans cette participation, et je souhaite remercier toutes les personnes qui y ont contribué. Plusieurs d'entre elles l'ont d'ailleurs fait malgré des circonstances personnelles douloureuses ou des situations professionnelles difficiles à vivre. Je remercie tout particulièrement Neevee Akesuk et Luutaaq Qaumaqiaq, les parents du petit Makibi, qui ont accepté de me rencontrer à Cape Dorset en présence de leur conseiller juridique. Leurs commentaires et leurs points de vue se sont avérés extrêmement précieux.

PARTIE II SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Au Nunavut, les soins de santé sont gérés par le ministère de la Santé, avec la participation du ministère des Finances pour les questions relatives aux relations avec les employés. À l'échelle communautaire, les soins de santé sont offerts dans les centres de santé communautaire, dont la taille varie selon la population servie. Ces centres offrent des soins continus, des soins d'urgence et des programmes de santé communautaire, comme des programmes de vaccination. Un centre de santé communautaire est généralement doté de personnel administratif, de personnel technique (pour le fonctionnement de l'équipement, comme les appareils d'imagerie), de personnel responsable des soins à domicile et de santé mentale ainsi que d'infirmières. Le personnel infirmier est constitué d'une superviseure du centre de santé (parfois appelée infirmière responsable) et d'infirmières en santé communautaire. L'infirmière responsable d'un centre de santé communautaire relève du directeur des programmes de santé de la région, qui, lui, relève du directeur régional de la santé.



En général, les soins infirmiers sont offerts par trois catégories d'infirmières : les employées nommées pour une période indéterminée (personnel permanent à temps plein du gouvernement du Nunavut), les employées occasionnelles (employées du gouvernement du Nunavut) et les infirmières d'agences. Les infirmières d'agences sont engagées auprès d'agences du Sud pour des contrats à court terme. De nombreuses infirmières d'agences ont travaillé dans différentes collectivités du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest durant de longues périodes.

Les régimes de rémunération diffèrent grandement selon la catégorie d'infirmières. Par exemple, les infirmières d'agence se font payer leur transport entre leur lieu de résidence (généralement dans le sud du Canada) et leur lieu de travail, ainsi que leur logement dans la collectivité dans laquelle elles offrent des services de soins infirmiers. Toutefois, elles ne touchent pas d'avantages sociaux comme des pensions de retraite dans le cadre de ces contrats. Les pratiques actuelles du gouvernement du Nunavut font en sorte que les affectations à court terme dans les collectivités sont plus avantageuses pour les infirmières que les postes permanents. Les congés entre les contrats à court terme, les billets d'avion payés, les logements subventionnés et les indemnités de transport des marchandises font partie des avantages liés aux contrats à court terme. Ainsi, le ministère de la Santé a de la difficulté à attirer et à retenir les infirmières dans des postes permanents à long terme.

Le travail de toutes les infirmières du Nunavut (et de toutes les régions du Canada) est régi par une association des infirmières et des infirmiers autorisés. Dans le cas qui nous concerne, il s'agit de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Une infirmière doit posséder un permis d'exercice de cette association, et sa pratique professionnelle est encadrée par celle-ci. Les plaintes déposées auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut concernant la pratique clinique ou l'éthique d'un membre font l'objet d'un examen et peuvent entraîner des mesures disciplinaires, notamment la suspension du permis.

De façon générale, le Nunavut est aux prises avec une pénurie chronique d'infirmières qualifiées. Le recrutement et la rétention du personnel infirmier sont les problèmes les plus difficiles à résoudre en ce qui concerne la

prestation de soins de santé communautaire. Une grande partie des soins infirmiers, dans une proportion qui s'élève parfois à 40 %, sont offerts par des infirmières d'agence. En effet, les infirmières formées au Nunavut font face à de nombreux obstacles, par exemple en ce qui concerne les stages cliniques. La faible proportion des infirmières issues des populations inuit et formées au Nunavut découle d'une part du nombre peu élevé d'inscriptions au programme de soins infirmiers du Collège de l'Arctique du Nunavut et du faible taux d'obtention de diplôme, et d'autre part des difficultés qu'éprouvent les jeunes d'Iqaluit à s'engager à long terme dans un programme exigeant.

Comme c'est le cas dans les autres centres de santé communautaire, le champ d'activité du personnel infirmier du Centre de santé de Cape Dorset est très vaste. Puisqu'il n'y a aucun médecin qui réside dans la collectivité, l'assistance et les conseils sont prodigués par téléphone, par voie électronique et lors des visites périodiques des médecins. Ainsi, les infirmières qui pratiquent dans cet environnement doivent non seulement assurer le bien-être général de la population, mais peuvent aussi être appelées à intervenir dans des situations d'extrême urgence. Elles offrent des services à une population majoritairement inuit ayant une culture distincte et des aptitudes à la communication variables. Il s'agit d'un environnement de travail stressant et exigeant qui demande un éventail de compétences très variées. Par ailleurs, les membres du personnel infirmier vivent parfois ensemble dans des petits logements et se retrouvent, au travail comme à la maison, dans des conditions de promiscuité et d'isolement. Compte tenu des tâches et des conditions de travail, les infirmières doivent non seulement avoir des compétences professionnelles particulières, mais également se montrer empathiques et professionnelles. La charge de travail dans un centre de santé communautaire peut être colossale et contribuer à l'épuisement du personnel professionnel et administratif.

Par ailleurs, il se peut que les membres de la collectivité qui veulent se faire soigner au centre de santé communautaire soient confrontés à des barrières linguistiques et culturelles pouvant compromettre la compréhension et les soins. Le client doit avoir confiance en l'infirmière, en ses compétences et sa capacité à faire preuve de compassion, puisque ce lien de confiance fait partie intégrale de la relation de soins. Malheureusement, pour certains membres de la collectivité de Cape

Dorset, cette confiance a été fragilisée ou perdue en raison d'un mauvais accueil ou d'un manque de respect. De même, la confiance et la compassion des infirmières qui travaillent à Cape Dorset ont été tantôt ébranlées tantôt perdues après avoir traité des patients difficiles, exigeants ou irrespectueux. La relation entre les résidents de Cape Dorset et les membres du personnel du centre de santé continue d'être difficile, ce qui contribue au taux de roulement élevé du personnel, et au sentiment de colère et de frustration tant au sein de la population que chez le personnel du Centre.

PARTIE III RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Circonstances initiales

Makibi était le premier enfant de ses jeunes parents, qui résidaient dans la collectivité de Cape Dorset, au Nunavut. Cape Dorset est servi par un centre de santé achalandé où travaillent cinq infirmières et du personnel administratif.

La mère du petit Makibi a téléphoné au centre de santé dans la soirée du 4 avril 2012 vers 21 h. C'est Debbie McKeown, l'infirmière de garde, qui a répondu à l'appel. Les parties se contredisent sur les détails de la conversation, mais il apparaît clair que la mère a communiqué avec le centre de santé parce que l'état de son bébé la préoccupait, particulièrement parce que celui-ci ne se stabilisait pas. On lui a alors dit de donner un bain à son bébé et de venir au centre le lendemain matin pour un examen médical⁴. Le bébé n'a donc pas été examiné par l'infirmière de garde malgré des politiques claires du ministère de la Santé à cet égard :

[Traduction]

Politique 07-006-00 – Triage téléphonique

« Tous les patients doivent être évalués individuellement. Les personnes suivantes doivent être examinées en clinique :

...

2. Tous les nourrissons de moins d'un (1) an⁵. »

Politique 07-008-00 – Nourrissons gravement malades

« Tous les nourrissons de moins d'un (1) an doivent faire l'objet d'un examen complet à la clinique, que ce soit pendant ou après les heures d'ouverture normales⁶. »

La mère, Neevee, a ensuite allaité son bébé, après quoi ce dernier s'est calmé et s'est endormi en souriant⁷. Le bébé a dormi avec ses parents, couché sur le ventre puisque c'était la seule position dans laquelle il

⁴ Déclaration de Luutaaq Qaumagiaq à l'agent Lawson de la GRC.

⁵ *Community Health Administration Manual*, Telephone Triage, Policy 07-006-00.

⁶ *Community Health Administration Manual*, Nursing Practice, Policy 07-008-00.

⁷ Déclaration de Luutaaq Qaumagiaq à l'agent Lawson de la GRC.

dormait bien⁸. L'infirmière McKeown a appris que le petit Makibi s'était endormi autour de 22 h30 ou 23 h⁹¹⁰.

Plusieurs heures plus tard, Makibi a été conduit d'urgence au centre de santé, car il ne répondait plus à aucun stimulus. Il n'a pu être ranimé.

Le premier rapport de la coroner du 10 avril 2012 attribue le décès au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Or, un second rapport daté du 24 juillet 2012 indique plutôt que le décès du bébé était lié à une infection pulmonaire disséminée à cytomégalovirus avec atteinte bilatérale causant le décès subit du nourrisson¹¹ ». Dans le rapport supplémentaire, on précise que l'examen microscopique de tous les lobes des deux poumons révèle une congestion modérée à importante, et qu'il y avait des preuves d'infection à cytomégalovirus¹².

Le dernier rapport de la coroner (en date du 27 juillet 2015) s'appuie sur un avis médical et indique aussi que le SMSN serait la cause du décès¹³.

⁸ Déclaration de Luutaaq Qaumagialq à l'agent Lawson de la GRC.

⁹ Déclaration de Debbie McKeown à l'agent Lawson de la GRC.

¹⁰ Un certain nombre de détails ne concordent pas entre la version des parents et celle de l'infirmière McKeown, par exemple en ce qui concerne les symptômes signalés et l'endroit où le bébé dormait (dans un berceau ou pas).

¹¹ Rapport du coroner du 24 juillet 2012.

¹² Rapport supplémentaire contenant d'autres renseignements sur le défunt.

¹³ Opinion de la médecin S. Phillips, Rapport des coroners, 20 octobre 2015, *supra*.

2. Personnel et réponse du gouvernement

Voici quelques acteurs clés au moment du drame et dans les mois qui ont suivi :

| | |
|--|------------------|
| Sous-ministre de la Santé | Peter Ma |
| Directeur du Bureau régional de Baffin | Roy Inglangasuk |
| Directeur de la santé de la population, Baffin | Markus Wilke |
| Directrice des services de santé (fin du mandat en octobre 2012) | Virginia Turner |
| Directrice des services de santé, Baffin Sud (fin du mandat en mars 2013) | Heather Hackney |
| Directrice des services de santé (jusqu'en avril 2014) | Elise Van Schaik |
| Directrice de la pratique professionnelle | Barbara Harvey |
| Superviseure des programmes de santé, Cape Dorset | Susan Validen |
| Superviseure des programmes de santé, Cape Dorset | Lennie Sapach |
| Infirmière en santé communautaire, Cape Dorset | Debbie McKeown |
| Infirmière en santé communautaire, Cape Dorset | Karen Rae |
| Infirmière en santé communautaire, Cape Dorset | Gwen Slade |
| Coroner en chef | Padma Suramala |
| Infirmière superviseure clinique | Mary Bender |

Quelques-unes de ces personnes ont occupé des postes par intérim à différents moments. En effet, il n'était pas rare que le personnel du Bureau régional assume des responsabilités multiples à un moment donné et que des membres du personnel du Bureau de district fassent de même pour les postes régionaux. Les changements fréquents de titulaires pour les postes clés, comme le poste de directeur des services de santé, ont eu une influence sur la prestation des services et les processus dans une très large mesure.

Au moment du décès du petit Makibi, Lennie Sapach occupait le poste de superviseure du centre de santé (infirmière responsable), Debbie McKeown faisait partie du personnel infirmier et Gwen Slade avait déjà travaillé à Cape Dorset à titre d'infirmière occasionnelle. En outre, Heather Hackney était la directrice des services de santé de Baffin Sud.

Finalement, le personnel du Bureau régional était constitué de Roy Inglangasuk, de Virginia Turner et de Markus Wilke¹⁴.

Plus tôt à l'automne 2011, Karen Rae, qui travaillait comme infirmière au Centre de santé de Cape Dorset, a exprimé des préoccupations par rapport à son environnement de travail. À la demande de Heather Hackney, directrice des services de santé de Baffin Sud, ces préoccupations ont été communiquées par écrit, dans un courriel de neuf pages. On y retrouvait les allégations suivantes :

- Intimidation et harcèlement de la part de la superviseure du centre de santé de l'époque, Susan Validen;
- Manque de jugement, de soutien et de compétences en gestion de la part de Susan Validen;
- Comportement étrange et manque de compétences cliniques chez Susan Validen;
- Problèmes de sécurité pour le personnel infirmier;
- Un nourrisson prématuré qui recevait des soins au centre de santé a été amené par un des membres du personnel infirmier à une rencontre amicale;
- Présence d'invités inappropriés au centre de santé, qui boivent et socialisent avec le personnel du centre de santé;
- Favoritisme à l'égard de certains employés, particulièrement de Debbie McKeown¹⁵.

Ce long courriel contenait une impressionnante liste d'allégations troublantes, dont bon nombre, si elles s'avéraient fondées, auraient des conséquences non seulement sur le fonctionnement du centre de santé, mais aussi sur la qualité des soins et la compétence des personnes qui fournissaient ces soins.

Après la réception de ce courriel, une enquête en vue d'établir les faits a été menée par Heather Hackney, et Susan Validen a été remplacée par Lennie Sapach à titre de superviseure ou infirmière responsable du centre. Susan Validen a toutefois continué à travailler comme infirmière au centre de santé pendant quelques mois suivant sa destitution.

¹⁴ Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des membres du personnel du Bureau régional ni du centre de santé, mais seulement des personnes directement concernées par les événements.

¹⁵ Courriel de Karen Rae à Heather Hackney daté du 16 septembre 2011.

Bien qu'il soit clair que ces changements ont eu des conséquences positives immédiates sur ce qui semblait être un environnement de travail dysfonctionnel, de nombreux problèmes graves sont demeurés et ont malheureusement refait surface quelques mois après. Les allégations de harcèlement contre certains membres du personnel infirmier, dont Debbie McKeown, et les allégations relatives à la crédibilité, à l'éthique de travail, aux compétences, à la réceptivité aux préoccupations du personnel infirmier et à la qualité générale des soins prodigués n'ont pas cessé.

En janvier et en février 2012, de nouvelles préoccupations ont été formulées concernant la conduite des activités et le fonctionnement général du Centre de santé de Cape Dorset. Il est fort probable que des préoccupations semblables avaient été soulevées auparavant, même si aucun document à cet égard ne peut le prouver. L'absence de documentation à ce sujet pourrait être due au fait que les préoccupations avaient été formulées verbalement, ou bien parce que les documents en question n'ont pas été conservés. Cependant, il apparaît clair que des préoccupations ont été exprimées par Gwen Slade, qui était retourné travailler au centre en janvier 2012. Au total, quatre griefs (présentés au départ comme des plaintes) ont été déposés par Gwen Slade, en plus des plaintes déposées auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut contre Lennie Sapach et Debbie McKeown. Ces mesures ont conduit à la suspension de M^{me} Slade pendant l'enquête. Cette dernière a par la suite quitté la collectivité de Cape Dorset en février 2012. Aucune autre suspension n'a eu lieu pendant l'enquête.

Il semble que la réponse bureaucratique aux préoccupations soulevées par M^{me} Slade auprès du gouvernement du Nunavut était de nature défensive. Les efforts étaient plutôt consacrés à réfuter les allégations formulées par M^{me} Slade plutôt qu'à enquêter ou à chercher à déterminer la validité des plaintes. Les propos de M^{me} Slade ont été jugés suspects d'entrée de jeu. Il est crucial de noter qu'aucune enquête n'a été menée au sujet du fonctionnement du Centre de santé de Cape Dorset ni sur la qualité des soins offerts avant l'été **2013**, soit plus d'un an après le décès de bébé Makibi.

Étonnamment, le processus de griefs entrepris par M^{me} Slade n'a été conclu que récemment, en octobre 2015.

Comme indiqué plus haut, M^{me} Slade a porté plainte contre Lennie Sapach et Debbie McKeown auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut en février 2012.

À la suite de ces plaintes et des enquêtes menées par l'Association, des préoccupations relatives aux circonstances entourant le décès du bébé Makibi ont été soulevées.

La plainte déposée auprès de l'Association au sujet de M^{me} McKeown a entraîné l'imposition de restrictions à son droit de pratique dès juin 2012, notamment :

« Le membre ne fournira plus de services de soins infirmiers ou d'autres services de soins de santé à un patient de moins de 10 ans, à moins d'une situation d'urgence. »

Cette restriction a été déterminée au terme d'un processus de règlement à l'amiable des différends, auquel M^{me} McKeown a participé de façon volontaire. Cette dernière devait par ailleurs prendre les mesures correctives qui s'imposaient.

