

## Chapitre 1 Introduction

### Table des matières

1.1	Contexte.....	2
1.2	Résumé des conclusions.....	3
1.3	Aperçu du présent rapport .....	5
1.3.1	Les répercussions sur Walkerton .....	5
1.3.2	La bactérie .....	6
1.3.3	Les événements de mai 2000.....	7
1.3.4	Les causes physiques.....	13
1.3.5	Le rôle des opérateurs de la Commission des services publics de Walkerton .....	16
1.3.6	Le rôle des commissaires de la Commission des services publics de Walkerton .....	19
1.3.7	Le rôle de la municipalité et du maire .....	20
1.3.8	Le rôle des autorités en matière de santé publique .....	21
1.3.9	Le rôle du ministère de l'Environnement.....	24
1.3.9.1	Programme d'autorisation.....	26
1.3.9.2	Programme d'inspection .....	27
1.3.9.3	Observation volontaire ou obligatoire des exigences.....	28
1.3.9.4	Accréditation et formation des opérateurs .....	29
1.3.9.5	Autres insuffisances .....	30
1.3.9.6	Résumé.....	31
1.3.10	Le défaut d'adopter un règlement sur la notification.....	32
1.3.11	Les compressions budgétaires.....	35
1.3.12	Autres programmes gouvernementaux.....	36
1.4	Étendue du mandat.....	36
1.5	Recommandations.....	39
1.6	Rôle du coroner .....	39

## Chapitre 1 Introduction

### 1.1 Contexte

Avant mai 2000, peu de choses distinguaient Walkerton de douzaines d'autres agglomérations du sud de l'Ontario. C'est à 1850 que remonte l'histoire de cette charmante petite ville, sise au pied de collines ondulantes, sur la rive de la Saugeen. À l'époque, le colon irlandais Joseph Walker y avait construit une scierie, qui est à l'origine du peuplement du même nom. Avec le temps, Walkerton est devenue le chef-lieu du comté de Bruce. En 1999, le nom a survécu à la fusion qui a joint deux collectivités agricoles à Walkerton pour former la municipalité de Brockton. Walkerton a conservé l'apparence et l'ambiance des petites villes. Bon nombre de ses 4 800 résidents tirent leur subsistance d'entreprises qui desservent les exploitations agricoles environnantes.

En mai 2000, le réseau d'eau potable de Walkerton a été contaminé par des bactéries mortelles, principalement *Escherichia coli* O157:H7<sup>1</sup>. Sept personnes sont décédées, et plus de 2 300 sont tombées malades. La collectivité a été atterrée. Les pertes ont été énormes. La situation a donné lieu à des sentiments généralisés de frustration, de colère et d'insécurité.

La tragédie a provoqué une vive inquiétude quant à la salubrité de l'eau potable dans la province. D'emblée, un grand nombre de questions importantes se sont posées : Que s'est-il vraiment passé à Walkerton? Quelles sont les causes? Qui sont les responsables? Comment la situation aurait-elle pu être évitée? Et, par-dessus tout, quelles mesures prendre pour qu'une telle situation ne se reproduise plus?

Pour répondre à ces questions, le gouvernement de l'Ontario a constitué la présente commission d'enquête. J'ai divisé le mandat de la commission en deux parties. La première, intitulée Partie 1, porte uniquement sur les événements qui se sont produits à Walkerton. Dans ce cadre, je dois enquêter sur les circonstances à l'origine de l'épidémie – y compris, ce qui est de toute première importance, l'effet, le cas échéant, des politiques, des procédures et des pratiques du gouvernement. La deuxième partie de l'enquête, intitulée Partie 2, va au-delà des événements survenus à Walkerton et m'amène à examiner d'autres questions que je juge nécessaires pour assurer la salubrité de l'eau potable en Ontario. Le but ultime de chacune des deux parties de l'enquête est

---

<sup>1</sup> L'abréviation *E. coli* est fréquemment utilisée dans le rapport.

de formuler des conclusions et des recommandations pour assurer la salubrité du réseau d'approvisionnement en eau de l'Ontario.

En raison de leur importance pour la collectivité, les audiences de la Partie 1 ont été tenues à Walkerton. Pendant neuf mois, la commission d'enquête a entendu 114 témoins, y compris des résidents de la ville, des fonctionnaires locaux, des hauts fonctionnaires de la province, deux anciens ministres de l'Environnement et le premier ministre. Le présent rapport expose mes conclusions et recommandations à l'égard de la Partie 1 de l'enquête.

Le processus de la Partie 2 est également achevé, et je prévois présenter mon rapport sur cette partie dans environ deux mois.

J'encourage les personnes intéressées à lire le texte intégral du rapport. Par souci de commodité, toutefois, je préface le rapport d'un bref résumé, en énonçant mes principales conclusions en abrégé<sup>2</sup>. Cette section est suivie d'un aperçu de la Partie 1, puis, à partir du chapitre 2, du texte intégral du rapport.

## 1.2 Résumé des conclusions

- Sept personnes sont décédées, et plus de 2 300 sont tombées malades. Certaines personnes, particulièrement des enfants, pourraient éprouver des séquelles durables.
- Les contaminants, principalement les bactéries *E. coli* O157:H7 et *Campylobacter jejuni*, se sont infiltrés dans le réseau de Walkerton par le puits 5 le 12 mai 2000 ou peu de temps après.
- La principale source de contamination, sinon la seule, était le fumier épandu sur les terres d'une exploitation agricole située à proximité du puits 5. Le propriétaire de l'exploitation a suivi les pratiques reçues et ne doit pas être blâmé.
- L'épidémie aurait été évitée par l'utilisation d'analyseurs continus du chlore résiduel et de la turbidité au puits 5.
- La non-utilisation d'analyseurs continus au puits 5 résulte de lacunes des programmes d'autorisation et d'inspection du ministère de l'Environnement (MEO). Les opérateurs de la Commission des services publics (CSP) de

---

<sup>2</sup> Le lecteur se reportera au rapport même pour la formulation précise de mes conclusions, ainsi que des nuances que j'y apporte.