En mars 2012, Heather Hackney a déposé une plainte contre Gwen Slade auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Cette plainte a fait l'objet d'une enquête et a ultimement été rejetée. Étant donné le moment où cette plainte a été déposée, et les circonstances qui l'ont précédé, la plainte semble s'apparenter à une vengeance ou à une tentative de punition.

Le décès du petit Makibi n'a pas été signalé comme un incident critique ou grave et n'a pas fait l'objet d'une enquête à ce titre. Un rapport contenant une description des événements a été rédigé par Debbie McKeown et envoyé à Heather Hackney. Je n'ai malheureusement pas pu avoir accès aux détails de ce rapport, mais j'ai pu consulter un courriel daté du 5 avril 2012 dans lequel il était question de la mort d'un nourrisson de 3 mois. Heather Hackney indique avoir contacté Debbie McKeown pour valider certains détails. Encore une fois, les documents à ce sujet sont manquants ou n'ont jamais existé. Par ailleurs, Heather Hackney a préparé une note d'information le 5 avril 2012, soit le jour même du décès de bébé

Makibi. Une copie de la note d'information avait été envoyée à Roy Inglangasuk, directeur régional. Il a été évalué que, comme le nourrisson n'était pas « gravement malade », le protocole relatif aux examens en personne pour tous les enfants de moins d'un an ne s'appliquait pas.

M^{me} Hackney indique qu'elle a « informé [s]on superviseur Roy Inglangasuk du décès du bébé Macabie (*sic*) et lui a envoyé les documents pertinents ainsi que l'entente provisoire et la décision de modifier les tâches de Debbie [McKeown] pour qu'elle conserve son poste de superviseure par intérim ». Or, le directeur régional (Roy Inglangasuk) affirme ne pas avoir reçu ces documents. Quand je lui ai demandé si, lorsqu'il a appris les restrictions imposées à M^{me} McKeown en juin 2012, il a cherché à en savoir plus, sa réponse a été la suivante : « Pas vraiment ». Il soutient qu'il a été informé « des faits sommaires » entourant l'accident, et du fait que M^{me} McKeown était alors soumise à certaines restrictions.

Cependant, à la lumière des documents étudiés, il est évident que M. Inglangasuk était pleinement conscient des enjeux touchant le Centre de santé de Cape Dorset au début de 2012. En **février 2012**, dans un courriel destiné à Heather Hackney et à Virginia Turner, il indique qu'il « prendra les rênes de ce dossier »¹⁶.

Malgré les dires de M. Inglangasuk, il semble :

- qu'aucune mesure concrète ou proactive n'ait été prise en ce qui concerne les plaintes;
- qu'aucune enquête n'ait été menée sur les circonstances de la mort du petit Makibi ni sur les raisons motivant l'application de restrictions au permis d'exercice de l'infirmière McKeown;
- qu'aucune question n'ait été posée à M^{me} McKeown sur les restrictions qui lui ont été imposées afin de les consigner à son dossier;
- qu'aucune mesure n'ait été prise pour surveiller le respect des restrictions imposées à M^{me} McKeown;
- qu'après coup, M. Inglangasuk ait nié avoir pris connaissance d'informations détaillées à ce sujet, et a indiqué que ses directrices l'avaient trahi en lui « cachant des renseignements ».

¹⁶ Courriel de Roy Inglangasuk daté du 19 février 2012 envoyé à Heather Hackney et avec copie conforme à Virginia Turner concernant la plainte de harcèlement déposée par Gwen Slade et vraisemblablement sur les enjeux généraux qui émergeaient à Cape Dorset.

Comme il est mentionné plus haut, il semble que la note d'information sur le décès de bébé Makibi préparée le 5 avril 2012 a été transmise à M. Inglangasuk.

En mai 2013, M. Inglangasuk a écrit à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut :

« Nous convoquerons sous peu des candidats en entrevue pour le poste d'infirmière gestionnaire pour le Centre de santé de Cape Dorset. Debbie m'a toutefois avisé qu'elle attend toujours que votre organisation détermine si elle a répondu à vos exigences concernant les mesures correctives exigées. Je suis d'accord avec elle pour dire que le dossier avance à pas de tortue que cela nuit à notre processus de dotation. En effet, les restrictions imposées à son droit d'exercer pourraient compromettre sa candidature. Debbie s'est avérée une bonne gestionnaire pour notre centre de santé, et bénéficie du soutien de son personnel et de moi-même, car elle a su gérer et diriger les activités du centre malgré un fort achalandage¹⁷. »

Au moment de la rédaction de cet appui à M^{me} McKeown, M. Inglangasuk était au fait des plaintes de harcèlement, du décès de bébé Makibi et des restrictions au droit d'exercice de l'infirmière.

Le 7 mai 2013, M. Inglangasuk reçoit une réponse de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut dans laquelle on lui annonce que les restrictions continuent de s'appliquer au permis d'exercice de M^{me} McKeown.

Le 7 janvier 2014, dans un courriel adressé à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, M. Inglangasuk demande à connaître les détails des restrictions en question. Cela démontre que, bien qu'il était au courant que des restrictions avaient été imposées à M^{me} McKeown, il n'avait jamais demandé en quoi elles consistaient et ne les avait pas consignées.

¹⁷Courriel de Roy Inglangasuk daté du 7 mai 2013 envoyé à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Objet : Debbie McKeown, Infirmière gestionnaire par intérim au Centre de santé de Cape Dorset.

Malgré les inquiétudes dont a fait part M. Inglangasuk à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut à l'égard du fait que M^{me} McKeown pourrait ne pas être convoquée en entrevue pour le poste d'infirmière responsable au Centre de santé de Cape Dorset en raison des restrictions sur son permis, l'entrevue a eu lieu ou du moins, M^{me} McKeown, a été promue au poste permanent à temps plein de superviseure ou d'infirmière responsable du Centre de santé de Cape Dorset en juin 2013, poste qu'elle occupait par intérim jusque-là. Les restrictions s'appliquaient toujours à ce moment.

Les soins obstétricaux et pédiatriques représentent une très grande proportion des soins et des services offerts au centre. Les infirmières cliniciennes ont comme pratique courante de demander l'aide et les conseils de l'infirmière ayant le plus d'ancienneté dans l'équipe. En juin 2013, cette personne était Debbie McKeown, sauf qu'au moment de sa nomination au poste d'infirmière responsable, elle ne pouvait pas pratiquer dans ce domaine.

Il semble que l'ampleur et la gravité de ces événements n'aient pas alerté les représentants du Bureau régional avant la mi-2013, ce qui coïncide avec l'augmentation de la pression externe au sujet des événements de Cape Dorset. Si une enquête avait eu lieu immédiatement après la tragédie, conformément au *Community Health Administration Manual*¹⁸, cela aurait mis en lumière les graves problèmes soulevés par des membres de la collectivité, notamment les parents du petit Makibi, en ce qui concerne la qualité des soins offerts, plus particulièrement des soins prodigués par Debbie McKeown. Or, comme ce ne fut pas le cas, M^{me} McKeown a progressé, a été promue et a continué de pratiquer de façon active jusqu'à sa suspension pendant l'enquête menée en août 2013 suite à une autre plainte de harcèlement.

PARTIE IV QUESTIONS POSÉES DANS LE MANDAT

1. Le ministère de la Santé a-t-il un processus particulier pour effectuer un examen interne du traitement administratif d'un dossier?

¹⁸Directive 05-004-01, section sur l'administration.

Il convient de noter dès le départ qu'il existe une procédure pour signaler un incident grave ou critique et intervenir¹⁹. Fait intéressant, Roy Inlangasuk, directeur régional, m'avait dit, au cours de mon entretien avec lui, qu'aucun processus officiel d'examen interne n'existait.

Pourtant, le processus est présenté dans le *Community Health Nursing Administration Manual*. Un incident critique est défini comme suit :

1. Un événement préjudiciable imprévu qui gravement nuit à la santé d'un patient, ou cause un handicap ou la mort;
2. Se produit pendant la prestation des soins;
3. N'a pas été entraîné par l'état de santé sous-jacent du patient;
4. Ne découle pas d'un risque inhérent à la prestation des services de santé.

Parmi les étapes à suivre, notons que l'infirmière de garde doit signaler immédiatement (dans l'heure) l'incident à son superviseur immédiat. Ce rapport doit ensuite être transmis sans délai à la directrice des programmes de santé, qui à son tour, devra faire ce qui suit :

- Tenir les patients, les proches, les membres du personnel et les autres personnes concernées au courant des développements;
- Informer immédiatement le directeur régional;
- Préparer et publier une note d'information en collaboration avec le directeur régional;
- Mener l'enquête préliminaire et superviser la mise en œuvre des mesures correctives au besoin;
- Entreprendre une analyse des causes fondamentales de l'incident avec des experts et les membres du personnel appropriés, puis diriger et surveiller la mise en œuvre des mesures à prendre;
- Colliger toutes les preuves et tous les dossiers, documents et comptes rendus récents pertinents et veiller à ce que tous les formulaires externes soient remplis²⁰.

Ces étapes, si elles sont suivies, permettent de coordonner une intervention complète lors d'un incident grave et, surtout, de faire enquête,

¹⁹*Community Health Nursing Administration Manual*, section sur l'administration et la gestion des risques.

²⁰*Community Health Nursing Administration Manual*, directive 05-004-01.

de recueillir les renseignements nécessaires et d'analyser les faits pour trouver la cause de l'incident et établir les mesures à prendre à cet égard.

Toutefois, puisque le processus d'intervention lors d'un incident grave demande de respecter la voie hiérarchique, une omission ou un manquement peut faire en sorte qu'un incident grave ne sera pas signalé ou ne fera pas l'objet d'une enquête. Il est possible d'éviter ce risque en ajoutant une exigence selon laquelle les incidents graves ou critiques doivent être signalés par l'entremise de la voie hiérarchique du ministère de la Santé et à une personne occupant un poste de supervision lié à la gestion des risques ou à la qualité des soins (voir les recommandations 3, 4, 5 et 6).

En plus de la procédure sur le signalement des incidents graves, d'autres politiques régissent « la surveillance et l'évaluation continue de la qualité des soins prodigués dans le cadre du programme de soins infirmiers communautaires²¹ ». Elles prévoient ce qui suit :

- Le directeur des programmes de santé doit faire au moins un séjour annuel de deux à quatre jours dans la collectivité;
- La préparation de rapports sommaires sur la collectivité;
- L'examen administratif d'éléments comme le moral du personnel, les tâches administratives de la superviseure ou de l'infirmière responsable, les évaluations de la qualité du travail, les liens entre les travailleurs du centre de santé et la collectivité.

De nombreux autres aspects du fonctionnement du centre de santé devront être évalués dans le cadre de cette visite. À l'image de la procédure sur le signalement des incidents graves, cette politique permet de faire une évaluation raisonnable du fonctionnement d'un centre de santé communautaire, des relations établies avec la collectivité, du respect des normes ainsi que des compétences des employés du centre de santé. L'efficacité de cette ligne directrice importante dépend entièrement des employés concernés, qui doivent avoir le temps, les ressources et la volonté de respecter les exigences.

²¹Community Health Nursing Administration Manual, Section: Standards.

2. Si oui, le processus a-t-il été respecté?

a) Signalement d'incidents critiques

Les étapes obligatoires concernant l'enquête sur un incident grave n'ont pas été respectées dans ce cas. Même si l'événement a été signalé par l'infirmière McKeown, qui était de garde, à la directrice des programmes de santé, Baffin Sud (Heather Hackney), l'« enquête » semble s'être limitée à une conversation téléphonique entre M^{me} Hackney et M^{me} McKeown peu après l'annonce du décès. Comme indiqué plus haut, une note d'information a été préparée par M^{me} Hackney le 5 avril 2012, et celle-ci a vraisemblablement été transmise à M. Inglangasuk. Or, ce dernier affirme qu'on lui a seulement présenté un résumé des événements. Le contenu de la note d'information indique pourtant que l'incident en question avait été jugé critique en avril 2012. Malheureusement, à part cette note, je n'ai pu trouver aucun autre document annonçant qu'une enquête serait entreprise dans la collectivité. Je n'ai par ailleurs pas relevé de preuve confirmant que les autres exigences de la procédure relative au signalement des incidents critiques et à la réalisation d'une enquête avaient été respectées.

Hormis la conversation téléphonique mentionnée plus haut, aucune enquête préliminaire n'a été entreprise pour éclaircir les faits entourant le décès et les circonstances compromettantes, ou encore pour faire une analyse des causes fondamentales ou prendre des mesures correctives. La communication avec la famille a été pour le moins minimale. En effet, elle se limite à quelques conversations avec le personnel infirmier de l'époque et à une conférence téléphonique avec la coroner en chef, au cours de laquelle la famille a été informée que la cause du décès était le SMSN. Il convient de noter que les parents du petit Makibi se sont sentis responsables du décès de leur enfant pendant des mois, même après que la cause du décès eut été revue par la coroner en chef en juillet 2012. Le chagrin et la culpabilité qu'ils ont ressentis étaient incommensurables. Étonnamment, la coroner en chef n'a pas communiqué directement avec eux lorsqu'elle a reçu le rapport selon lequel le décès était attribuable à une infection pulmonaire. L'information a plutôt été transmise à un médecin qui devait visiter Cape Dorset. En rétrospective, il est évident que cette information n'a pas été transmise à ce moment, ou qu'elle est « passée dans les mailles du filet », de sorte que les parents ont continué de croire

que la mort de leur bébé était attribuable au SMSN. Autre détail intéressant, les conclusions définitives de juin 2015 selon lesquelles le SMSN était bel et bien la cause du décès ont été transmises aux parents par la coroner en chef de façon formelle et expéditive, comme l'indique le rapport final d'octobre 2015.

Aucun suivi détaillé sur le décès et aucun examen des circonstances entourant le décès n'ont été effectués, malgré les difficultés bien connues concernant le fonctionnement du Centre de santé de Cape Dorset. De plus, aucun document important ou dossier ni aucune déclaration de témoins n'ont été recueillis.

En septembre 2012, Barbara Harvey a demandé qu'un examen du dossier soit effectué. Cette demande semble faire suite à une plainte déposée auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Dans un courriel destiné à M. Inglangasuk, M^{me} Hackney écrit :

« J'aimerais qu'un examen indépendant du dossier du nourrisson décédé à Cape Dorset au printemps dernier soit effectué. Un des membres du personnel a eu recours à une approche détournée pour signaler des préoccupations concernant la prise en charge de ce cas, soit en se tournant vers l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, et a choisi de ne pas y mêler l'équipe de gestion. En tant que ministère, nous devons faire preuve de diligence raisonnable en réalisant un examen minutieux des dossiers²². »

L'examen en question s'est terminé le 5 décembre 2012, et a conclu que le conseil donné au téléphone par M^{me} McKeown était approprié, car l'enfant n'avait pas été signalé comme étant gravement malade.

Le directeur régional, Roy Inglangasuk, affirme qu'il n'a reçu aucun signalement d'incident grave de la part de la directrice des programmes de santé, Baffin Sud. Il ajoute qu'entre le décès de bébé Makibi (en avril 2012) et l'imposition de restrictions sur le permis d'exercice de M^{me} McKeown par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut (en juin 2012), il n'était pas au fait de la gravité de la

²²Courriel de Heather Hackney envoyé à Roy Inglangasuk le 21 septembre 2012.

situation, ni même du décès du bébé. Cela contredit l'information selon laquelle la note d'information à ce sujet lui aurait été transmise.

La directrice des programmes de santé, Baffin Sud, a communiqué directement avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut pour indiquer que des ajustements avaient été apportés aux tâches de M^{me} McKeown (afin qu'elle ne soigne pas d'enfants)²³. Bien que M^{me} Hackney assure que cet échange a été transmis au Bureau régional, aucune adresse n'apparaissait dans le champ « Cc » de la correspondance. Apparemment, si ces faits ont été transmis au Bureau régional, cela a été fait de manière plus informelle.

M. Inglangasuk a également fait savoir qu'après avoir appris les restrictions imposées à M^{me} McKeown, il était responsable de veiller à ce que les nouvelles conditions du permis soient respectées. Or, selon les documents disponibles, rien n'a été consigné dans les dossiers du Bureau régional et aucune précision n'a été demandée. Il est pourtant impossible de surveiller le respect de conditions si celles-ci sont inconnues.

Il est à noter que, pour des questions de confidentialité, il appartient à l'employé (dans le cas qui nous concerne, à M^{me} McKeown) d'aviser son employeur des résultats de toute procédure disciplinaire entreprise par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. C'est d'ailleurs ce que M^{me} McKeown a fait.

Les membres du Bureau régional, dont M. Inglangasuk et le sous-ministre de l'époque, Peter Ma, savaient qu'une enquête concernant Debbie McKeown avait été ouverte en février 2012. En effet, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut avait fait une demande officielle de documents le 27 février 2012. Même si la plainte déposée par M^{me} Slade auprès de l'Association visait un comportement de harcèlement, elle a également soulevé de vives inquiétudes sur la qualité des soins cliniques. Qui plus est, les documents demandés touchaient à des problèmes cliniques. La demande d'information de l'Association était détaillée; on demandait entre autres les dossiers de certains patients. M. Inglangasuk avait alors répondu que cette demande constituait un fardeau indu pour le personnel qui devrait faire des

²³Correspondance entre Heather Hackney et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut datée du 8 juin 2012. Le champ « Cc » est vide.

heures supplémentaires. Il a invité l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut à venir sur place pour mener son enquête. Finalement, les documents demandés ont été fournis à l'Association, mais après l'échéance précisée dans la demande.

Le grand nombre de plaintes et de griefs de harcèlement concernant M. McKeown déposés auprès du gouvernement du Nunavut par Gwen Slade entre janvier 2012 et juin 2012 ajoute à la complexité de la situation. La première plainte, déposée autour du 28 janvier 2012, touchait le comportement de harcèlement, mais pas spécialement les compétences cliniques de M. McKeown.

En résumé, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut a dû traiter un grand nombre de plaintes, griefs et enquêtes au début de 2012. Voici un sommaire incomplet des événements :

- Début de janvier 2012 : M^{me} Slade retourne travailler au Centre de santé de Cape Dorset en tant qu'infirmière d'agence;
- 28 janvier 2012 : M^{me} Slade dépose une plainte de harcèlement auprès du ministère de la Santé (S. Burke, Ressources humaines, et représentant syndical);
- 20 février 2012 : M^{me} Slade est suspendue pour la durée de l'enquête, et quitte la collectivité peu de temps après;
- 27 février 2012 : Le ministère de la Santé reçoit une demande de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut concernant une enquête sur le comportement de Debbie McKeown;
- Mars 2012 : Heather Hackney dépose une plainte contre Gwen Slade auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut (que l'Association a par la suite rejetée);
- 5 avril 2012 : Décès de bébé Makibi et publication d'une note d'information par Heather Hackney;
- 19 avril 2012 : Le sous-ministre Peter Ma avise Debbie McKeown qu'il y a preuve suffisante de harcèlement à première vue et qu'une enquête approfondie sera effectuée. Les documents relatifs à cette enquête sont introuvables ou inexistant;

- 12 juin 2012 : L'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut applique des restrictions au permis d'exercice de Debbie McKeown, qui font en sorte qu'elle ne peut plus prodiguer de soins médicaux à des enfants de moins de 10 ans;
- Septembre 2012 : Le sous-ministre Ma signe une réprimande écrite concernant Debbie McKeown. Il semble que cette réprimande n'a jamais été transmise à la principale concernée;
- Septembre 2012 : M. Inglangasuk prend connaissance de la situation en lisant une copie des échanges entre Gwen Slade et Barb Harvey;
- Septembre 2012 : M^{me} Hackney et M. Inglangasuk conviennent du fait que Barbara Harvey devrait effectuer un examen indépendant du dossier de bébé Makibi;
- Mai 2013 : M. Inglangasuk demande à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut si les restrictions imposées à M^{me}McKeown s'appliquent toujours;
- Juin 2013 : Debbie McKeown est promue au poste de superviseure (infirmière responsable) malgré le fait que les restrictions sur son permis sont toujours en vigueur. C'était également le cas quand elle occupait le poste d'infirmière responsable par intérim;
- Août 2013 : D'autres plaintes sont déposées contre Debbie McKeown pour harcèlement. Le Bureau régional examine ces plaintes ainsi que la qualité des soins prodigués par l'infirmière visée. M^{me} McKeown est suspendue pendant l'enquête;
- 13 novembre 2013 : M^{me} McKeown reçoit une lettre de réprimande dans laquelle on lui demande de suivre un cours en ligne sur le respect en milieu de travail;
- Novembre 2013 : M^{me} McKeown retourne travailler à Cape Dorset²⁴.

Il est fort probable que le grand nombre de plaintes, de griefs, de demandes de documents et de problèmes de gestion clinique ait constitué une source de confusion et de distraction par rapport à ce qui se passait au Centre de santé de Cape Dorset. Cependant, il est impossible que nul de se soit rendu compte des sérieux problèmes qui se posaient au centre avant et après le décès de Makibi.

²⁴Voir la Chronologie des événements (annexe 3).

Malgré tout, aucune mesure n'a été prise en temps opportun pour vérifier la nature et la gravité des allégations formulées. Ni la directrice des services de santé, Baffin Sud, ni un représentant du gouvernement n'ont visité le centre pour effectuer une enquête sur les problèmes qui y régnaient ou sur les circonstances entourant le décès de bébé Makibi. L'« enquête approfondie » concernant la plainte de harcèlement contre Debbie MacKeown dont il est question dans le courriel de M. Ma daté d'avril 2012, si elle a bel et bien été menée, ne comprenait pas une visite sur place ni de déclarations de témoins. Par ailleurs, les griefs présentés en 2012 auprès du gouvernement du Nunavut par M^{me} Slade n'ont pas été réglés avant octobre 2015.

La question la plus difficile à résoudre n'est pas de savoir si les politiques et les protocoles ont été suivis, mais plutôt de savoir **pourquoi** ils n'ont **pas** été suivis. L'incident n'était-il pas suffisamment grave pour que la procédure soit enclenchée? L'infirmière responsable ou la directrice des services de santé connaissaient-elles cette procédure? Les charges de travail excessives ont-elles conduit à l'omission du signalement adéquat, et, par le fait même, de l'intervention appropriée? Est-ce que l'équipe de gestion régionale a eu connaissance du décès du bébé dans la collectivité de Cape Dorset?

Il convient par ailleurs de mentionner que la charge de travail du personnel infirmier dans les centres de santé communautaire comme le Centre de santé de Cape Dorset est colossale. Malgré la croissance importante et continue de la population, il n'y a pas eu d'augmentation proportionnelle du personnel infirmier de la région depuis plusieurs années. Le repos, le partage des tâches, les rencontres entre collègues et le soutien sont essentiels pour maintenir en poste un effectif complet de soignants compétents, mais ces aspects importants sont soit absents soit difficiles à mettre en œuvre dans les centres de soins de santé dans le Nord. C'est ce qui explique pourquoi le taux de roulement du personnel est élevé. Ce problème en crée aussi un autre : les membres de la collectivité ont de la difficulté à faire confiance à leurs fournisseurs de soins de santé quand ceux-ci changent constamment et qu'il y a une absence de la continuité des soins (voir les recommandations 9, 11, 18, 19, 26, 27, 28, 32, 33 et 34).

En outre, la complexité et la charge de travail associées à la gestion des centres de santé dans les collectivités éloignées dépassent la capacité du Bureau régional. Cette situation est attribuable en partie à la nature du travail comme tel, mais est exacerbée par le taux de roulement élevé et le grand nombre de postes vacants dans l'équipe de gestion. Plusieurs gestionnaires m'ont avoué qu'il leur était impossible d'assumer toutes leurs tâches en tout temps, et que certains aspects devaient être sacrifiés pour qu'ils puissent s'occuper de situations plus urgentes.

D'autre part, les exigences en matière de rapports et la structure hiérarchique sont complexes, incohérentes et inefficaces. Par exemple, les employés d'un même centre de santé ne relèvent pas nécessairement des mêmes supérieurs au sein du ministère de la Santé. Cela fait en sorte que les personnes responsables de l'administration globale et de l'efficacité d'un centre n'ont pas une vue d'ensemble de la situation. Plus particulièrement, même si le ministère de la Santé recrute des professionnels de la santé, il n'a pas le pouvoir de mettre fin à l'emploi des ressources embauchées. C'est à la Division des relations avec les employés du ministère des Finances que revient le pouvoir de mettre fin à l'emploi du personnel infirmier (voir les recommandations 1 et 17).

Par souci d'efficacité, de nombreux ministères regroupent les responsabilités associées aux mesures disciplinaires, à la suspension et de la cessation d'emploi du personnel infirmier au sein d'une seule entité (dans le cas qui nous occupe, il s'agit de la Division des relations avec les employés du ministère des Finances). Cette façon de faire fonctionne bien pour des problèmes exigeant la mise en place d'un plan cohérent, et souvent permanent, constitué d'étapes progressives. Par contre, elle n'est pas appropriée pour les situations critiques risquant de mettre en péril la santé et le bien-être des membres de la collectivité si la situation en question n'est pas prise en charge immédiatement. Le ministère de la Santé doit pouvoir réagir rapidement, avec les conseils de la Division des relations avec les employés et d'experts du domaine juridique. Par contre, les questions cliniques dépassent l'expertise des représentants de la Division des relations avec les employés. En effet, la gravité ou l'ampleur des problèmes risque de ne pas être évaluée correctement par une personne qui n'a pas été formée ou qui ne travaille pas dans le domaine de la santé (voir les recommandations 1 et 17).

Certains aspects du recrutement et du maintien en poste contribuent au roulement et font en sorte qu'on embauche des infirmières n'ayant pas nécessairement les qualités pour répondre aux exigences très élevées des centres de santé communautaire. Il faut veiller à mieux harmoniser les besoins des centres de santé communautaire et les aptitudes recherchées chez le personnel infirmier. Par exemple, il ne fait aucun doute que de l'expérience en soins d'urgence est pertinente, mais la grande majorité du travail en centre de santé communautaire est lié aux soins obstétricaux et pédiatriques (voir les recommandations 9, 32, 33 et 35).

Notons également que, au cours du processus de recrutement, aucun examen approfondi des expériences de travail et des antécédents disciplinaires n'est effectué auprès de l'association des infirmières et infirmiers autorisés de la candidate. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ne peut, pour des raisons de confidentialité, divulguer de l'information sur demande sauf si la candidate y a consenti. Le processus de recrutement devrait donc comprendre un formulaire de consentement à la divulgation de renseignements (voir la recommandation 21).

En outre, dans l'état actuel des choses, tout processus disciplinaire entamé par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut est strictement confidentiel. Il revient à l'infirmière de le signaler et de communiquer les résultats de l'enquête à son employeur. Aucune communication directe n'a lieu entre l'Association et les gestionnaires régionaux pour cette raison. Encore une fois, ce problème peut être réglé en demandant au personnel infirmier de signer un consentement et en lui donnant des instructions à cet égard. Le consentement doit devenir obligatoire pour toutes les infirmières afin de faciliter l'échange d'information sur cet enjeu important. Sans consentement, il est impossible de savoir avec certitude si l'infirmière concernée a signalé ou signalera le processus disciplinaire à son employeur (voir la recommandation 22).

Pour revenir à la question de savoir pourquoi l'incident critique menant au décès de bébé Makibi n'a pas été dûment signalé conformément au protocole établi. Voici les explications possibles :

- L'infirmière de garde McKeown et la directrice des services de santé, Baffin Sud, n'ont simplement pas signalé le décès par écrit ni mis en branle les suivis adéquats;
- Le directeur régional n'a pas lancé ni surveillé la procédure d'enquête requise à la suite d'un incident critique;
- La combinaison de la charge de travail et du conflit qui s'était envenimé de janvier à avril 2012 a détourné l'attention à un point tel que les étapes normales n'ont pas été respectées par la directrice des services de santé de Baffin Sud et le directeur régional;
- Le décès n'a pas été jugé comme un incident critique conformément aux lignes directrices du *Community Health Administration Manual*;
- L'infirmière McKeown ou l'infirmière responsable n'a pas informé dans les délais impartis le directeur régional, Roy Inglangasuk, ou la directrice des services de santé de Baffin Sud, ou les deux, notamment en ce qui concerne l'appel téléphonique passé par la mère du petit Makibi au centre et la décision de ne pas évaluer le bébé en personne.

Si ces possibilités peuvent expliquer pourquoi un rapport d'incident critique n'a pas été produit et pourquoi des enquêtes de suivi n'ont pas eu lieu **immédiatement**, elles ne justifient en aucun cas l'absence d'action dans les mois suivant le décès, surtout à la lumière des faits et des erreurs commises, comme celle de n'avoir pas évalué l'état de santé du petit en personne. Je ne comprends pas pourquoi aucune enquête n'a eu lieu jusqu'ici, particulièrement compte tenu du fait que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut a imposé des restrictions au permis de M^{me} McKeown.

b) Suivi et évaluation

On ne m'a fourni aucun document permettant de prouver que le Centre de santé de Cape Dorset a fait l'objet d'une surveillance et d'une évaluation quelconque. Il est possible qu'une évaluation ait été faite lors d'une visite dans la collectivité qui avait d'autres objectifs. Cela dit, il est toutefois évident que des évaluations et des plans détaillés sur la qualité du travail des personnes qui occupent des postes importants au centre n'ont pas été réalisés. En effet, c'est l'une des raisons qui expliquent pourquoi la Division des relations avec les employés a fourni un avis extrêmement prudent sur

la question de la suspension ou de la cessation d'emploi de M^{me} McKeown. Le premier examen sérieux de la conduite de M^{me} McKeown a été entrepris à la suite d'une plainte de harcèlement déposée en 2013. L'absence de documents détaillés et complets liés aux évaluations de la qualité du travail, aux mesures correctives, aux plaintes, aux enquêtes et aux réprimandes ont grandement compliqué la décision d'imposer des correctifs ou de congédier l'infirmière. Aucun de ces problèmes n'a été bien consigné dans le cas de M^{me} McKeown, ni par l'infirmière responsable du centre ni par les représentants du ministère.

En discutant avec des résidents de Cape Dorset, je constate que le ministère de la Santé ne semble pas avoir déployé d'efforts pour surveiller, évaluer ou améliorer la relation qu'il y avait entre les travailleurs du Centre de santé et les membres de la collectivité. Cela nourrit sans aucun doute le sentiment d'abandon ressenti par les membres de la collectivité.

3. QUELLES ONT ÉTÉ LES CONCLUSIONS DE L'EXAMEN INTERNE EFFECTUÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ?

Comme cela a déjà été indiqué, il semble que le Bureau régional du ministère de la Santé n'ait remarqué la gravité des circonstances entourant le décès de bébé Makibi qu'un an et demi après que celui-ci soit survenu. Il est difficile de comprendre comment un événement comme celui-là a pu passer inaperçu, vu les très nombreuses difficultés rencontrées au Centre de santé de Cape Dorset en 2012 et 2013. Même si le décès lui-même n'a pas été adéquatement déclaré, les difficultés rencontrées au Centre de santé étaient connues, parce que des plaintes avaient été déposées, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut avaient mené des enquêtes et des restrictions avaient été appliquées au permis de pratique de M^{me} McKeown. Les directeurs régionaux et autres fonctionnaires responsables ne doivent pas se contenter de répondre ponctuellement à des plaintes et des demandes de l'Association. Ces personnes détiennent l'autorité ultime à l'égard du fonctionnement des centres de santé communautaire et elles doivent chercher à savoir ce qui se passe, et pourquoi. Cela n'est jamais arrivé dans le cas du petit Makibi.

Des mesures ont été prises à l'été 2013, mais celles-ci n'avaient **aucun lien** avec l'affaire Timilak. Une autre plainte de harcèlement a été déposée contre Debbie McKeown et des entrevues, des visites dans les collectivités et des examens documentaires ont été effectués à cet égard. Bien qu'aucune mesure était liée au décès de l'enfant, il convient de souligner que d'importants efforts ont été fournis par le Bureau régional pour licencier M^{me} Debbie McKeown, ou, à tout le moins, pour gérer son dossier, mais la Division des relations avec les employés du ministère des Finances s'est opposée à ce que cette dernière soit mise à pied. Comme cela a déjà été indiqué, les mesures disciplinaires possibles sont très limitées et cela explique l'absence d'une documentation détaillée et cohérente.

Dans le cadre d'une entrevue réalisée le 29 avril 2015 à Pangnirtung, M. Inglangasuk a affirmé qu'il n'y avait eu aucun examen interne concernant le décès du petit Makibi. Il a expliqué que lorsque Heather Hackney a quitté le poste de directrice des programmes de santé, Baffin Sud en mars 2013, il a constaté la gravité des gestes de M^{me} McKeon.