Walkerton n'avaient ni la formation ni l'expertise nécessaires pour constater la vulnérabilité du puits 5 à la contamination par les eaux de ruissellement et pour comprendre la nécessité, en pareil cas, de recourir à des analyseurs continus du chlore résiduel et de la turbidité.

- L'ampleur de l'épidémie aurait très vraisemblablement été nettement réduite si les opérateurs de la CSP de Walkerton avaient mesuré quotidiennement le taux de chlore résiduel au puits 5, comme ils auraient dû le faire, durant la période critique de l'infiltration des contaminants dans le réseau.
- Pendant des années, les opérateurs de la CSP ont suivi maintes pratiques inappropriées, y compris la non-utilisation de doses de chlore adéquates, l'omission de contrôler quotidiennement le chlore résiduel, l'inscription de fausses données à l'égard du chlore résiduel dans les registres de fonctionnement quotidiens et de fausses déclarations à propos des lieux de prélèvement des échantillons microbiologiques. Les opérateurs savaient que ces pratiques étaient inacceptables et contraires aux lignes directrices et aux directives du MEO.
- Le programme d'inspection du MEO aurait dû permettre de déceler les pratiques de surveillance et de traitement inappropriées de la CSP de Walkerton et d'assurer la correction de ces pratiques.
- Les commissaires de la CSP n'étaient pas au courant des pratiques de surveillance et de traitement inappropriées des opérateurs de la CSP. En 1998, toutefois, les commissaires en poste avaient omis de donner suite comme il se devait à un rapport d'inspection du MEO qui soulevait de grandes inquiétudes quant à la qualité de l'eau et signalait plusieurs lacunes dans l'exploitation de la CSP.
- Le vendredi 19 mai 2000 et les jours suivants, le directeur général de la CSP a dissimulé à la circonscription sanitaire de Bruce-Grey-Owen Sound et à d'autres circonscriptions les résultats d'analyse insatisfaisants d'échantillons d'eau prélevés le 15 mai et le fait que le puits 7 avait fonctionné sans chlorateur cette semaine-là et plus tôt dans le mois. S'il avait divulgué l'un ou l'autre de ces renseignements, la circonscription sanitaire aurait émis un avis d'ébullition le 19 mai, ce qui aurait permis de prévenir de 300 à 400 cas de maladie.
- En réaction à l'épidémie, la circonscription sanitaire a agi avec diligence et ne doit pas être blâmée de ne pas avoir émis un avis d'ébullition avant le dimanche 21 mai. Certains résidents de Walkerton n'ont toutefois pas

appris l'existence de l'avis le 21 mai. L'avis aurait dû être plus largement diffusé.

- Les réductions budgétaires décrétées par le gouvernement provincial ont, en 1996, entraîné la cessation des services d'analyse assurés par le gouvernement à l'intention des municipalités. En donnant suite à cette décision, le gouvernement aurait dû adopter un règlement obligeant les services d'analyse à informer immédiatement et directement le MEO et le médecin-hygiéniste de tout résultat insatisfaisant. Si le gouvernement avait adopté un tel règlement, l'avis d'ébullition aurait été émis au plus tard le 19 mai, prévenant ainsi des centaines de cas de maladie.
- En raison des réductions budgétaires décrétées par le gouvernement provincial, le MEO était vraisemblablement moins en mesure de repérer la nécessité d'analyseurs continus au puits 5, ainsi que les pratiques de fonctionnement inappropriées de la CSP de Walkerton.
- Le présent rapport énonce certaines recommandations visant à assurer la salubrité de l'eau potable en Ontario. Toutefois, la plupart de mes recommandations à cet égard figurent dans le rapport sur la Partie 2 de l'enquête.

### **1.3 Aperçu du présent rapport**

#### **1.3.1 Les répercussions sur Walkerton**

Les premiers signes de maladie généralisée sont apparus le jeudi 18 mai 2000. Vingt enfants étaient absents de l'école Mother Teresa, et deux autres, atteints de diarrhée sanglante, ont été admis à l'hôpital d'Owen Sound. Le vendredi 19 mai, une épidémie de maladies entériques a été signalée chez les pensionnaires d'un foyer pour personnes âgées. On a commencé à communiquer avec l'hôpital de Walkerton, avec les autres hôpitaux des environs et avec les médecins de la région pour se plaindre de symptômes de maladies entériques, notamment de diarrhée sanglante, de douleurs abdominales et de nausées. Un plus grand nombre d'élèves sont restés à la maison.

Au cours des jours suivants, la maladie s'est répandue rapidement dans la collectivité. L'hôpital de Walkerton a été inondé d'appels, et le service des urgences débordait. Des patients ont été transportés de Walkerton à London par voie aérienne pour y recevoir un traitement d'urgence. Le premier décès est survenu le lundi 22 mai.

L'histoire de l'épidémie ne se résume pas à la description des symptômes cliniques, du traitement médical ou du nombre de personnes qui sont tombées malades et qui sont décédées. Il est beaucoup plus important de prendre en compte le récit des souffrances des personnes infectées, l'anxiété de leurs parents, amis et voisins, la peine de ceux et celles ayant perdu un être cher, de même que l'incertitude et les inquiétudes à l'égard des causes de ces événements et de la situation à venir.

En juillet 2000, j'ai tenu quatre journées d'audiences à Walkerton et invité les résidents à venir témoigner des répercussions de l'épidémie sur leur vie. Plus de 50 exposés, de particuliers, de groupes ou de familles, ont été entendus. Certains ont été présentés en public, et d'autres, à huis clos, lorsque les intéressés en ont fait la demande. Dans ces récits, les résidents font état des grandes douleurs et souffrances qu'ils ont subies. Leurs témoignages sont une composante essentielle de la présente enquête. J'ai résumé certains de ces récits au deuxième chapitre du présent rapport. La transcription de tous ces témoignages fait partie du dossier public de l'enquête et constitue un mémorial des difficultés éprouvées par la collectivité.

### 1.3.2 La bactérie

Deux bactéries sont à l'origine de la grande majorité des cas de décès et de maladie qui sont survenus à Walkerton : *E. coli* O157:H7 et *Campylobacter jejuni*<sup>3</sup>. La bactérie *E. coli* O157:H7 est un sous-groupe de la souche *E. coli*. Une personne infectée par la bactérie *E. coli* O157:H7 éprouve des troubles intestinaux pendant en moyenne quatre jours, parfois plus longtemps. Au bout de 24 heures, il y a souvent diarrhée sanglante et, dans certains cas, des douleurs abdominales très graves. Habituellement, la maladie se résorbe sans traitement autre que la réhydratation et l'équilibration électrolytique.

Chez certains, particulièrement les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées, l'infection par la bactérie *E. coli* O157:H7 peut avoir des suites plus graves. Au bout de cinq à dix jours peut survenir le syndrome hémolytique-urémique (SHU), qui mène à l'anémie, à une faible numération plaquettaire, à l'insuffisance rénale grave et, dans certains cas, à la mort.

*Campylobacter jejuni*, le type le plus courant de bactéries de l'espèce *Campylobacter*, était également en cause lors de l'épidémie de Walkerton. La diarrhée associée à l'infection à *Campylobacter* dure habituellement de deux à sept jours, et

---

<sup>3</sup> Le terme « agents pathogènes » sert généralement ici à désigner les agents qui causent des maladies, tels que les bactéries.

occasionne un taux de mortalité nettement plus faible que dans le cas d'une infection à *E. coli* O157:H7.

Les bovins sont une source courante des bactéries *E. coli* O157:H7 et *Campylobacter*. Ces bactéries se développent dans l'intestin des bovins, se retrouvent communément dans le fumier et peuvent survivre dans l'environnement pendant des périodes prolongées. Elles sont transmises à l'humain de différentes façons, notamment par l'eau potable.

### 1.3.3 Les événements de mai 2000

Le réseau d'approvisionnement en eau de Walkerton appartient à la municipalité. Depuis des années, son fonctionnement était assuré par la Commission des services publics (CSP) de Walkerton, dont Stan Koebel était le directeur général, et son frère, Frank Koebel, le contremaître.

En mai 2000, trois sources souterraines alimentaient ce réseau d'approvisionnement en eau : le puits 5, le puits 6 et le puits 7. L'eau pompée à chacun de ces puits était chlorée avant d'entrer dans le réseau de distribution.

Je suis arrivé à la conclusion que la très grande majorité, sinon la totalité, des contaminants se sont infiltrés dans le réseau d'eau par le puits 5<sup>4</sup> et que les résidents ont été exposés à la contamination à compter du 12 mai ou peu de temps après.

Du 8 au 12 mai, Walkerton a connu de fortes précipitations : 134 mm de pluie sont tombés durant ces cinq jours. La plus abondante chute de pluie (70 mm) est survenue le vendredi 12 mai.

Entre le 9 et le 15 mai, le puits 5 a été la principale source de l'eau pompée dans le réseau de distribution. Pendant cette période, le puits 6 a alimenté le réseau de façon périodique, tandis que le puits 7 n'était pas en service.

Le samedi 13 mai, Frank Koebel a, comme tous les jours, effectué la vérification des puits en service. Le but des vérifications quotidiennes était de consigner les données sur les débits de pompage et l'utilisation de chlore, mais, avant tout, de mesurer le chlore résiduel présent dans l'eau traitée<sup>5</sup>. Toutefois, depuis plus de

---

<sup>4</sup> Bien qu'on ait certaines preuves de la vulnérabilité du puits 6 à la contamination par les eaux de ruissellement, rien ne permet de conclure à l'infiltration des contaminants dans le réseau par le puits 6 durant la période critique.

<sup>5</sup> En mesurant le chlore résiduel, on cherche, entre autres, à déterminer si la quantité de chlore ajoutée à l'eau suffit à neutraliser la contamination.

20 ans, les employés de la CSP avaient pris une habitude : la plupart du temps, ils ne mesuraient pas le chlore résiduel et consignaient des données fictives à ce sujet sur les feuilles de fonctionnement quotidiennes. Stan Koebel a souvent suivi cette pratique.

Le 13 mai, Frank Koebel n'a pas mesuré le chlore résiduel au puits 5. À ce moment-là, les bactéries *E. coli* O157:H7 et *Campylobacter* n'étaient très vraisemblablement pas neutralisées par le volume de chlore ajouté à l'eau du puits et entraient dans le réseau de distribution. Si M. Koebel avait procédé à la mesure, il aurait quasi certainement remarqué le manque de chlore résiduel – ce qui aurait dû éveiller ses soupçons et le pousser à prendre les mesures indiquées pour protéger le réseau et la collectivité.

Le lendemain, soit le dimanche 14 mai, Frank Koebel a procédé à une nouvelle vérification au puits 5. Suivant la procédure habituelle, il n'a pas mesuré le chlore résiduel. La même omission s'est reproduite le lundi 15 mai, bien qu'on ne sache pas précisément quel employé de la CSP a fait le contrôle au puits 5 ce jour-là. Le puits 5 a été mis hors service à 13 h 15 le 15 mai.

Dans la matinée du 15 mai, Stan Koebel est revenu au travail après s'être absenté de Walkerton pendant plus d'une semaine. Il a mis en marche le puits 7 à 6 h 15. Peu après, il apprenait que le nouveau chlorateur destiné au puits 7 n'avait pas été installé et que, par conséquent, le puits pompait de l'eau non chlorée directement dans le réseau de distribution. Il n'a pas mis le puits hors service, mais l'a laissé fonctionner sans chloration jusqu'à midi le vendredi 19 mai, moment où le nouveau chlorateur a été installé<sup>6</sup>.