Cela ne concorde pas avec le courriel qu'il a envoyé en mai 2013 à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, dans lequel il cherche à en savoir plus sur les restrictions imposées à M^{me} McKeown, dit vouloir la rencontrer au sujet du poste d'infirmière responsable du centre de santé et signifie sans équivoque son appui à son égard. En fait, à cette période, il n'a pas du tout été question du décès du bébé. Un an et demi plus tard, on se préoccupait plutôt des plaintes de harcèlement déposées à l'été 2013 par des employés du Centre de santé de Cape Dorset.

Aucun des documents qui m'ont été fournis n'indique qu'une enquête avait lieu en lien avec le décès de l'enfant à ce moment-là, mis à part l'examen du dossier entrepris par M^{me} Harvey en septembre 2012. Au cours des entrevues que j'ai réalisées, rien ne m'a permis de conclure que le ministère de la Santé ou le Bureau régional avait mené un examen interne sur le décès du petit Makibi. De plus, la directrice des programmes de santé, Baffin Sud n'a effectué aucune recherche sur le décès ou sur l'imposition de conditions à M^{me} McKeown à l'égard des soins pédiatriques. Aucune recherche des faits n'a été effectuée pour évaluer le travail, les compétences et la méthode de gestion de M^{me} McKeown ou de l'infirmière responsable dans l'affaire Timilak.

Les premières préoccupations soulevées en janvier 2010 par Gwen Slade concernaient du harcèlement en milieu de travail. Peu de temps après, M^{me} Slade a également soulevé des préoccupations d'ordre clinique auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. C'est l'enquête de l'Association et les plaintes de M^{me} Slade qui ont permis d'attirer l'attention sur le manque de soins dont a fait l'objet le petit Makibi. C'est également à la suite de l'enquête qu'en juin 2012, l'Association a ajouté des conditions au permis de M^{me} McKeown l'empêchant de prodiguer des soins à des enfants de moins de 10 ans. La directrice des programmes de santé, Baffin Sud, M^{me} Heather Hackney, était alors au courant du décès du petit garçon et du fait que des conditions avaient été imposées à M^{me} McKeown. Elle savait également que Gwen Slade avait déposé des plaintes de harcèlement et de mauvaise conduite contre M^{me} McKeown. Malgré cela, elle n'a rien fait pour enquêter sur ces événements ni en 2012, ni par la suite. Fait incroyable, elle ne semble même pas avoir déclaré officiellement au

Bureau régional, par écrit ou en détail, les conditions imposées à M^{me} McKeown. Les déclarations qu'elle a faites au Bureau régional concernant les plaintes déposées au début 2012 visaient avant tout à réfuter les allégations de M^{me} Slate, plutôt qu'à établir si ces plaintes étaient fondées.

Il est possible que M^{me} Hackney se soit permis de juger les plaintes déposées par M^{me} Slade. En 2007, les capacités de M^{me} Slade à occuper un poste dans le Nord avaient été remises en question. Cependant, compte tenu de ses responsabilités, M^{me} Hackney aurait dû faire un examen objectif et détaché des plaintes reçues au début 2012, et elle ne l'a pas fait.

À l'été 2013, lorsque d'autres plaintes de harcèlement ont été déposées contre Debbie McKeown, des mesures ont été prises pour évaluer son travail. Les autorités compétentes ont effectué des visites dans la collectivité et ont procédé à des évaluations et un examen des dossiers. Aucune de ces mesures n'avait cependant de lien avec l'affaire Timilak. Au cours de l'enquête, Debbie McKeown a été suspendue et a cessé de travailler au Centre de Santé de Cape Dorset.

En novembre 2013, le directeur régional, Roy Inglangasuk, a communiqué par écrit avec Debbie McKeown pour lui signifier d'importantes lacunes dans l'administration et le fonctionnement du Centre de santé de Cape Dorset²⁵. Voici certaines des préoccupations soulevées :

- Le personnel du centre de santé se plaignait du fait que le style de gestion de Debbie McKeown rendait leur milieu de travail toxique.
- La communication avec le personnel était mauvaise.
- Une certaine désorganisation régnait dans les programmes courants du centre, comme le programme de lutte contre la tuberculose, les programmes de traitement, les services d'urgence, les programmes de santé en milieu scolaire, etc.
- Les liens avec la collectivité étaient peu développés.
- Certains dossiers de patients étaient mal tenus.
- Certains membres du personnel infirmier refusaient de revenir travailler à Cape Dorset tant que M^{me} McKeown y demeurerait gestionnaire.

²⁵ Lettre datée du 13 novembre 2013.

M^{me} McKeown a été avisée que « la gestion du Centre de santé de Cape Dorset ne respectait pas les normes des autres centres de santé de l'île de Baffin ». M. Inglangasuk a également déclaré ce qui suit :

« J'estime que ce sont les facteurs suivants qui ont contribué au mauvais fonctionnement de l'un de nos plus grands centres de santé : le manque de communication, la microgestion des infirmières en santé communautaire, la mauvaise communication des attentes (qui a nui à la prestation de programmes de santé à Cape Dorset et empêché le centre de répondre aux besoins de la collectivité), l'intimidation (qui fait en sorte que d'excellentes infirmières cliniciennes refusent désormais de travailler à Cape Dorset) et les mauvaises compétences en leadership (qui ont mené à des conflits de travail). »

Bien que l'on fasse clairement mention dans cette lettre d'importants problèmes, tous relevés lors de l'enquête du Bureau régional, on n'y parle nulle part du décès du petit Makibi.

En décembre 2013, Gwen Slade a fait parvenir par écrit une longue liste de doléances au député à l'Assemblée législative David Joanasie. Le gouvernement du Nunavut a d'abord qualifié la situation de conflit de travail et a semblé vouloir tenter de limiter les dégâts.

Le Bureau régional a commencé à faire des liens en janvier 2014.

Le 13 janvier 2014, Elise VanSchaik se dit extrêmement préoccupée par les événements survenus à Cape Dorset.

- Elle déclare que la lettre envoyée le 8 juin 2012 par Heather Hackney à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, et dans laquelle elle indique que Debbie McKeown continue à offrir des soins infirmiers après que « les ajustements nécessaires » aient été apportés à ses tâches, n'a pas été envoyée au ministère de la Santé. De plus,

elle démontre que cette décision a de toute évidence été prise sans consulter les autorités du Ministère.

- D'après M^{me} Van Schaik, M^{me} Hackney a fait preuve de négligence et d'incompétence, car « non seulement elle aurait dû surveiller cette employée de près, mais elle aurait également dû faire en sorte qu'une enquête approfondie soit menée et que la priorité soit accordée à la sécurité du public ».
- Dans le dossier, rien n'indique que M^{me} Hackney a supervisé cette employée de façon particulière ni qu'elle a enquêté sur les raisons pour lesquelles on lui avait interdit de fournir des soins pédiatriques.
- M^{me} Van Schaik a indiqué que lors de ses conversations avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, elle avait appris qu'au cours des dernières années, l'organisme avait reçu une avalanche de plaintes concernant d'autres employés, dont des anciens employés, et que le Ministère n'avait aucune preuve de celles-ci. Il semble que la directrice des programmes de santé ait omis d'organiser une réunion de recherche des faits pour un grand nombre de plaintes adressées à l'Association²⁶.
- M^{me} Van Schaik était d'avis qu'une enquête complète et coordonnée devait avoir lieu et que les problèmes soulevés par Gwen Slade dans sa lettre au député Joanasie devaient être réglés.
- Elle a également indiqué que même si M^{me} McKeown avait réintégré ses fonctions à Cape Dorset à l'automne 2013 malgré les réticences du personnel du Bureau régional, cette dernière devait maintenant être licenciée et une enquête devait être menée sur le travail effectué par M^{me} Hackney en tant que directrice des programmes de santé, Baffin Sud.

²⁶ Il convient de souligner que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut refuse de communiquer au ministère de la Santé le détail des plaintes reçues et la suite qui leur est donnée à moins que le Ministère ne soit à l'origine de la plainte, et ce, pour des raisons de confidentialité.

Ce courriel démontre à quel point le Ministère, et plus particulièrement le Bureau régional, n'a **RIEN** fait concernant le décès du petit Makibi à Cape Dorset avant janvier 2014. Cela révèle également que l'affaire n'a pas été documentée correctement.

D'après ce que j'ai pu constater, ces préoccupations, qui surviennent tard dans le cours des événements, sont le résultat de pressions et de renseignements venus de **l'extérieur**, notamment des plaintes de Gwen Slade et de l'enquête initiée par David Joanasie, député à l'Assemblée législative pour Cape Dorset. Les actions entreprises et les questions soulevées par le Bureau régional à ce moment-là ne sont pas le résultat d'un processus interne ni de l'observation des lignes directrices et des protocoles établis.

Par la suite, le Bureau régional ne s'est pas consacré à mener une enquête complète et approfondie sur les événements de Cape Dorset. Il a plutôt entamé une série d'échanges prolongés et houleux à l'interne de même qu'avec la Division des relations avec les employés en ce qui concerne les mesures à prendre à l'égard de l'emploi de M^{me} McKeown. M. Inglangasuk a indiqué que la Division des relations avec les employés lui avait demandé de cesser toute investigation sur M^{me} McKeown. Celle-ci a répondu qu'elle avait manifesté des réserves à l'égard de mesures d'investigation supplémentaires, mais qu'elle n'avait pas demandé une telle chose. Par conséquent, les motifs qui avaient donné lieu à toutes ces démarches, y compris le décès du petit Makibi, ont été perdus de vue, et les agissements de M^{me} McKeown sont rapidement devenus le point de mire alors qu'on aurait dû se concentrer sur les défaillances internes du Ministère.

Comme cela a déjà été dit, il n'y a eu aucun examen interne portant sur l'affaire Timilak ni aucun examen interne dans lequel la question aurait été traitée de façon secondaire. À la suite du décès, Barb Harvey a demandé un examen du dossier, mais cela n'avait rien à voir avec un examen interne. Il est difficile de comprendre comment plus tard, lorsqu'une enquête approfondie a été entamée (entre août et novembre 2013) aucun lien n'a pu être établi entre les mauvaises pratiques de gestion au Centre de santé de Cape Dorset et le décès du bébé. Cela est d'autant plus préoccupant qu'en juillet 2012, la coroner en chef a modifié la cause de la mort, la faisant passer de syndrome de mort subite du nourrisson à infection pulmonaire disséminée. La coroner ne semble pas avoir avisé le

Bureau régional de cette modification, ou s'il l'a fait, ce changement est passé inaperçu.

4. LES POLITIQUES, PROCÉDURES, EXIGENCES DE FORMATION, LIGNES DIRECTRICES ET NORMES EN MATIÈRE DE SOINS INFIRMIERS AINSI QUE LE PROCESSUS DE GESTION DES PLAINTES DU GOUVERNEMENT DU NUNAVUT ONT-ILS ÉTÉ RESPECTÉS DANS L’AFFAIRE TIMILAK?

(a) Soins infirmiers et normes de soins infirmiers

Dans l’affaire Timilak, certaines lignes directrices, politiques et normes en matière de soins infirmiers n’ont pas été respectées.

M^{me} McKeown a été embauchée en août 2011, mais sa séance d’orientation n’a eu lieu que très longtemps après, soit à l’automne 2013. Il convient également de s’interroger sur le caractère adéquat et sur certaines composantes culturelles du programme d’orientation²⁷ (voir les recommandations 32, 34 et 35).

M^{me} McKeown a indiqué qu’elle ne connaissait pas les politiques relatives à l’évaluation des bébés de moins d’un (1) an, qui sont pourtant clairement énoncées dans le *Community Health Administration Manual*, un document de référence dans tous les centres de santé.

Comme indiqué ci-dessus, certaines politiques et certains protocoles n’ont pas été respectés :

- Après l’appel au centre de santé, le petit Makibi n’a pas été vu en personne, ce qui est contraire aux politiques relatives à l’évaluation des enfants en bas âge et au triage téléphonique. Environ six mois après le décès, il aurait été établi que cette politique ne s’appliquait pas au petit Makibi, car il n’était pas considéré comme un « nourrisson gravement malade ». Cependant, il convient de souligner que dans la politique 2, sous cette rubrique, il est indiqué que tous les enfants de moins d’un (1) an doivent être pesés nus à chaque visite, y compris dans les cliniques de santé publique, et que

²⁷ Le sondage sur le recrutement et la rétention des infirmières au Nunavut de l’Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut effectué en 2005 indique qu’« une vaste proportion des répondants se sont dit préoccupés par le fait que **le processus d’orientation n’était pas assez long**, que celui-ci **n’avait souvent pas lieu au moment opportun** et qu’il n’était tout simplement pas offert à toutes les infirmières » (p. 18).

leur poids doit être indiqué dans un tableau en fonction de leur sexe et de leur âge. Or, selon la même politique, cette mesure ne s'applique pas seulement aux enfants gravement malades. En outre, cette conclusion ne tient pas compte de la politique de triage téléphonique concernant l'évaluation en personne des enfants de moins d'un an.

- Le décès du petit Makibi n'a pas fait l'objet d'un rapport ni d'une enquête à titre d'incident grave, comme l'exige le guide.
- Par conséquent, il n'y a pas eu d'effort coordonné pour communiquer avec la famille et tenir celle-ci informée ni d'enquête préliminaire. Aucune mesure corrective n'a été envisagée, personne n'a procédé à l'analyse des causes et aucune équipe de divulgation n'a été formée. Les membres de la famille n'ont pas non plus été rencontrés en personne par un représentant du ministère de la Santé.
- Aucune enquête n'a eu lieu immédiatement après le décès de l'enfant pour prendre les mesures correctives nécessaires et recueillir la déclaration de témoins et tout autre document important. Il y a également eu très peu de communication avec les membres de la famille.
- Au cours de la période critique, il n'y a pas eu de suivi sur le fond ni d'évaluation de la part du Centre de santé de Cape Dorset. Le Bureau régional n'a pas évalué la qualité du travail effectué ou, si cela a été fait, le document est demeuré incomplet et n'a pas été archivé ou mis à jour adéquatement. Aucun rapport sommaire sur la collectivité ni évaluation sur les relations entre le centre de santé et la collectivité n'ont été effectués.
- Il ne semble pas y avoir eu de suivi ou de constitution de dossier en lien avec les restrictions appliquées au permis de pratique de M^{me} McKeown ou, s'il y en a eu, il n'en reste aucune trace. On ne sait pas non plus si ces restrictions ont été respectées et il n'y a eu aucune enquête concernant les motifs à leur origine.

(b) Plaintes

Les citoyens ne savent pas nécessairement qu'il existe un processus leur permettant de déposer une plainte à l'égard de la qualité des soins prodigués par une infirmière ou de questions éthiques. À l'heure actuelle, il existe deux moyens officiels de déposer une plainte.

- (a) Toute personne peut porter plainte devant l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut au sujet du comportement d'une infirmière²⁸. La plainte doit être déposée par écrit auprès de l'Association, qui est tenue de l'examiner et de procéder à une enquête.

De plus, toutes les infirmières (qui doivent être enregistrées auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut) sont **obligées** de déclarer toute allégation d'incompétence ou de pratique contraire à l'éthique à l'égard d'une autre infirmière. Le défaut de le faire constitue en soit une conduite non professionnelle²⁹. Cela signifie qu'une infirmière qui apprend qu'une autre infirmière s'est conduite de façon non professionnelle et qui omet de la dénoncer s'expose à des mesures disciplinaires.

- (b) Les membres du public peuvent également porter plainte devant le Bureau des relations avec les patients du gouvernement du Nunavut.

Beaucoup de gens ne connaissent ni l'un ni l'autre de ces mécanismes. Le plus souvent, les gens présentent leurs doléances à leur député, qui intervient ensuite publiquement, aborde la question devant l'Assemblée législative ou communique avec le ministre de la Santé. Cette façon de procéder n'est assortie d'aucune balise ni procédure définie et ne garantit aucun résultat. Elle n'a aucun effet immédiat et manque d'efficacité. Malgré tout, ironiquement, c'est probablement ce type d'intervention qui a mené à la tenue du présent examen.

²⁸ *Loi sur la profession infirmière*, LTN-O 2003, c. 15, art. 34.

²⁹ Règlements administratifs de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, règl. 5.