Dans la matinée du 15 mai, un autre employé de la CSP, Allan Buckle, a prélevé trois échantillons d'eau à des fins d'analyse microbiologique. Les bouteilles de prélèvement portaient les mentions « Well 7 raw » (eau brute – puits 7), « Well 7 treated » (eau traitée – puits 7) et « 125 Durham Street » (125, rue Durham). Je suis convaincu que ces échantillons n'ont pas été prélevés aux endroits indiqués, mais plus vraisemblablement à l'atelier de la CSP de Walkerton, situé à proximité et en aval du puits 5. Les employés de la CSP falsifiaient fréquemment les étiquettes des bouteilles, de sorte que celles-ci n'indiquaient pas l'endroit réel des prélèvements d'eau.

Les échantillons prélevés par M. Buckle, un autre échantillon prélevé par Stan Koebel à même le réseau de distribution et trois échantillons provenant du

---

<sup>6</sup> Après la mise hors service du puits 5, à 13 h 15 le 15 mai, le puits 7 a été l'unique source d'approvisionnement jusqu'à ce que le puits 5 soit de nouveau mis en marche, le samedi 20 mai. Le puits 6 n'a pas fonctionné durant cette période.

chantier de construction d'une conduite maîtresse, en ville, ont été envoyés pour analyse à A&L Canada Laboratories. Ces échantillons sont très importants, pour les raisons que je donne ci-après.

A&L a reçu les échantillons le mardi 16 mai. Les analyses microbiologiques demandent un minimum de 24 heures. Le mercredi 17 mai, A&L a téléphoné à Stan Koebel pour l'informer que les analyses effectuées sur les trois échantillons prélevés au chantier de construction, composés d'eau pompée du réseau de distribution de Walkerton, révélaient la présence d'*E. coli* et de coliformes totaux.

A&L a également signalé à M. Koebel que les échantillons provenant du réseau d'approvisionnement en eau de Walkerton semblaient suspects eux aussi. Un de ces échantillons avait été soumis à l'épreuve de filtration sur membrane, une technique plus perfectionnée, et la plaque résultante était couverte de coliformes totaux et d'*E. coli*. A&L a télécopié les résultats d'analyse des échantillons du chantier de construction à la CSP au cours de la matinée et ceux des échantillons du réseau d'approvisionnement de Walkerton au début de l'après-midi. Le rapport télécopié indiquait la présence de coliformes totaux et d'*E. coli* dans trois des quatre échantillons prélevés à même le réseau de Walkerton, ainsi que la forte contamination des échantillons soumis à l'épreuve de filtration sur membrane.

A&L n'a pas transmis ces résultats au bureau de secteur du MEO, à Owen Sound. Par conséquent, la circonscription sanitaire locale<sup>7</sup> n'a été avisée des résultats que six jours plus tard, le 23 mai. J'explique l'importance de ce retard ci-après.

Les premières manifestations publiques de maladie généralisée sont apparues le jeudi 18 mai<sup>8</sup>. Deux enfants admis à l'hôpital d'Owen Sound présentaient des symptômes, dont la diarrhée sanglante, un grand nombre d'élèves étaient absents de l'école et des membres du public avaient communiqué avec le bureau de la CSP de Walkerton pour s'enquérir de la salubrité de l'eau. Un membre du personnel, qui avait discuté de la question avec Stan Koebel, leur avait assuré que l'eau était propre à la consommation.

Le lendemain, l'épidémie a rapidement pris de l'ampleur. Un plus grand nombre d'élèves sont restés à la maison. Les pensionnaires d'un foyer pour personnes

---

<sup>7</sup> La circonscription sanitaire de Bruce-Grey-Owen Sound.

<sup>8</sup> Certaines personnes ont commencé à ressentir des symptômes plusieurs jours avant cette date, mais il ne semble pas que des indices publics d'épidémie soient apparus avant le 18 mai.

âgées et d'un établissement de soins de longue durée, ainsi que quantité d'autres personnes de la collectivité, étaient atteints de diarrhée et de vomissements. Un médecin local a vu 12 ou 13 patients atteints de diarrhée.

Le même jour, la D<sup>re</sup> Kristen Hallet, pédiatre d'Owen Sound, soupçonnant que la maladie des deux enfants hospitalisés la veille avait pour cause la bactérie *E. coli*, a communiqué avec la circonscription sanitaire locale. La circonscription sanitaire a alors ouvert une enquête, au cours de laquelle son personnel s'est entretenu avec les responsables des écoles, des hôpitaux de la région et du foyer pour personnes âgées de Walkerton, de même qu'avec le directeur général de la CSP, Stan Koebel.

Un employé de la circonscription sanitaire a joint M. Koebel par téléphone en début d'après-midi, le vendredi 19 mai; il l'a informé qu'un certain nombre d'enfants étaient atteints de diarrhée et de crampes abdominales, et lui a demandé si l'eau pouvait en être la cause. M. Koebel a répondu qu'il croyait l'eau de qualité acceptable. À ce moment-là, il était au courant des résultats d'analyse insatisfaisants des échantillons prélevés le 15 mai. Au cours de la conversation, il n'a pas dévoilé les résultats insatisfaisants ni le fait que le puits 7 avait fonctionné sans chlorateur du 15 mai jusqu'à midi ce jour-là. Au cours d'une autre conversation téléphonique avec un employé de la circonscription sanitaire plus tard dans l'après-midi, M. Koebel s'est de nouveau dit convaincu de la salubrité de l'eau de la ville.

La circonscription sanitaire n'a émis un avis d'ébullition que deux jours plus tard, soit le dimanche 21 mai, à 13 h 30. Je suis persuadé que si M. Koebel avait, le 19 mai, informé la circonscription sanitaire des résultats d'analyse insatisfaisants ou du fait que le puits 7 avait fonctionné sans chlorateur, comme il aurait dû le faire, un avis d'ébullition aurait été émis ce jour-là.

Après avoir parlé au personnel de la circonscription sanitaire le 19 mai, M. Koebel a commencé à purger et à surchlorer le réseau, ce qu'il a poursuivi pendant toute la fin de semaine. Au bout d'un certain temps, il a réussi à faire monter les taux de chlore résiduel, tant à la tête des puits que dans le réseau de distribution.

Je suis convaincu que, pendant la fin de semaine, M. Koebel s'est inquiété de ce que des gens soient malades à cause de l'eau, et qu'il ne savait pas que la bactérie *E. coli* pouvait être mortelle. Il croyait que la surchloration détruirait tous les contaminants présents dans l'eau. Toutefois, je suis également convaincu que M. Koebel a dissimulé des renseignements à la circonscription sanitaire parce qu'il ne voulait pas que les responsables de la santé publique apprennent qu'il

avait fait fonctionner le puits 7 sans chlorateur. Il savait que cette pratique était inacceptable et redoutait que cela se sache. M. Koebel n'avait aucune excuse pour taire ces renseignements à la circonscription sanitaire. Fait ironique, la contamination de l'eau de Walkerton n'était pas attribuable à l'absence de chlorateur au puits 7. Comme je l'ai déjà dit, les contaminants se sont infiltrés dans le réseau par le puits 5, entre le 12 (ou peu de temps après) et le 15 mai vers 13 h 15, moment où ce puits a été mis hors service.

Dès le jeudi 18 et le vendredi 19 mai, des résidents ont soupçonné l'existence d'un problème de salubrité et ont commencé à prendre des mesures pour prévenir la propagation de l'infection. Par exemple, le 19 mai, les responsables de Brucelea Haven, un établissement de soins de longue durée, ont décidé de faire bouillir l'eau ou d'utiliser de l'eau embouteillée. M. et M<sup>me</sup> Reich, dont la fille de sept ans avait été hospitalisée à Owen Sound, ont décidé que les membres de leur famille et de leur personnel ne boiraient plus que de l'eau embouteillée.

Le samedi 20 mai, une épreuve de présomption menée sur un échantillon de selles d'un des enfants hospitalisés à Owen Sound a révélé la présence d'*E. coli* 0157:H7. À ce stade, l'épidémie se propagait rapidement.

Le 20 mai, un employé de la circonscription sanitaire s'est entretenu à deux reprises avec Stan Koebel. M. Koebel a renseigné la circonscription sanitaire sur les taux de chlore résiduel dans le réseau, mais, encore une fois, il a tu les résultats d'analyse des échantillons du 15 mai et le fait que le puits 7 avait fonctionné sans chlorateur. Se fondant sur les propos de M. Koebel, qui déclarait mesurer des résidus de chlore dans le réseau de distribution, la circonscription sanitaire était rassurée quant à la salubrité de l'eau. Au cours de la journée, alors que l'inquiétude grandissait dans la collectivité, la circonscription sanitaire a continué à se fier aux dires de M. Koebel et affirmait aux personnes qui appelaient que l'eau n'était pas la cause du problème.

Le samedi après-midi, Robert McKay, employé de la CSP de Walkerton, a téléphoné, sous le couvert de l'anonymat, au Centre d'intervention en cas de déversement du MEO, qui sert de centre d'appels en cas d'urgences environnementales. M. McKay était au courant des résultats d'analyse insatisfaisants des échantillons du chantier de construction, mais non de ceux des autres échantillons prélevés le 15 mai. Il voulait informer le Centre que les échantillons d'eau du réseau de Walkerton s'étaient révélés positifs à l'analyse.

Le même jour en début d'après-midi, un employé du Centre a communiqué avec Stan Koebel. M. Koebel lui a laissé entendre que les seuls résultats

insatisfaisants obtenus récemment à partir d'échantillons du réseau concernaient les échantillons prélevés au chantier de construction. Il n'a pas admis que les échantillons prélevés dans le réseau de distribution avaient également donné des résultats insatisfaisants.

Également le samedi après-midi, le personnel de la circonscription sanitaire joignait à son chalet le Dr Murray McQuigge, médecin-hygiéniste de la région. Celui-ci est revenu à Owen Sound pour diriger l'enquête.

Peu après midi, le dimanche 21 mai, le laboratoire de l'hôpital d'Owen Sound confirmait le résultat de la précédente épreuve de présomption à l'égard d'*E. coli* O157:H7 et annonçait un second résultat d'épreuve de présomption visant un autre patient. C'était la première confirmation de l'identité de l'agent pathogène en cause. La circonscription sanitaire a réagi en émettant un avis d'ébullition à 13 h 30 ce même après-midi. L'avis a été diffusé par les stations de radio AM et FM de la région, mais non par la station locale de la chaîne radiophonique de CBC, ni par la télévision ou par la distribution de dépliants. Certains membres de la collectivité n'ont pas eu connaissance de l'avis ce jour-là. Le Dr McQuigge a appelé directement le maire de Brockton pour l'informer de la situation, mais sans lui demander de faire quoi que ce soit; pour sa part, le maire n'a pris aucune mesure pour assurer une plus large diffusion de l'avertissement dans la collectivité.

Au cours de l'après-midi du dimanche 21 mai, Stan Koebel a reçu des appels de la circonscription sanitaire et du Centre d'intervention en cas de déversement. De nouveau, il tait les résultats d'analyse insatisfaisants des échantillons du 15 mai. La circonscription sanitaire procède au prélèvement d'échantillons d'eau à 20 endroits différents du réseau de distribution et, dans la soirée, les livre au laboratoire du ministère de la Santé à London, à des fins d'analyse microbiologique.