(i) Dépôt d'une plainte à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

Même s'il est le plus approprié pour traiter les questions graves en lien avec les soins de santé et les normes de soins infirmiers, le mécanisme de dépôt de plaintes auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut est pratiquement inconnu du public. De plus, le fait que les plaintes doivent être soumises par écrit est un frein pour les personnes qui maîtrisent mal l'anglais. Les plaintes examinées par l'Association ont mené à l'ajout de conditions au permis de pratique de M^{me} McKeown et ont fini par entraîner la suspension de son permis. Cependant, ces plaintes n'ont pas été déposées par des membres du public, mais par des infirmières.

ii) Plaintes au Bureau des relations avec les patients

Le Bureau des relations avec les patients, créé en juillet 2013, a indiqué qu'aucune plainte de mauvais diagnostic ou de négligence n'avait été reçue. La majorité des plaintes concernait des enjeux d'accessibilité et d'allocation des ressources, par exemple pour les soins à domicile, les déplacements pour raison médicale et les possibilités d'accompagnement.

Lorsque le Bureau des relations avec les patients reçoit une plainte, la première chose qu'il cherche à savoir est si le plaignant a avisé l'infirmière responsable de la situation, afin que le problème puisse être réglé à la source. Si cela a été fait, mais que la situation n'a pas été corrigée, le Bureau examine la question et communique avec le directeur régional concerné au besoin. À ce stade, la question ne relève plus du Bureau des relations avec les patients, et toutes les décisions, par exemple à savoir s'il y a lieu d'examiner le dossier, sont prises au niveau régional.

Il arrive à l'occasion qu'il faille recourir à de la médiation pour faciliter la communication entre le plaignant et la personne responsable de la décision ou du processus à l'origine de la plainte. Le médecin-chef territorial ou d'autres équipes de soins de santé sont également parfois invités à participer à ce processus. Le Bureau des relations avec les patients peut faire des recommandations sur certains sujets et proposer des

améliorations aux politiques et aux processus. Cependant, il ne dispose pas de l'autorité nécessaire pour dicter des actions précises. Aucune plainte n'a été déposée au Bureau concernant l'affaire Timilak :

De plus, le Bureau des relations avec les patients dispose de ressources limitées pour mener des campagnes de sensibilisation et n'a présentement pas les ressources nécessaires pour mettre en place du personnel dans des endroits comme Cape Dorset. J'ai appris qu'il y avait trois postes au Bureau, mais que l'un d'eux était vacant.

Le Bureau des relations avec les patients pourrait offrir des services extrêmement précieux **s'il disposait des ressources nécessaires**. En effet, il pourrait contribuer à la résolution de problèmes administratifs, faciliter la communication et offrir aux patients et utilisateurs de soins de santé un mode d'interaction respectueux avec les professionnels de la santé. Compte tenu de sa structure et de ses pouvoirs, il n'est cependant pas en position de résoudre des problèmes graves liés aux soins ou aux normes de soins infirmiers.

(iii) Plaintes – Aspects généraux

Le Bureau régional dispose également d'un processus plus informel qu'il peut employer au besoin pour traiter les problèmes relatifs à la compétence des infirmières et aux normes de soins infirmiers. Ce processus, qui permet de réagir plus promptement lorsqu'un problème survient, peut notamment comprendre un examen du travail de l'employé et de ses interactions avec ses collègues, une vérification des dossiers et une enquête sous forme de réunions de recherche des faits et de ce qu'on appelle un « examen à 360° ». Cet examen consiste à consulter de multiples sources de renseignements afin d'évaluer le travail d'un employé. La difficulté, cependant, c'est qu'il doit être demandé par un employé du Bureau régional. Il n'existe aucune condition définie donnant le coup d'envoi à un tel processus, ni de politique qui établit le moment de l'enquête ou la forme qu'elle doit prendre (voir la recommandation 8).

Des plaintes ont également été déposées directement auprès du gouvernement du Nunavut. Par exemple, au début janvier 2012, Gwen Slade a porté plainte auprès des Ressources humaines et de représentants syndicaux. Shawn Burke, gestionnaire aux Ressources

humaines, a indiqué que les plaintes qu'il avait reçues de Gwen Slade, avaient été transmises à Heather Hackney, alors directrice du Centre de santé de Cape Dorset, et à Roy Inglangasuk, directeur régional, mais qu'il n'avait pas reçu de réponse. Il a ajouté que c'était le Bureau régional qui était le mieux placé pour évaluer les questions cliniques. Enfin, M. Burke a affirmé que la Division des relations avec les employés avait joué un rôle très tôt dans cette affaire, mais que lui-même n'y avait pas été mêlé après janvier 2012.

Le témoignage de M. Burke ne concorde pas avec les propos de M. Inglangasuk, à savoir qu'en janvier 2012, ce dernier n'était pas au courant de ce qui se passait au Centre de santé de Cape Dorset.

Bien qu'il soit possible de porter plainte directement auprès du Ministère, les efforts de M^{me} Slade à cet égard n'ont entraîné aucune action immédiate, à part sa suspension pour la durée de l'enquête. Le processus de plainte s'est plus tard transformé en un grief qu'il a pris plus de trois ans à régler.

Les plaintes déposées directement auprès du ministère de la Santé n'ont fait l'objet d'aucun processus d'investigation, d'évaluation ou de suivi.

5. LES POLITIQUES, PROCÉDURES, EXIGENCES DE FORMATION ET LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LES RELATIONS AVEC LES EMPLOYÉS ET LA GESTION DE LA QUALITÉ DU TRAVAIL ONT-ELLES TOUTES ÉTÉ RESPECTÉES ET SONT-ELLES TOUTES ADÉQUATES?

Le gouvernement du Nunavut gère les relations avec les employés de différentes façons³⁰. Les processus officiels sont consignés dans plusieurs documents, dont le Manuel des ressources humaines, et, pour tout ce qui concerne les soins infirmiers, le *Community Health Administration Manual*. Ces documents couvrent en détail les procédures de contrôle continu du travail et des compétences des employés, les questions du mentorat et de l'orientation et les mesures disciplinaires à prendre dans les circonstances appropriées. Les deux documents exigent qu'une évaluation régulière et systématique de la qualité du travail soit effectuée et que des conseils et de l'orientation soient fournis en conséquence. En outre, les lignes directrices du gouvernement du Nunavut à l'intention des superviseurs pour la gestion de la qualité du travail fournissent de précieuses directives en matière de définition des attentes, de suivi et d'accompagnement.

En plus de ces documents, la *Loi sur la fonction publique* contient un certain nombre de dispositions concernant les relations entre employeurs et employés, notamment sur la dénonciation des actes répréhensibles.

Des méthodes et des processus pour contrôler la qualité du travail d'un employé, corriger ses lacunes et prendre des mesures disciplinaires existent dans les mandats et les procédures du gouvernement du Nunavut en matière de ressources humaines. Dans l'affaire du petit Makibi et les circonstances entourant le travail de M^{me} McKeown, ces étapes n'ont pas été suivies. Il n'y a pas eu d'examen systématique de la qualité du travail, où alors s'il y en a eu un, il n'a pas été consigné par écrit. En août 2013, lorsque la Division des relations avec les employés a participé à la résolution de la plus récente (à ce moment-là) plainte de harcèlement, il n'y avait aucune trace d'une enquête qui aurait été réalisée en 2012 (le sous-ministre de l'époque, M. Ma, en avait pourtant fait mention) ni des réprimandes qui auraient pu en découler. La Division des relations avec les employés ne possédait pas de preuve que des mesures avaient été prises après que Gwen Slade eut déposé ses plaintes. Rien n'indique non plus

³⁰ Le présent rapport ne fait en aucun cas référence aux processus relevant de la convention collective.

que des mesures correctives ont été prises en lien avec M^{me} McKeown malgré le fait que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut lui avait imposé des conditions et que Gwen Slade avait présenté de nombreuses plaintes et demandes de renseignements.

M. Burke a affirmé qu'il n'avait pas l'impression d'avoir un rôle à jouer dans cette affaire, et que tant qu'on ne lui demande pas expressément de mener une enquête, son rôle se limite à s'assurer que les renseignements circulent. Il ne croit pas qu'il est tenu d'être proactif ou d'effectuer des suivis.

La qualité du travail des employés doit être évaluée régulièrement et tous les documents relatifs à l'embauche, à la formation, à l'évaluation et aux mesures disciplinaires doivent être consignés dans le dossier de chaque employé. Selon mes recherches, il n'existait aucun système de création et de classement de dossiers. L'emplacement le plus logique pour conserver ce type de documents est la Division des ressources humaines du Ministère. Les Ressources humaines ne peuvent espérer bien conseiller le Ministère si elles ne gèrent pas adéquatement leurs dossiers (voir les recommandations 15 et 16).

En cas de plainte grave, plus d'une personne devrait être responsable d'agir et donner des directives. En tenant le Ministère entièrement responsable des plaintes et en omettant d'examiner les dossiers, on s'expose à des risques. Si le Ministère n'intervient pas, si les dossiers sont mal tenus, si le directeur régional n'est pas disponible ou s'il y a d'autres urgences, le dossier risque d'être oublié, et c'est ce qui est arrivé dans le cas qui nous intéresse. Tous les maillons de la chaîne doivent répondre à des critères rigoureux, ou alors certains dossiers risquent d'être négligés. Dans l'affaire Timilak, non seulement ces critères n'ont pas été respectés, mais certains maillons de la chaîne étaient complètement brisés (voir les recommandations 3, 4, 5, 6 et 7).

Par conséquent, même si des politiques et des procédures existaient, le défaut de suivre les lignes directrices et de créer des documents a entraîné une réponse inadéquate et incohérente. En outre, comme il n'y a pas de méthode à deux volets pour recevoir les plaintes graves et y répondre, il n'existe pas de filet de sécurité adéquat, ce qui entraîne des lacunes qui ne

devraient pas exister dans le traitement des questions graves. Par exemple, si un décès survient dans un centre de santé et que la qualité des soins infirmiers ou un manque de compétences semble être en cause, l'incident devrait être dûment déclaré au Bureau régional et à l'infirmière en chef, et un rapport devrait être demandé au coroner. La personne qui reçoit les plaintes concernant un manque de compétences devrait à la fois les signaler au Bureau régional et à l'infirmière en chef. L'implantation d'un système de déclaration à deux volets pour les risques comme pour les plaintes créerait un filet de sécurité pour la gestion des risques, ce qui n'est pas le cas pour les systèmes de déclaration à un seul volet. Le régime actuel de gestion des risques porte essentiellement sur des enjeux comme la sécurité au travail, mais ne convient pas à l'évaluation de problèmes cliniques (voir les recommandations 3, 4, 6, 7 et 13).

Par ailleurs, la *Loi sur la fonction publique* permet la divulgation d'actes répréhensibles, ce qui comprend le harcèlement, les actes de représailles ou « le fait de causer, par action ou omission, un risque grave et précis pour la vie, la santé ou la sécurité humaine³¹ ». Si une telle divulgation est faite et ne peut être résolue par un superviseur ou par toute autre personne occupant un poste de direction, le responsable de l'éthique peut examiner la déclaration pour établir si un acte répréhensible a bien été commis. Cette disposition est relativement nouvelle dans la loi et n'existait pas en 2012. Cependant, on se demande actuellement si les employés du gouvernement du Nunavut connaissent ce recours et s'ils s'en prévalent. Il convient également de souligner que ces dispositions s'appliquent aux plaintes et aux divulgations faites par des employés du gouvernement au sujet d'autres employés du gouvernement, et qu'elles ne tiennent pas compte des personnes qui ne sont pas employées par le gouvernement du Nunavut, par exemple les infirmières d'agence (voir les recommandations 29, 30 et 31).

³¹ *Loi sur la fonction publique*, article 38.

6. QUELLES SONT LES INTERACTIONS ET QUELS SONT LES MÉCANISMES EXISTANTS ENTRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ, LE MINISTÈRE DES FINANCES (DIVISION DES RELATIONS AVEC LES EMPLOYÉS), LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE, LE BUREAU DU CORONER EN CHEF ET L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET DU NUNAVUT CONCERNANT LES PLAINTES ET LES ENJEUX RELATIFS AUX INFIRMIÈRES AUTORISÉES?

À l'heure actuelle, les mécanismes et les canaux de communication qui existent entre ces différentes instances reposent sur la pratique ou sur des protocoles mal définis et sont de nature *ad hoc*. Dans certains cas, il n'existe même aucun canal, ce qui empêche la communication des données et des actions et fait en sorte que des mesures sont prises sans que les autres instances du système de santé ne participent ou ne soient au courant.

Comme cela a déjà été indiqué, il est possible de porter plainte auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés ou du Bureau des relations avec les patients ou en encore en communiquant directement avec le fournisseur de soins ou avec le fonctionnaire responsable au ministère de la Santé. Bien qu'il arrive souvent que des gens portent plainte auprès de leur député à l'Assemblée législative, cette pratique ne fait l'objet d'aucun processus défini et est soumise aux aléas du contexte politique.

(a) Le ministère de la Santé et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut

Les exigences en matière de confidentialité et la législation créent des barrières entre l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut et les autres organismes concernés, notamment le ministère de la Santé. Les mesures disciplinaires et les plaintes visant une infirmière de même que les résultats de toute enquête entreprise par l'Association ne sont communiqués qu'à l'infirmière concernée et à la personne ou à l'organisme à l'origine de la plainte. Les données relatives aux audiences disciplinaires sont affichées sur le site

Web de l'Association, mais seul le numéro d'enregistrement de l'infirmière y figure. Cependant, il n'est pas rare que des preuves documentaires relatives à une plainte soient demandées au ministère de la Santé, ce qui a pour effet d'aviser indirectement ce dernier de l'existence d'une plainte. Il serait très difficile, voire impossible, pour l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de changer cette pratique en raison des exigences législatives.

Pourtant, les mesures disciplinaires, les plaintes et les résultats des enquêtes sont des renseignements très importants pour le ministère de la Santé. Ce dernier ne peut espérer disposer d'un personnel de soins infirmiers compétent s'il n'a pas ces données.

Pour combler cette lacune, il faut tenir compte de la nécessité pour le Ministère d'avoir ces renseignements, tout en veillant au respect de la vie privée des infirmières concernées.

Il doit y avoir un lien de communication mieux établi entre le ministère de la Santé et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, qui est l'organisme responsable notamment de s'assurer de la compétence du personnel infirmier au Nunavut. Les responsables de ces deux organismes devraient se réunir au minimum une fois par année, et le directeur régional devrait être invité à l'assemblée générale annuelle de l'Association et recevoir les ressources nécessaires pour y assister.

Un protocole doit être établi entre le ministère de la Santé et l'Association concernant le processus d'investigation pour que les employées du ministère, qui sont déjà débordées, ne se voient pas confier des responsabilités supplémentaires (voir recommandation 13).

Il faudrait que l'Association rédige une déclaration de consentement au libellé clair pour la divulgation de renseignements concernant l'historique disciplinaire des infirmières, les plaintes les visant et les résultats des enquêtes ainsi que des protocoles régissant la divulgation et la protection des renseignements au sein du ministère de la Santé. Ces renseignements sont à la fois délicats et potentiellement décisifs pour la carrière d'une infirmière autorisée et des mesures de protection doivent être en place pour qu'ils soient traités en conséquence. Toute mesure proposée à cet

égard devrait être soumise au Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée (voir les recommandations 21 et 22).

(b) Le ministère de la Santé et le Bureau du coroner en chef

Les communications entre le ministère de la Santé et le Bureau du coroner en chef semblent être guidées par des pratiques et des protocoles informels. Le Bureau du coroner relève du ministère de la Justice, mais il doit bénéficier d'un important degré d'indépendance, car il ne doit pas être soumis à l'influence du gouvernement ni à l'influence du public.

Cependant, ce principe d'indépendance n'empêche pas la création de canaux de communication officiels qui permettraient au ministère de la Santé d'intervenir promptement en cas d'incident grave. Si un décès survient dans un centre de santé ou ailleurs et que la pratique, la compétence ou le rôle d'un professionnel de la santé est en cause, le coroner devrait être tenu de présenter un rapport au Bureau régional pertinent et également à l'infirmière en chef si un membre du personnel infirmier est concerné (voir la recommandation 13).

Il semble qu'il n'existe aucune procédure de communication établie entre le Bureau du coroner en chef et le ministère de la Santé pour signaler une préoccupation liée à la compétence d'une infirmière. Il y a eu communication entre le coroner en chef et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, et le coroner a reconnu le mandat d'enquête de l'Association. Cependant, il est important que les problèmes liés à la compétence des infirmières soient également relayés au ministère de la Santé. S'il y avait eu une communication suffisante entre le coroner en chef et le Ministère au sujet de la révision de la cause du décès du petit Makibi, qui est passée de syndrome de mort subite du nourrisson à infection pulmonaire, cela aurait pu amener le Ministère à enquêter davantage sur la question. Deux des problèmes qui ont persisté au cours de l'affaire sont la mauvaise consignation des doléances, des mesures disciplinaires et des mesures correctives et l'absence de liens de communication définis ou fonctionnels. Dans les cas où un décès pourrait être lié aux soins fournis ou disponibles, le Bureau du coroner et le Ministère devraient automatiquement entrer en communication (voir la recommandation 13).

c) Le ministère de la Santé et le ministère des Finances (Division des relations avec les employés)

La communication, la tenue des dossiers et l'exercice du pouvoir sont des aspects qui doivent être mieux définis, encadrés et structurés au sein du ministère des Finances (Division des relations avec les employés) et du ministère de la Santé. La Division des relations avec les employés détient l'autorité ultime en ce qui a trait au licenciement du personnel infirmier et elle doit utiliser la documentation disponible pour évaluer les options qui s'offrent au Ministère (ou à tous les ministères clients). La mauvaise tenue des dossiers et le manque de communication de la part du ministère de la Santé, à l'intérieur de celui-ci et avec celui-ci ont beaucoup contribué aux événements tragiques qui se sont produits. Voici quelques exemples à l'appui.

- Les étapes et les résultats de l'enquête relative aux premières plaintes de harcèlement déposées contre M^{me} McKeown n'ont pas été consignés.
- La directrice des programmes de santé, Baffin Sud, n'a pas dûment déclaré le décès du petit Makibi auprès du Bureau régional ni fourni les documents nécessaires.
- Le Bureau régional a omis d'aviser les Ressources humaines et la Division des relations avec les employés des résultats de l'enquête menée par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut sur la conduite de l'infirmière McKeown.
- L'infirmière responsable du centre de santé a omis d'évaluer le personnel infirmier, de constituer des dossiers pour chaque employé et de communiquer les résultats des évaluations au Bureau régional.
- Le Bureau régional a omis de fournir des séances d'orientation au personnel en temps utile et de consigner le nom des personnes qui y ont participé et qui les ont terminées.
- Personne n'a vérifié que M^{me} McKeown respectait les conditions qui lui étaient imposées et aucun dossier n'a été constitué à cet égard.

Par conséquent, lorsque la Division des relations avec les employés a été consultée, ses options étaient limitées. Les mesures disciplinaires

progressives et la correction d'un comportement ou de pratiques sont deux caractéristiques d'une saine gestion des ressources humaines. Comme aucune mesure de ce type n'a été consignée, le processus a pris beaucoup de retard et les résultats obtenus au bout du compte n'étaient plus de tout adaptés à la situation (voir les recommandations 15 et 16).

Par ailleurs, la question de savoir si l'imposition de mesures disciplinaires à des infirmières et le licenciement de celles-ci doivent relever du ministère des Finances doit être examinée attentivement. Comme je l'ai déjà indiqué, le poste d'infirmière, de même que toutes les caractéristiques qui s'y rattachent, est très différent de tous les autres postes au sein de la fonction publique. La santé et le bien-être des membres de la collectivité peuvent parfois être compromis si certaines mesures ne sont pas prises rapidement et résolument. De plus, l'évaluation des erreurs cliniques sera bien plus juste si elle est effectuée par un professionnel qui a des connaissances et de l'expérience clinique. Du point de vue de la sécurité du public, il semble beaucoup plus logique que ce pouvoir revienne au ministère de la Santé, que la Division des relations avec les employés soit appelée à fournir des conseils et qu'une autre personne, en l'occurrence l'infirmière en chef, gère les questions de pratiques exemplaires et de gestion des risques. Cependant, ce pouvoir est assorti de l'obligation de constituer un dossier pour chaque employé et de veiller à ce que celui-ci soit exact, complet et à jour, ainsi que de gérer les employés conformément aux pratiques exemplaires (voir les recommandations 15, 16 et 17).

d) Le ministère de la Santé et le ministère de la Justice

À l'heure actuelle, le ministère de la Justice demande des avis juridiques au besoin. Toutes les situations ne nécessitent pas un tel avis. Cependant, il y aurait lieu d'établir des paramètres pour définir dans quel type de situation le Ministère pourrait bénéficier d'un avis juridique. De cette façon, le recours à la justice ne serait plus le fait de la décision d'une seule personne. Voici des exemples de paramètres qui pourraient être utilisés :

- Demande d'examen et d'avis juridique chaque fois qu'un incident grave est déclaré;
- Demande d'examen et d'avis juridique chaque fois que des mesures disciplinaires progressives sont appliquées;

- Demande d'examen et d'avis juridique chaque fois que l'emploi d'un professionnel de la santé est en jeu.

(Voir la recommandation 13.)

7. COMMENT LE GOUVERNEMENT DU NUNAVUT PEUT-IL AMÉLIORER LES PROCÉDURES POUR QUE LE SYSTÈME DE RÉCEPTION ET DE GESTION DES PLAINTES RELATIVES AUX SOINS INFIRMIERS SOIT PLUS RÉACTIF?

(a) Processus de plaintes

Généralement, les gens portent d'abord plainte auprès du centre de santé ou d'un gestionnaire du ministère de la Santé. Or, il n'y a pas, à l'heure actuelle, de protocole structuré pour la gestion des plaintes que ceux-ci reçoivent. Par conséquent, une marche à suivre doit être établie pour faciliter le dépôt des plaintes et leur évaluation. Dans les centres de santé, une politique écrite à l'égard de la réception, de la gestion et du suivi des plaintes doit être adoptée. Cette politique devrait contenir les directives suivantes :

- Lorsqu'un patient manifeste des préoccupations au sujet des soins fournis au centre de santé, on doit lui demander s'il désire porter plainte officiellement auprès du centre, ou s'il souhaite transmettre ses doléances au Bureau des relations avec les patients.

Pour les plaintes reçues par le centre de santé et qui ne sont pas relayées au Bureau des relations avec les patients :

- une date précise (et rapprochée) doit être fixée pour rencontrer la personne qui désire porter plainte;
- les détails de la plainte doivent être consignés par écrit dans un format normalisé et passés en revue oralement avec le plaignant. Ce dernier devrait également signer le document écrit;
- les mesures qui seront prises pour évaluer la plainte et enquêter seront abordées avec le plaignant au moment de la signature;
- l'infirmière responsable du centre de santé doit évaluer la plainte afin d'établir si :
 - celle-ci peut être traitée adéquatement par le centre de santé et pourquoi,

- la plainte nécessite une enquête plus poussée et, si, lorsque cette enquête sera terminée, la plainte pourra être résolue par le centre et pourquoi,
 - la plainte nécessite qu'une tierce partie, qui n'est pas à l'emploi du centre, réalise une enquête plus poussée.
-
- le superviseur doit expliquer au plaignant les résultats de l'évaluation, les motifs pour lesquels celle-ci a été effectuée et les mesures qui seront prises par la suite;
 - l'évaluation de la plainte et les mesures de suivi doivent être consignées dans le dossier de la plainte;
 - toutes les plaintes mettant en cause un superviseur doivent être reçues et consignées par un autre membre du personnel du centre de santé et être transmises au directeur des programmes de santé de la région pour qu'il les évalue et prenne les mesures nécessaires en cas de besoin;
 - toutes les étapes d'enquête sur une plainte et de résolution de celle-ci doivent être consignées par écrit;
 - toutes les étapes d'évaluation des plaintes, d'enquête et de divulgation de la décision prise à cet égard doivent être effectuées dans un délai raisonnable;
 - tous les mois, les centres de santé doivent fournir un résumé des plaintes reçues et des mesures prises au directeur des programmes de santé de la région et au Bureau régional. Les renseignements relatifs aux plaintes graves concernant la compétence d'une infirmière doivent être communiqués à l'infirmière en chef et à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, le cas échéant. Une copie de chaque plainte et de la description de son règlement doit être fournie au Bureau des relations avec les patients (voir la recommandation 7).

b) Gestion du personnel de la santé

L'une des difficultés rencontrées dans la présente situation est l'absence d'une évaluation en continu de la qualité du travail. La réalisation de telles évaluations pour tous les professionnels de la santé devrait être une priorité et avoir lieu à des dates précises au cours de l'année civile. À l'heure actuelle, l'évaluation des employés semble être une chose faite s'il reste du temps. Or, les infirmières responsables dans les centres de santé et les districts et les directeurs régionaux ont très peu, voire pas du tout de temps libre.

De plus, les dossiers d'évaluation des employés doivent être conservés avec les renseignements relatifs aux plaintes et aux mesures disciplinaires. Ces dossiers doivent être conservés au Bureau régional et à la Division des relations avec les employés. Des protocoles clairs doivent être établis pour la communication entre les centres de santé, les bureaux régionaux et les Relations avec les employés de façon à ce que toutes ces instances soient au courant des questions relatives à la qualité du travail des employés et aux mesures disciplinaires et à ce qu'elles consignent les renseignements pertinents de façon cohérente.

Tous les incidents graves doivent être signalés selon les normes établies dans le *Community Health Administration Manual*, et la politique devrait être modifiée pour qu'il soit obligatoire de déclarer ces incidents à l'infirmière en chef. Conformément aux lignes directrices pour la déclaration d'incidents graves, ce signalement doit être effectué rapidement (voir les recommandations 3, 4, 5, 6, et 7).

À l'heure actuelle, la gestion des risques relève du ministère des Finances. Cependant, la gestion des risques en santé exige une certaine expertise ainsi que des interventions rapides. Les directeurs régionaux et les superviseurs de district du ministère de la Santé n'ont actuellement pas le temps ni les ressources pour assurer cette gestion adéquatement. Un poste dont le titulaire aurait comme mandat d'enquêter sur les plaintes et les incidents graves ainsi que de créer des protocoles de gestion des risques pour les centres de santé devrait être créé. Cette personne rendrait des comptes au directeur régional ainsi qu'à l'infirmière en chef. De cette façon, les incidents graves seront plus susceptibles de recevoir l'attention qu'ils méritent et de faire l'objet de l'enquête prévue par le *Community*

Health Administration Manual. Lorsque ce mandat est combiné avec un large éventail de responsabilités, y compris le recrutement et la rétention, il risque rapidement d'être perdu de vue (voir les recommandations 3, 4 et 20).

c) Le rôle du Bureau des relations avec les patients

Le Bureau des relations avec les patients joue un rôle important dans le traitement des questions qui préoccupent les membres des collectivités et les personnes qui ont recours aux services de santé. Cependant, il ne semble pas systématiquement transmettre les renseignements recueillis aux instances concernées, sauf à l'occasion, au cas par cas. De plus, il ne compile pas de statistiques sur la nature des plaintes.

Les renseignements fournis au Bureau des relations avec les patients devraient être présentées dans un format statistique approprié et comprendre non seulement le nombre de plaintes reçues et, le cas échéant, de plaintes résolues, mais également la nature des plaintes. À cet égard, des catégories de plaintes pourraient facilement être créées (p. ex. les déplacements pour raison médicale et l'accompagnement, l'accès aux soins de santé, la qualité des soins), ce qui faciliterait la collecte des données.

Toutes les plaintes concernant les soins et la compétence des professionnels de la santé devraient être relayées au Bureau régional et à l'infirmière en chef, qui prendraient les mesures qui s'imposent (voir les recommandations 13 et 24).

d) L'infirmière en chef

Le poste d'infirmière en chef n'a été occupé, au mieux, que temporairement et sur de très courtes périodes. C'est pourtant l'infirmière en chef qui serait la personne la mieux placée pour superviser la qualité des soins fournis par les infirmières au Nunavut. Compte tenu de son mandat, elle est en mesure d'assurer la cohésion et la cohérence de plusieurs aspects des soins infirmiers. Elle peut notamment :

- vérifier les compétences exigées à l'échelle des collectivités;

- veiller à ce que l'expertise et les compétences du personnel correspondent aux besoins des collectivités. Les collectivités n'ont pas nécessairement des besoins identiques en ce qui a trait au profil du personnel infirmier. De précieux dollars peuvent être gaspillés en tentant de recruter du personnel dont les compétences ne correspondent pas nécessairement aux besoins de la collectivité;
- superviser le processus d'évaluation des infirmières et les mesures disciplinaires;
- être la personne-ressource avec qui communiquer pour les plaintes relatives à la compétence des infirmières, les préoccupations en matière de gestion des risques, les incidents évités de justesse et tout autre incident grave;
- participer à la supervision de toutes les enquêtes relatives à la compétence des infirmières et à l'observation des normes et des lignes directrices;
- superviser les critères et les échéanciers relatifs à l'orientation des infirmières;
- recevoir les rapports du coroner en chef pour tous les décès dans des centres de santé ou liés aux soins infirmiers;
- modifier et mettre à jour les politiques et les protocoles relatifs à la prestation de soins infirmiers communautaires;
- faciliter la communication des plaintes et les enquêtes relatives à la qualité des soins infirmiers.

Afin de pouvoir remplir un mandat de cette importance, l'infirmière en chef doit être en poste de façon permanente, toucher une rémunération adéquate et disposer de personnel de soutien (voir les recommandations 2, 3, 5 et 6).

Le titulaire de ce poste doit également disposer de canaux de communication établis avec les autres instances, notamment les bureaux régionaux, le Bureau des relations avec les patients, le Bureau du coroner en chef, l'administration centrale du ministère de la Santé et les centres de santé communautaires. Ces canaux de communication doivent être répertoriés par écrit pour que toutes les instances concernées puissent les utiliser. Comme cela a été déjà indiqué, tous les incidents graves et toutes les plaintes sérieuses devraient faire l'objet de déclarations à deux volets.

8. COMMENT LE GOUVERNEMENT DU NUNAVUT PEUT-IL ACCROÎTRE LA TRANSPARENCE DE SES COMMUNICATIONS AVEC LE PUBLIC ET LES PARTIES CONCERNÉES À LA SUITE D'INCIDENTS, TOUT EN RESPECTANT SES OBLIGATIONS EN VERTU DE LA LOI SUR L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE?

Un processus de déclaration et de dépôt de plaintes ne peut être efficace que s'il est connu du public. Il y a bien sûr la question de la transparence dans le cas d'un incident grave, il faut avant tout que le public sache qu'il existe un processus de dépôt de plaintes, connaisse les moyens de s'en prévaloir et soit au fait de la façon dont le ministère de la Santé gère les incidents graves. La communication des faits après un incident grave peut convenir aux personnes touchées, mais ne permet de recueillir que des renseignements fragmentaires et ponctuels. Il faudrait concevoir des affiches promotionnelles et des messages d'intérêt public à ce sujet et les distribuer dans l'ensemble du Nunavut, de même que dans tous les centres de santé. Tous les députés à l'Assemblée législative devraient être avisés de l'existence d'un système de dépôt de plaintes et des processus d'enquête en cas de plainte et d'incident grave. Ils devraient également fournir ces renseignements à leurs électeurs et les inviter à recourir au processus officiel plutôt que de porter plainte directement auprès d'eux.

Lorsqu'une personne ou une famille est touchée par un incident grave, celle-ci devrait être interrogée en temps utile pour que les autorités compétentes sachent si les détails entourant l'incident doivent demeurer confidentiels ou s'ils peuvent être communiqués à d'autres personnes ou au public. Cette responsabilité devrait incomber au fournisseur de soins de santé le plus étroitement lié à la famille et à l'incident. Si une personne ou une famille touchée consent à diffuser publiquement la nature de l'incident ou du problème, les responsables du Ministère doivent aussi communiquer au public sur demande l'ensemble des faits et des circonstances entourant la question. Dans ces situations, il n'est plus approprié pour le Ministère de donner une réponse floue en invoquant la confidentialité ou des problèmes de relations avec les employés. Dans le cas contraire, lorsqu'une famille décide de ne pas rendre une situation publique, le Ministère et les autres parties intéressées, comme les médias et le public, doivent respecter sa décision.

PARTIE V CONCLUSION GÉNÉRALE

J'aimerais formuler quelques observations sur le présent rapport.

Il est évident que le climat de travail au Centre de santé Cape Dorset était perturbé bien avant le décès du petit Makibi en avril 2012. Des plaintes avaient été formulées oralement, par écrit et sous forme de grief officiel auprès de superviseurs et de représentants syndicaux bien avant le décès.

Certains cas n'ont jamais été entièrement éclaircis et la crédibilité des plaignants a été mise en doute sans qu'aucune enquête soit effectuée. Le processus de grief a été long à démarrer et les superviseurs principaux se sont montrés très peu réceptifs.