Au cours de la journée du 21 mai, le nombre de personnes infectées a rapidement augmenté. À la fin de la journée, l'hôpital de Walkerton avait reçu plus de 270 appels concernant des symptômes de diarrhée et de douleurs abdominales graves. Un enfant, le premier d'une longue liste, a été transporté de Walkerton à London par voie aérienne pour y recevoir des soins médicaux d'urgence.

Le lundi 22 mai, sur les instances de la circonscription sanitaire, le MEO a ouvert sa propre enquête sur le réseau d'approvisionnement en eau de Walkerton. Lorsque des fonctionnaires du MEO ont demandé à Stan Koebel si des événements inhabituels s'étaient produits au cours des deux semaines

précédentes, il leur a répondu que le puits 6 avait été mis hors service par un orage durant la fin de semaine du 13 mai, mais n'a pas mentionné le fonctionnement du puits 7 sans chlorateur ni les résultats d'analyse insatisfaisants des échantillons du 15 mai.

Lorsque le MEO lui a demandé des documents, M. Koebel a, pour la première fois, présenté les résultats d'analyse insatisfaisants qu'A&L lui avait transmis par télécopieur le 17 mai. Il a également présenté les feuilles de fonctionnement quotidiennes des puits 5 et 6 pour le mois de mai, mais s'est dit incapable de présenter la feuille du puits 7 avant le lendemain. Plus tard, il a demandé à son frère, Frank Koebel, de réviser la feuille du puits 7, dans le but de dissimuler le fait que le puits avait fonctionné sans chlorateur.

Le mardi 23 mai, M. Koebel a fourni au MEO la feuille de fonctionnement quotidienne modifiée du puits 7. Le même jour, la circonscription sanitaire a été informée que l'analyse de deux des échantillons d'eau qu'elle avait prélevés le 21 mai révélait la présence de la bactérie *E. coli*. Ces deux échantillons avaient été prélevés dans des conduites en impasse du réseau, ce qui explique que des contaminants y aient encore été présents malgré la purge et la chloration intensives effectuées par M. Koebel durant la fin de semaine. Après avoir été avisé de ces résultats, Stan Koebel a informé pour la première fois la circonscription sanitaire des résultats insatisfaisants des analyses effectuées sur les échantillons du 15 mai.

Le mercredi 24 mai, plusieurs patients avaient déjà été transportés, par hélicoptère ou par ambulance, de Walkerton à London pour y recevoir des soins médicaux. Le premier décès est survenu le 22 mai, le deuxième, le 23 mai, et deux autres le 24 mai. Dans l'intervalle, de nombreux enfants étaient tombés gravement malades, et 27 personnes avaient contracté le SHU. Certaines subiront probablement des séquelles durables aux reins et d'autres effets à long terme sur leur santé. Au total, sept personnes sont décédées et plus de 2 300 sont tombées malades.

#### **1.3.4 Les causes physiques**

Tel qu'il a été mentionné précédemment, je suis arrivé à la conclusion que des agents pathogènes microbiologiques – soit les bactéries *E. coli* O157:H7 et *Campylobacter jejuni* – ont commencé à s'infiltrer dans le réseau d'eau de Walkerton par le puits 5 le vendredi 12 mai ou peu après.

Les pluies, particulièrement abondantes entre le 8 et le 12 mai 2000, ont contribué dans une large mesure à la migration des contaminants vers le point

d'entrée du puits 5. Il s'agissait d'un puits peu profond, dont le tubage atteignait 5 m seulement sous la surface. Toute l'eau du puits était puisée à même une nappe très peu profonde, de 5 à 8 m sous la surface. Fait plus important encore, l'eau provenait d'une zone composée en grande partie d'un substratum rocheux fracturé. Vu la nature de la fracturation, la géologie du substratum rocheux environnant et la faible profondeur des terres de couverture, les bactéries transportées par les eaux de ruissellement ont pu s'infiltrer rapidement dans un canal de roche fracturée et parvenir directement jusqu'au puits 5.

La principale, sinon la seule, source de contamination était le fumier épandu sur les terres d'une exploitation agricole voisine du puits 5, vers la fin avril 2000. L'analyse des empreintes génétiques des animaux et l'analyse du fumier de l'exploitation ont révélé que les souches d'*E. coli* O157:H7 et de *Campylobacter* présentes étaient les mêmes que celles retrouvées le plus souvent chez les victimes de l'épidémie de Walkerton. Il importe de signaler que le propriétaire de l'exploitation en cause ne doit être blâmé d'aucune façon. Il a employé des méthodes d'épandage du fumier considérées comme de saines pratiques de gestion dans tout le secteur agricole.

Les échantillons d'eau provenant du réseau appuient la conclusion selon laquelle les contaminants s'y sont infiltrés par le puits 5. Les premiers résultats d'analyse qui ont révélé la présence de la bactérie *E. coli* dans le réseau se rapportaient aux échantillons du 15 mai. Ces échantillons provenaient probablement d'un endroit situé immédiatement en aval et près du puits 5 – l'atelier de la CSP. Immédiatement après la flambée épidémique, c'est-à-dire à compter du 23 mai, les analyses d'eau brute au puits 5 ont révélé la présence constante de la bactérie *E. coli*. Fait important, les analyses d'eau brute effectuées aux puits 6 et 7 pendant cette période n'ont pas révélé la présence de la bactérie *E. coli*. Selon les témoins experts, la preuve ne laissait aucun doute : les contaminants s'étaient infiltrés dans le réseau par le puits 5.