Des politiques et des processus limpides et obligatoires n'ont pas été respectés.

Les réponses du gouvernement visaient davantage à réduire les risques et à défendre des positions qu'à lancer une enquête et à prendre des mesures correctives.

Les conclusions de la coroner en chef ont été revues plusieurs fois depuis avril 2012. Il est difficile de comprendre pourquoi son bureau a cherché à obtenir un avis supplémentaire trois ans après les événements. Cela exige des explications. Les parents du petit Makibi ont le droit de savoir pourquoi des professionnels de la santé ont des opinions différentes à l'égard du décès de leur enfant. De plus, des incohérences subsistent quant aux faits survenus le 4 avril 2012, lorsque Neevee Akesuk a communiqué avec le centre de santé. Ces faits sont importants. Il est impossible pour la rédactrice d'établir la cause du décès ou de privilégier une version des faits plutôt qu'une autre. Cependant, ces questions pourraient être posées dans le cadre d'une enquête sur le décès de l'enfant. Compte tenu de toutes les questions demeurées sans réponse, de l'importance de l'affaire et de l'existence d'incohérences factuelles et de fausses informations, une enquête officielle permettrait aux parents, à la collectivité de Cape Dorset et aux résidents du Nunavut de mieux comprendre ces événements tragiques (voir la recommandation 43).

Il convient de souligner qu'un climat de peur règne actuellement au sein du gouvernement du Nunavut, et ce, dans tous les milieux de travail et à tous les niveaux de la hiérarchie, même dans les hautes sphères d'autorité du gouvernement. À plusieurs occasions, des professionnels de la santé ont dit vouloir garder l'anonymat, par crainte de perdre leur emploi. Ce sentiment de peur s'est accru avec ce qui est arrivé à Gwen Slade et qui a été perçu comme une punition à son égard. La méfiance règne dans les organismes qui privilégient l'autorité et les punitions au détriment de la collaboration et de la communication. Cette culture est non seulement contraire aux premiers principes de la philosophie qui a guidé la création du Nunavut, mais elle compromet également la capacité du gouvernement à gouverner de façon transparente et responsable. Le gouvernement ne pourra enrayer cette culture de la peur qu'en faisant marche arrière et en agissant conformément aux grands principes à l'origine de la création du Nunavut.

Il est fort probable que le cas des infirmières et des patients du Centre de santé de Cape Dorset ne soit pas unique. La nature de la pratique infirmière et les conditions qui prévalent dans cette collectivité sont similaires à ce que l'on retrouve dans l'ensemble du Nunavut. Par conséquent, il peut y avoir des milieux de travail dysfonctionnels dans toutes les collectivités, ce qui oblige les directeurs régionaux et les superviseurs, déjà débordés, à surveiller les employés, enquêter en cas de problème et à prendre les mesures correctives qui s'imposent. Il est absolument nécessaire de revoir les niveaux de dotation en personnel pour que les personnes responsables soient en mesure de fournir des services uniformes et de qualité (voir les recommandations 9 et 19).

Des mesures de réparation devront être adoptées pour redonner confiance à la population et rétablir le bon fonctionnement du Centre de santé de Cape Dorset et probablement aussi d'autres centres de santé du Nunavut. Il est possible que de telles démarches aient déjà été entamées par du personnel infirmier des centres de santé, mais une telle opération doit être entreprise de façon globale et ne doit pas dépendre du point de vue ou de l'efficacité d'employés en particulier. En outre, compte tenu du stress qu'il subit, le personnel qui travaille dans ces environnements mérite de la reconnaissance, du répit et une certaine « motivation » professionnelle, sous forme de collaboration avec les collègues et de soutien mutuel.

Des mesures de réparation doivent également être adoptées à l'égard des collectivités, qui à l'heure actuelle n'ont pas l'impression de bénéficier du système de santé auquel ils sont censés avoir droit. Comme je l'ai déjà indiqué, la population ne se sent pas la bienvenue dans les centres de santé et se sent incomprise et marginalisée. Si l'orientation du personnel infirmier traitait plus en détail de l'histoire et la culture des Inuit, celui-ci aurait probablement déjà plus de facilité à établir des liens avec les membres des collectivités. Cependant, la qualité des relations entre les membres des collectivités et leur centre de santé ne dépend pas uniquement des employés de ces centres ou du ministère de la Santé. Le traumatisme historique, la toxicomanie et la mauvaise connaissance des soins de santé amènent parfois les membres des collectivités à se conduire de façon agressive et présomptueuse, et ces comportements contribuent à diviser les professionnels de la santé et leurs patients. Cette situation ne touche pas uniquement les fournisseurs de soins de santé, mais également les fournisseurs d'autres types de services. Il n'est pas rare que le climat s'envenime et que certains fournisseurs se mettent à refuser de travailler à certains endroits. Ceux qui restent sont alors généralement les plus déterminés et les moins compétents. Cette situation ne prévaut pas uniquement à Cape Dorset et existe depuis de nombreuses années. Toute mesure visant à changer cette dynamique se doit d'avoir une portée beaucoup plus vaste que le présent examen, et il faudra tenir compte de facteurs comme le traumatisme historique et les dysfonctions personnelles et familiales. Le chemin sera long et ardu, et la réussite ne viendra pas facilement. Cependant, si l'on désire mettre fin au clivage entre les membres des collectivités et les fournisseurs de services, il faudra s'atteler à cette tâche.

Enfin, en guise de premier pas pour restaurer la confiance du public, le ministère de la Santé devrait rendre public le présent rapport dans son intégralité, ainsi que les mesures concrètes qu'il entend prendre pour y répondre.

(Voir les recommandations 44, 45, et 46.)

ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

| Date | Collectivité | Personnes |
|--------------|--|--|
| Février 2015 | Trenton (Ontario) | Gwen Slade, infirmière |
| | Cape Dorset | Neevee Akesuk, mère de l'enfant décédé |
| | Communication avec le conseiller juridique de Debbie McKeown | |
| Mars 2015 | Iqaluit | David Joanasie, député à l'Assemblée législative |
| | Trenton (Ontario) | Gwen Slade |
| | Iqaluit (Nunavut) | Colleen Stockley, sous-ministre Gogi Greeley, sous-ministre adjoint par intérim, Opérations Karen Kabloona, adjointe de direction du ministre Okalik David Joanasie, député à l'Assemblée législative Peter Ma, ancien sous-ministre de la Santé T. Rohner, Nunatsiaq News Hilary Burns, Division des relations avec les employés Sandy Macdonald D ^{re} Madeleine Cole |
| | Cape Dorset (Nunavut) | David Joanasie, député à l'Assemblée législative Résidents de Cape Dorset Eileen Patterson, infirmière responsable, Centre de santé de Cape Dorset Parents de bébé Makibi |
| | Communication par téléphone | Infirmière d'agence |
| Avril 2015 | Pangnirtung (Nunavut) | Roy Inglangasuk, direction générale, Bureau régional de Qikiqtaaluk Marcus Wilke, directeur de la santé de la population Feloreh Saremi, directeur des programmes de santé par intérim |
| | Iqaluit | Bureau des relations avec les patients |

ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

| | | |
|--|---|---|
| | Communication par téléphone | Elaine Keenan Bengts, commissaire à l'information et à la protection de la vie privée |
| | Ottawa | Elise Van Schaik, ancienne directrice des programmes de santé |
| | Communication par téléphone | Heather Chang, Yellowknife – infirmière retraitée active au sein de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut |
| | Communication avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut et remise de documents | |
| | Téléconférence | Heather Hackney, infirmière en santé communautaire [auparavant directrice des programmes de santé, Qikiqtaaluk] et son conseiller juridique |

ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

| | | |
|----------------|---|---|
| Mai 2015 | Conférence téléphonique | Barb Harvey, directrice des normes professionnelles |
| Juin 2015 | Réception d'autres renseignements et commentaires | Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, H. Hackney, G. Slade |
| | Communication électronique | Marshall, conseiller juridique pour D. McKeown |
| | Réception des rapports et des communications | Coroner en chef du Nunavut |
| | Ottawa Iqaluit | Rencontre avec le coroner en chef Rencontre avec la Division des relations avec les employés et les Ressources humaines Rencontre avec les employés de l'administration centrale du ministère de la Santé Entrevue avec Nunatsiaq News |
| Juillet 2015 | Communication avec les médias | CBC |
| | Communication avec d'anciens employés et entrepreneurs du gouvernement du Nunavut Réception d'autres documents | |
| Août 2015 | | Bureau régional de Pangnirtung, B. Harvey, Normes professionnelles |
| Septembre 2015 | Entrevue téléphonique | |
| | Entrevue téléphonique | Mary Bender, Infirmière superviseure clinique, ministère de la Santé Jennifer Berry, infirmière en chef |

ANNEXE 3 – CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS

| Septembre 2011 | Janvier 2012 | Février 2012 | Mars 2012 | Avril 2012 | Juin 2012 | Juillet 2012 | Septembre 2012 |
|---|--|--|---|--|--|---|---|
| <p>K. Rae transmet une liste de problèmes concernant le Centre de santé de Cape Dorset à Heather Hackney.</p> <p>Enquête sur les faits et S. Validen est relevée de ses fonctions d'infirmière en chef.</p> | <p>Gwen Slade revient travailler au Centre de santé de Cape Dorset.</p> <p>G. Slade dépose des plaintes pour harcèlement auprès du gouvernement du Nunavut.</p> <p>Ces plaintes sont transmises à H. Hackney et à R. Inglangasuk par S. Burke.</p> | <p>G. Slade dépose d'autres plaintes auprès du gouvernement du Nunavut.</p> <p>G. Slade dépose une plainte auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut concernant D. McKeown et L. Sapach</p> <p>Gwen Slade quitte la collectivité de Cape Dorset.</p> | <p>D. McKeown demeure à Cape Dorset.</p> <p>Les documents devant être remis à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut le 15 mars lui sont fournis à une date ultérieure.</p> <p>Correspondance continue de G. Slade concernant le traitement de ses plaintes et griefs.</p> | <p>Bébé Makibi décède le 5 avril.</p> <p>H. Hackney rédige une note d'information au sujet du décès.</p> <p>Le coroner conclut que la mort a été causée par le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).</p> <p>L'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut est informée du décès et du manquement de l'infirmière McKeown à son obligation de</p> | <p>Restrictions au droit de pratique de D. McKeown qui ne peut désormais plus s'occuper d'enfants de moins de 10 ans.</p> <p>Heather Hackney informe l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut que les tâches de M^{me} McKeown seront modifiées pour tenir compte des restrictions lui ayant été imposées.</p> <p>H. Hackney fournit possiblement des</p> | <p>Le coroner en chef révisé la cause du décès et conclut plutôt à une infection pulmonaire disséminée.</p> | <p>Rédaction d'une lettre de réprimande du sous-ministre P. Ma s'adressant à D. McKeown.</p> <p>Le ministère de la Santé autorise l'examen du dossier de bébé Makibi.</p> |

ANNEXE 3 – CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| | | <p>L'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut demande des documents pour obtenir de l'information sur la plainte de G. Slade.</p> <p>Février 2012</p> <p>R. Inglangasuk informe l'Association qu'elle n'aura pas accès à ces documents.</p> <p>R. Inglangasuk fait savoir par courriel qu'il prend le dossier en charge.</p> <p>Le directeur de la sécurité</p> | | <p>s'occuper personnellement du nourrisson, comme le prévoit la politique du gouvernement du Nunavut.</p> | <p>« renseignements sommaires » à R. Inglangasuk concernant le décès du nourrisson et les restrictions au droit de pratique.</p> | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|

ANNEXE 3 – CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | en milieu de travail recommande au sous-ministre la tenue d'une enquête complète sur la plainte de harcèlement de G. Slade. | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|

ANNEXE 3 – CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS

| Mai 2013 | Juin 2013 | Août 2013 | Septembre 2013 | Novembre 2013 | Décembre 2013 | Janvier 2014 |
|--|--|---|---|--|---|--|
| <p>R. Inglangasuk répond par écrit à K. Rae concernant ses préoccupations au sujet du Centre de santé de Cape Dorset.</p> <p>R. Inglangasuk s'informe auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut des restrictions au droit de pratique de D. McKeown, puisqu'il voudrait lui faire passer une entrevue pour le poste de superviseure du Centre de santé de Cape Dorset.</p> <p>L'Association lui répond que les restrictions s'appliquent</p> | <p>D. McKeown se fait offrir et accepte le poste permanent à temps plein d'infirmière responsable du Centre de santé de Cape Dorset.</p> | <p>D'autres plaintes sont déposées par des employés du Centre de santé de Cape Dorset concernant des allégations de harcèlement de la part de D. McKeown.</p> <p>Le Bureau régional du ministère de la Santé enquête sur les plaintes de harcèlement. D. McKeown est suspendue pendant l'enquête. D'autres plaintes font surface pendant l'enquête.</p> | <p>Prolongement de la suspension de D. McKeown et poursuite de l'enquête.</p> <p>Le Bureau régional tente d'amasser des preuves pour congédier D. McKeown avec la Division des relations avec les employés.</p> <p>Le Bureau régional souhaite fixer d'autres rencontres pour établir les faits au sujet d'autres préoccupations.</p> | <p>Envoi d'une lettre de réprimande à D. McKeown de la part de R. Inglangasuk. M^{me} McKeown reçoit l'ordre de suivre le cours en ligne sur le respect au travail.</p> <p>D. McKeown est de retour au travail.</p> <p>D. McKeown assiste à une séance d'orientation à Pangnirtung.</p> <p>La Division des relations avec les employés avise le Bureau régional qu'il doit cesser d'enquêter sur M^{me} McKeown.</p> <p>Novembre 2013 La Division des relations avec les employés se dit avoir été</p> | <p>G. Slade écrit une longue lettre à D. Joanasie au sujet de ses inquiétudes par rapport au Centre de santé de Cape Dorset.</p> <p>D. Joanasie informe la ministre de la Santé EII de ces inquiétudes.</p> | <p>D. McKeown fait une demande de congé.</p> <p>Les différends se poursuivent entre le ministère de la Santé et la Division des relations avec les employés concernant la gestion adéquate du dossier McKeown.</p> <p>Le Bureau régional veut la congédier, mais la Division des relations avec les employés n'est pas d'accord.</p> <p>Le Bureau régional déclare avoir demandé au sous-ministre et au sous-ministre adjoint la tenue d'une enquête complète sur les événements survenus au Centre de santé de Cape Dorset.</p> |

ANNEXE 3 – CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS

| | | | | | | |
|------------------|--|--|--|---|--|---|
| <p>toujours.</p> | | | | <p>préoccupée par la tenue d'autres enquêtes, mais ne se souvient pas d'avoir reçu l'ordre de mettre fin à l'enquête.</p> | | <p>Janvier 2014</p> <p>Aucune réponse depuis 2012. Il est difficile de déterminer si le Bureau régional a réellement transmis cette demande au sous-ministre ou au sous-ministre adjoint de la Santé.</p> |
|------------------|--|--|--|---|--|---|

RECOMMANDATIONS DÉCOULANT DE L'EXAMEN EXTERNE

En formulant mes recommandations, j'ai tenté de les classer en grandes catégories afin de faciliter leur analyse et leur mise en œuvre. J'ai également tenté d'éviter les recommandations de nature très générale qui, même si elles peuvent sembler satisfaisantes, sont en fait peu pratiques.

PROCESSUS GOUVERNEMENTAL, REDDITION DE COMPTE ET AUTORITÉ

1. Tous les employés d'un centre de santé communautaire devraient relever d'une seule voie hiérarchique formée de l'infirmière responsable, du directeur des programmes de santé pour la région et du directeur régional.
2. Le poste d'infirmière en chef devrait devenir un poste permanent à temps plein, assorti d'un mandat prévoyant un rôle important en ce qui a trait à la gestion des risques concernant le personnel des soins de santé, à l'action éducative, à l'orientation, à la formation de rattrapage et enfin aux mesures disciplinaires en collaboration avec d'autres intervenants lorsque les circonstances l'exigent. De plus, la titulaire serait responsable de l'examen et de la révision des politiques et des lignes directrices relatives aux soins de santé afin de s'assurer qu'elles demeurent à jour et pertinentes. Des ressources, y compris du personnel supplémentaire, devraient être offertes à l'infirmière en chef afin qu'elle puisse s'acquitter de son mandat.
3. Tous les incidents graves devraient être signalés à l'infirmière en chef ainsi qu'aux personnes concernées des différents échelons de la hiérarchie du ministère de la Santé.