Il est impossible de déterminer à quel moment précis les contaminants ont commencé à s'infiltrer dans le réseau. Je conclus, toutefois, que les résidents de Walkerton ont probablement commencé à y être exposés le 12 mai ou peu après. Cette conclusion est étayée par les preuves épidémiologiques, les preuves fournies par les établissements de soins de santé qui ont traité les malades et les groupes vulnérables, les témoignages des résidents et le fait que l'épidémie a coïncidé avec une période de pluies abondantes. Elle recoupe également les conclusions de la circonscription sanitaire de Bruce-Grey-Owen Sound et de Santé Canada, selon lesquelles les résidents de Walkerton ont surtout été exposés aux bactéries entre le 13 et le 16 mai 2000.

Le puits 5 a été la principale source d'alimentation en eau pendant la période au cours de laquelle les contaminants se sont infiltrés dans le réseau. Le puits 6 fonctionnait par intermittence, alors que le puits 7 n'était pas en service.

D'après le *Chlorination Bulletin* (bulletin sur la chloration)<sup>9</sup>, qui est le document gouvernemental pertinent ici, un réseau d'eau tel que celui de Walkerton exigeait l'ajout, dans l'eau des puits, de volumes de chlore suffisants pour neutraliser tout contaminant présent dans l'eau brute et conserver un taux de chlore résiduel de 0,5 mg par litre après un temps de contact de 15 minutes<sup>10</sup>. Une fonction importante du chlore résiduel est de permettre la désinfection continue de l'eau traitée, pendant sa circulation dans le réseau de distribution. Une autre de ses fonctions consiste à fournir un moyen de déterminer si le pouvoir désinfectant du chlore ajouté à l'eau est suffisant pour neutraliser la contamination. Si le chlore résiduel requis de 0,5 mg par litre avait été maintenu au puits 5 en mai 2000, lors de l'infiltration des contaminants dans le réseau, plus de 99 % des bactéries des types *E. coli* et *Campylobacter* auraient été détruites. À toutes fins utiles, cette mesure aurait prévenu l'épidémie<sup>11</sup>.

En mai 2000, les opérateurs du réseau de Walkerton ont bien mis du chlore dans l'eau du puits 5, mais en ont invariablement utilisé moins que le volume requis à ce puits et aux autres puits exploités par la CSP de Walkerton. Les volumes de chlore ajoutés n'étaient pas suffisants pour éliminer les bactéries et autres matières organiques qui s'étaient infiltrées dans le réseau le 12 mai ou peu après. À ce moment-là, le taux de contamination était vraisemblablement si élevé que, même si on avait ajouté le volume de chlore nécessaire pour maintenir un taux de chlore résiduel de 0,5 mg par litre dans des conditions normales, cela n'aurait pas suffi.

Comme je l'ai souligné plus haut, les opérateurs de Walkerton n'ont pas effectué de contrôle manuel des taux de chlore résiduel au puits 5 pendant la période critique. S'ils l'avaient fait, ils se seraient fort probablement rendu compte que le taux de chlore résiduel n'était plus suffisant pour neutraliser les contaminants et auraient donc pu, en principe, prendre les mesures voulues pour protéger la santé publique<sup>12</sup>. Même si des contrôles quotidiens n'auraient pas permis

---

<sup>9</sup> MEO, *Chlorination of Potable Water Supplies*, Bulletin 65-W-4 (mars 1987).

<sup>10</sup> Dans le rapport, lorsqu'il est question de « chlore résiduel requis » et de « taux de chlore résiduel de 0,5 mg par litre », il faut toujours comprendre que l'échantillonnage a lieu après un temps de contact de 15 minutes.

<sup>11</sup> Cette remarque est assortie d'une réserve : une augmentation importante de la turbidité au moment de la contamination aurait pu empêcher le chlore d'éliminer les contaminants. À mon avis, il est fort improbable que cela ait été le cas.

<sup>12</sup> Il aurait été relativement facile pour un opérateur compétent de comprendre les effets éventuels d'un manque de chlore résiduel, de fermer le puits et d'avertir la population du problème.

d'éviter l'épidémie, il est fort probable qu'ils auraient contribué à en réduire sensiblement l'ampleur. Or, les contaminants se sont infiltrés dans le réseau sans être détectés.

Fait plus important encore, l'épidémie aurait été prévenue si le puits 5 avait été muni d'analyseurs continus du chlore résiduel et de la turbidité<sup>13</sup>. En mai 2000, aucun des puits de Walkerton ne comptait d'analyseurs de ce genre.

Le puits 5 était alimenté par une source d'eau souterraine, sur laquelle les eaux de ruissellement exerçaient une influence directe. Pour ce type de source, les Objectifs de qualité de l'eau potable de l'Ontario (OQÉPO)<sup>14</sup> exigent la surveillance continue du chlore résiduel et de la turbidité<sup>15</sup>. Si des analyseurs continus adéquatement conçus avaient été installés au puits 5, ceux-ci auraient automatiquement déclenché l'alarme, de sorte que les mesures correctives adéquates auraient pu être prises pour prévenir l'infiltration de contaminants dans le réseau de distribution.

### **1.3.5 Le rôle des opérateurs de la Commission des services publics de Walkerton**

Deux manquements importants de la part des opérateurs de la CSP de Walkerton ont contribué directement à l'épidémie de mai 2000. Le premier était un problème opérationnel : l'omission d'un contrôle quotidien du chlore résiduel dans le réseau d'eau de Walkerton. Comme je l'ai déclaré plus haut, si les opérateurs de la CSP avaient procédé à un contrôle manuel du chlore résiduel au puits 5 le 13 mai ou dans les jours qui ont suivi, comme ils auraient dû le faire, ils auraient dû pouvoir prendre les mesures voulues pour protéger la population. Il est fort probable que le contrôle quotidien du chlore résiduel aurait sensiblement réduit l'ampleur de l'épidémie.