4. Tous les incidents graves devraient faire l'objet d'une enquête allant au-delà de l'examen des dossiers médicaux et être suivis d'entrevues avec les membres de la famille du patient concerné, de façon strictement conforme aux politiques énoncées dans le *Community Health Administration Manual*.

5. Les politiques concernant le signalement des incidents graves devraient être modifiées afin de prévoir des voies de communication officielles entre le ministère de la Santé et le Bureau du coroner en chef, la Gendarmerie royale du Canada (GRC), l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut et la Division des relations avec les employés, ainsi qu'entre le Bureau régional et l'administration centrale des ministères, selon les circonstances de l'incident.

6. Le Bureau régional du ministère de la Santé devrait collaborer avec l'infirmière en chef pour déterminer le type d'intervention à préconiser et mener les enquêtes en cas d'incidents graves.

7. Des procédures doivent être établies pour faciliter le dépôt, l'examen et le suivi des plaintes. Dans les centres de santé, une politique écrite relative à la réception, au traitement et au suivi des plaintes doit être instaurée. Cette politique doit préciser ce qui suit :

- Il est obligatoire de demander aux patients qui font part d'inquiétudes au sujet de la prestation des soins de santé dans un centre de santé s'ils souhaitent communiquer avec le Bureau des relations avec les patients ou déposer une plainte officielle directement au centre. Pour les patients qui choisissent la deuxième option :
- Il est obligatoire de prévoir une date (pas trop éloignée) pour rencontrer la personne souhaitant faire une plainte;
- Les détails de la plainte doivent être consignés par écrit dans un format normalisé et passés en revue oralement avec l'auteur, qui doit ensuite signer le document;
- Au moment de la signature, le plaignant doit être informé des mesures qui seront prises pour examiner et traiter sa plainte.

- L'infirmière responsable du centre de santé examine la plainte afin de déterminer :
 - s'il est possible ou non de traiter la plainte de manière satisfaisante au centre de santé et pour quelles raisons;
 - si la plainte nécessite ou non une enquête et si, une fois cette enquête terminée, elle peut être traitée au centre, et pour quelles raisons;
 - si la plainte nécessite ou non une enquête réalisée par une personne qui n'est pas à l'emploi du centre de santé et pour quelles raisons.

- L'infirmière responsable informe le plaignant des conclusions tirées de l'examen de la plainte et pourquoi on est parvenu à de telles conclusions, ainsi que des mesures qui seront prises, s'il y a lieu.
- Les conclusions de l'examen de la plainte et les mesures de suivi prises doivent être consignées dans le dossier de plainte.
- Pour toutes les plaintes concernant l'infirmière responsable, la plainte doit être notée par écrit par un autre membre du personnel du centre de santé et transmise au directeur des programmes de santé de la région, qui l'évaluera et prendra les mesures appropriées, s'il y a lieu.
- Le plaignant doit être informé en personne des résultats découlant des mesures prises au centre de santé pour régler la plainte ou de toute mesure prise à la suite des conclusions de l'enquête.
- Toutes les mesures prises pour régler la plainte et toutes les enquêtes entreprises à ce sujet doivent être consignées par écrit.

- Toutes les mesures visant évaluer une plainte, à enquêter et produire un rapport sur les résultats doivent être prises dans les meilleurs délais.
- Toutes les plaintes reçues et les mesures prises dans sa foulée doivent faire l'objet d'un rapport mensuel à l'intention du directeur des programmes de santé de la région et du directeur régional concerné.

Pour les plaintes faites directement au ministère de la Santé et non au personnel des centres de santé, une politique relative à leur traitement doit être instaurée :

- La plainte doit être consignée par écrit dans un format normalisé.
- La plainte doit être examinée afin de déterminer si elle doit être transmise à l'infirmière responsable du centre de santé aux fins d'enquête et de règlement, et les détails de l'examen doivent être consignés par écrit dans le dossier de plainte.
- Si la question nécessite une enquête approfondie par une tierce personne, les éléments à considérer doivent être communiqués par écrit à cette personne.
- L'information concernant l'examen, l'enquête ou les mesures prises doit être communiquée au plaignant.

8. Le Bureau régional doit se doter de politiques clairement définies qui précisent dans quelles circonstances il est approprié d'effectuer une recherche des faits, d'enquêter ou de transmettre la plainte au responsable de l'éthique ou à l'infirmière en chef.

9. Une évaluation des besoins en personnel des centres de santé communautaire devrait être effectuée afin que soient embauchés des professionnels de la santé dont les compétences correspondent aux besoins des collectivités qu'ils servent.

10. Les directeurs régionaux devraient pouvoir modifier les heures d'ouverture des centres de santé communautaire afin de mieux répondre aux besoins des collectivités.

11. Les directeurs régionaux ou leurs mandataires devraient effectuer au moins une visite annuelle dans les centres de santé communautaire de leur région pour constater et évaluer la charge de travail, les besoins en personnel, la qualité des soins offerts et les liens tissés avec la collectivité. Dans le cadre de ces visites, les directeurs devraient chercher à recueillir les commentaires des membres de la collectivité afin de favoriser leur participation aux activités du centre et d'être à l'écoute de leurs inquiétudes, s'il y a lieu.

12. Les directeurs régionaux doivent resserrer leurs relations de travail avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut et assister à son assemblée annuelle.

13. Des canaux et des protocoles de communication clairement définis doivent être établis entre le ministère de la Santé et :

- l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut pour permettre la divulgation de renseignements relatifs aux antécédents disciplinaires des infirmières qui présentent leur candidature pour un emploi ainsi que des résultats d'enquêtes découlant de plaintes déposées à l'endroit d'infirmières pratiquant au Nunavut, et la simplification de l'échange de renseignements dans le cadre d'enquêtes;
- le Bureau du coroner en chef en ce qui concerne le signalement de tout décès où la pratique, les compétences ou l'implication d'un professionnel en soins infirmiers sont possiblement en cause;
- l'infirmière en chef en ce qui a trait à l'examen et, s'il y a lieu, la révision des compétences exigées des infirmières embauchées pour travailler dans les centres de santé communautaire, à l'évaluation des besoins des professionnels en soins de santé communautaire, à la collaboration pour la supervision de toutes les enquêtes, évaluations et mesures disciplinaires qui concernent les infirmières des centres de santé communautaire, à l'évaluation et à la révision des séances d'orientation pour les infirmières en santé communautaire, à l'examen

et au respect des lignes directrices concernant les incidents graves dans les centres de santé communautaire ainsi qu'à la surveillance et à la modification de toutes les politiques relatives à la prestation de soins infirmiers dans la collectivité.

- le ministère des Finances (Division des relations avec les employés) pour la mise en place d'un cadre défini de consultation sur l'embauche, les mesures disciplinaires et la suspension concernant le personnel infirmier des centres de santé communautaire ou sur la qualité des soins infirmiers et les compétences du personnel;
- le ministère de la Justice pour l'obtention d'avis juridiques concernant les conséquences d'incidents graves dans les centres de santé communautaire en lien avec la qualité des soins ou les compétences du personnel infirmier;
- le Bureau des relations avec les patients en ce qui concerne la communication de renseignements portant sur la qualité des soins et les compétences du personnel infirmier et la transmission de statistiques sur la nature et le règlement des plaintes.

14. Le Bureau des relations avec les patients doit compiler à la fois des statistiques numériques et des statistiques classées par catégorie, lesquelles doivent être transmises à l'infirmière en chef et aux directeurs régionaux.

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

15. Le Bureau régional et les Ressources humaines du ministère de la Santé doivent conserver des dossiers sur le recrutement, l'embauche, la formation, l'orientation, l'évaluation de toutes les infirmières des centres de santé communautaire et les mesures disciplinaires prises à leur égard.

16. Chaque année, tous les professionnels de la santé des centres de santé communautaire doivent être évalués, et les attentes à leur égard doivent être passées en revue et modifiées. Ce processus doit se faire le même mois chaque année, peu importe la date d'embauche des employés.

17. Le pouvoir de faire enquête sur une infirmière, de lui imposer des mesures disciplinaires, de la suspendre ou de procéder à son congédiement devrait incomber au ministère de la Santé, qui demande la collaboration à cet effet de l'infirmière en chef, de la Division des relations avec les employés du ministère des Finances et du ministère de la Justice.

18. Une évaluation de la valeur relative de la rémunération du personnel infirmier occupant un poste à durée indéterminée et du personnel infirmier occasionnel du gouvernement du Nunavut doit être réalisée. Bien que la parité entre ces deux catégories semble tout indiquée, il est possible d'encourager l'acceptation de postes à durée indéterminée en offrant une meilleure rémunération pour cette catégorie.

19. Une évaluation des besoins en personnel dans les centres de santé communautaire doit être effectuée afin que les niveaux de dotation tiennent compte de la croissance de la population et de l'augmentation de l'affluence

dans les centres de santé. D'autres évaluations du genre doivent également être réalisées en ce qui concerne les besoins en personnel pour les postes de direction. Par exemple, il n'est peut-être pas raisonnable de confier à un directeur régional la tâche d'enquêter dans la collectivité, alors qu'un subalterne peut s'en charger. Il est préférable de créer un poste pour un tel mandat ou de modifier les descriptions de poste pour y inclure des responsabilités spécifiques d'enquête et de surveillance des plaintes.

20. Au sein du Bureau régional du ministère de la Santé, un poste devrait être créé ou une personne désignée pour la réalisation de toutes les enquêtes, en collaboration avec les Ressources humaines, la Division des relations avec les employés et l'infirmière en chef, qui concernent les plaintes sur un membre du personnel et les incidents graves dans les centres de santé relevant de la responsabilité du Bureau.

21. Toutes les candidates aux postes d'infirmière devraient signer un consentement à la divulgation des renseignements que détient leur association des infirmières autorisées au sujet des mesures disciplinaires dont elles ont fait l'objet et de leur formation.

22. Toutes les infirmières employées devraient autoriser l'Association des infirmières autorisées des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut à divulguer les renseignements qu'elle possède concernant les plaintes les visant et les résultats d'enquêtes tenues à leur sujet au directeur régional, au ministère de la Santé et à l'infirmière en chef.

23. Toutes les plaintes relatives à la compétence d'une infirmière que reçoivent directement un centre de santé communautaire, le directeur des programmes de santé de la région ou le Bureau régional devraient être transmises à l'infirmière en chef afin qu'il puisse y avoir une concertation pour la prise de décision et la tenue d'une enquête dans les meilleurs délais si nécessaire.

24. Toutes les plaintes reçues par le Bureau des relations avec les patients et par les députés à l'Assemblée législative au sujet de la qualité des soins ou des compétences des professionnels de la santé devraient être transmises au

Bureau régional et à l'infirmière en chef qui se concerteront pour la prise de décision et veilleront à la tenue d'enquêtes dans les meilleurs délais si nécessaire.

25. Les membres de la famille d'un patient ayant reçu des soins de qualité discutable doivent être informés des mesures prises pour examiner l'incident et faire enquête à ce sujet (voir recommandation 7 ci-dessus). Les responsables des enquêtes sur la qualité de soins discutable doivent répondre aux questions et aux préoccupations des membres de la famille.

26. Le personnel infirmier doit pouvoir bénéficier de moments de répit adéquats.

27. Le Ministère doit étudier les possibilités de mentorat, d'examen des dossiers et de perfectionnement professionnel pour les infirmières qui pratiquent.

28. Un protocole de mentorat par les pairs doit être établi pour les infirmières qui pratiquent au Nunavut, et des mentors doivent être nommés. La charge de travail des mentors doit être adaptée en fonction de leurs nouvelles responsabilités. Toutes les infirmières qui pratiquent au Nunavut doivent être informées du rôle des mentors, et les coordonnées de ceux-ci affichés dans tous les centres de santé.

29. Une stratégie doit être élaborée par la Division des relations avec les employés pour faire connaître les dispositions de la *Loi sur la fonction publique* relatives aux processus en place pour le signalement d'actes répréhensibles commis par les employés du gouvernement du Nunavut.

30. De l'information et des ressources doivent être mises à la disposition des employés du gouvernement du Nunavut pour les aider à détecter les cas d'intimidation et de harcèlement et à distinguer les comportements inappropriés des comportements requis dans le cadre de l'accomplissement des tâches.

31. Des processus et des politiques relatives aux plaintes et au signalement d'actes répréhensibles doivent être élaborés pour permettre la déclaration par

des employés du gouvernement du Nunavut au sujet de membres du personnel qui ne sont pas considérés comme des « fonctionnaires » au sens de la *Loi sur la fonction publique*.

FORMATION ET ÉDUCATION

32. Les professionnels de la santé nouvellement embauchés et sans expérience de travail en centres de santé communautaire dans un milieu nordique devraient suivre une séance d'orientation le plus rapidement possible, au plus tard six (6) mois après la date d'embauche.
33. Les candidats ayant de l'expérience en milieu rural et éloigné devraient bénéficier d'un traitement préférentiel normalisé dans le cadre du processus de recrutement.
34. L'infirmière en chef devrait procéder à la réévaluation du programme d'orientation pour déterminer si les nouveaux employés le suivent au bon moment et s'il insiste suffisamment sur la sensibilisation à la culture inuit. Toute modification au volet culturel ou tout ajout à celui-ci doit se faire en collaboration avec des Inuit désignés comme experts dans ce domaine.
35. Les infirmières d'agence n'ayant pas d'expérience en milieu rural et éloigné doivent suivre le programme d'orientation.
36. Des discussions devraient être engagées pour permettre aux infirmières du Nunavut d'obtenir une certification de pratique en milieu rural et éloigné ou pour créer un programme à ce sujet au Collège de l'Arctique du Nunavut.
37. Un processus de mentorat par les pairs devrait être mis en place pour permettre à des mentors désignés ayant la disponibilité et les compétences nécessaires pour encadrer des fournisseurs de soins de santé communautaire.
38. Les infirmières responsables des centres de santé devraient se réunir annuellement pour discuter de leurs expériences et des enjeux liés à leur pratique et pour réseauter.

39. Les fournisseurs de soins de santé communautaire devraient avoir la possibilité de participer à des échanges de postes pour de courtes périodes afin de leur permettre de vivre différentes expériences cliniques et de voir les différents modes de gestion.

COLLECTIVITÉ ET CENTRE DE SANTÉ

40. Une évaluation de l'efficacité du comité sur la santé et le mieux-être communautaire de Cape Dorset devrait être réalisée. Il faudrait également envisager de nommer un agent de liaison communautaire qui pourrait faciliter le dialogue entre le centre de santé et la collectivité, participer à la résolution des problèmes au centre et fournir de l'information sur les politiques de soins de santé.

41. Des documents de communication des renseignements au public devraient être préparés en collaboration avec le Bureau des relations avec les patients au sujet des processus de plainte dont peuvent se prévaloir la clientèle et les employés du système de santé. Le ministère de la Santé devrait informer tous les députés de l'Assemblée législative de ces processus.

42. La sensibilisation dans la collectivité et dans les écoles devrait être accrue grâce à la présence de professionnels de la santé lors d'importants événements communautaires, à l'élaboration de documents de sensibilisation pour les élèves (p. ex. sur la profession infirmière, sur les vaccins et leur importance, sur la prise en charge de sa santé et de son bien-être) que présenteront des professionnels de la santé.

43. Une enquête officielle sur le décès de bébé Makibi devrait être demandée afin d'étudier les faits liés à la prestation de soins de santé ainsi que les avis médicaux sur la cause du décès.

44. Le rapport d'enquête devrait être rendu public le plus rapidement possible et suivi d'un communiqué du gouvernement du Nunavut sur les mesures prises en réponse aux conclusions du rapport (dans toutes les langues officielles).

45. Les fonctionnaires ou les représentants du Ministère devraient être disponibles pour rencontrer les membres de la collectivité afin d'expliquer les observations et les recommandations du présent rapport et d'en discuter.

46. Des experts en santé mentale devraient être embauchés pour travailler étroitement avec les résidents de Cape Dorset, écouter ce qu'ils ont à dire et guérir les plaies laissées par le traumatisme causé par le décès de bébé Makibi et par le traumatisme historique lié à la prestation des soins de santé, au traitement de la tuberculose et aux enjeux s'y rapportant. Ils devraient également aborder avec eux la question de l'identité culturelle dans la prestation des services gouvernementaux.

47. Des documents d'information au public doivent être élaborés et distribués, et doivent insister sur le fait que la prestation de soins de santé de qualité est une responsabilité **partagée** entre les membres de la collectivité et les fournisseurs de soins.