Le second manquement a trait à la façon dont les opérateurs de la CSP ont réagi à l'épidémie en mai 2000. Stan Koebel est le principal responsable de ce manquement. Lorsque, à partir des résultats d'analyse des échantillons recueillis

---

<sup>13</sup> L'installation d'analyseurs continus vise un objectif important : prévenir la contamination des réseaux de distribution d'eau. En arrivant à la conclusion selon laquelle des analyseurs continus auraient permis de prévenir l'épidémie à Walkerton, je présume que le MEO aurait exigé que ces analyseurs soient dûment adaptés aux particularités du puits 5. Ainsi, ils auraient été munis d'une alarme et, en toute probabilité, d'un mécanisme d'arrêt automatique, étant donné que le puits 5 n'était pas surveillé 24 heures sur 24 et que la ville avait d'autres réserves d'eau – les puits 6 et 7.

<sup>14</sup> À moins d'indication contraire, le sigle OQÉPO renvoie à la version de 1994 de ce document.

<sup>15</sup> Les exigences relatives au contrôle de la turbidité consistaient à prélever quatre échantillons par jour ou à installer un analyseur continu de la turbidité. Par souci de simplicité, j'utilise l'expression « surveillance continue de la turbidité ». À noter qu'il serait plus pratique d'installer un analyseur continu plutôt que de prélever quatre échantillons par jour.

le 15 mai, M. Koebel a constaté que le réseau était hautement contaminé, il n'a pas divulgué ces résultats au personnel de la circonscription sanitaire qui enquêtait sur les maladies signalées dans la collectivité. Au contraire, dès le 19 mai, il a sciemment trompé les employés de la circonscription sanitaire en leur assurant que l'eau ne présentait pas de danger. Si Stan Koebel avait dûment fait part au personnel des résultats insatisfaisants ou du fait que le puits 7 avait fonctionné sans chlorateur pendant plus de quatre jours cette semaine-là, la circonscription sanitaire aurait émis un avis d'ébullition le 19 mai au plus tard, ce qui aurait probablement permis de prévenir au moins 300 à 400 cas de maladie.

Stan et Frank Koebel étaient les deux personnes qui assuraient effectivement l'exploitation du réseau d'eau. Stan Koebel était directeur général de la CSP depuis 1988. En mai 2000, il était titulaire d'un permis d'opérateur de réseau de distribution de catégorie 3, qu'il avait obtenu en vertu d'un régime de maintien des droits acquis. À l'enquête, Stan Koebel a assumé la responsabilité de ses manquements et a fait amende honorable auprès des résidents de Walkerton. Je crois qu'il était sincère.

La preuve a révélé que, sous la supervision de M. Koebel, la CSP de Walkerton s'est livrée à une série de pratiques de fonctionnement irrégulières, dont la déclaration incorrecte du lieu de prélèvement d'échantillons destinés à des analyses microbiologiques, l'exploitation de puits sans chloration, l'inscription de fausses données sur les feuilles de fonctionnement quotidiennes, l'omission du contrôle quotidien du chlore résiduel et de l'ajout suffisant de chlore dans l'eau, de même que la présentation de faux rapports annuels au MEO. M. Koebel savait qu'il s'agissait là de pratiques irrégulières, contraires aux lignes directrices et aux directives du MEO. De telles pratiques ne sauraient être excusées.

Même si Stan Koebel savait que ces pratiques étaient irrégulières et contraires aux directives du MEO, il n'avait aucune intention de mettre la vie des résidents de sa collectivité en danger. Un certain nombre de facteurs contribuent à expliquer, sans toutefois l'excuser, la façon tout à fait particulière dont la CSP de Walkerton était exploitée sous sa direction. Bon nombre des pratiques irrégulières étaient déjà établies depuis des années au moment où M. Koebel était devenu directeur général. Par ailleurs, les autres employés de la CSP et lui-même croyaient que l'eau non traitée de Walkerton ne présentait pas de danger; en fait, il leur arrivait souvent d'en boire, à l'emplacement même des puits. Les résidents de la ville, qui n'aimaient pas le goût de l'eau chlorée, exerçaient à l'occasion des pressions sur M. Koebel pour qu'il réduise le volume de chlore injecté dans l'eau. De plus, à diverses reprises, M. Koebel avait reçu des messages contradictoires du MEO au sujet de l'importance de plusieurs des

directives ministérielles. Même si M. Koebel connaissait le mécanisme de fonctionnement du réseau d'eau, il ne comprenait pas à fond les risques pour la santé associés à une exploitation inadéquate du réseau ni l'importance de respecter les directives du MEO pour assurer un traitement et un contrôle appropriés.

Cependant, aucun de ces facteurs n'explique pourquoi Stan Koebel a omis de transmettre les résultats d'analyse des échantillons du 15 mai aux autorités de la circonscription sanitaire et aux autres personnes qui l'ont interrogé sur la qualité de l'eau, surtout si l'on songe qu'il était au courant des cas de maladie survenus dans la collectivité. Il était sans doute évident pour lui que ses interlocuteurs ignoraient l'existence des résultats en question. Je suis convaincu qu'il a passé sous silence ces résultats insatisfaisants dans le but de dissimuler le fait que, en mai 2000, le puits 7 avait fonctionné sans chloration pendant deux périodes d'assez longue durée<sup>16</sup>. Il savait pertinemment que cette façon d'agir était fautive. Il a même fait en sorte que la feuille de fonctionnement quotidienne du puits 7 soit modifiée pour induire le MEO en erreur. En dissimulant les résultats à la circonscription sanitaire, M. Koebel a exposé les résidents de Walkerton à des risques encore plus grands. Il ne comprenait probablement pas la gravité des risques de cette omission pour la santé ni le fait que des décès pouvaient en résulter. Il savait toutefois que les gens tombaient malades, et il est inexcusable qu'il n'ait pas informé le plus rapidement possible la circonscription sanitaire des résultats d'analyse insatisfaisants.

Frank Koebel était contremaître à la CSP depuis 1988. C'est lui qui, les 13 et 14 mai, s'est rendu au puits 5, a omis d'y mesurer le chlore résiduel et a inscrit de fausses données sur la feuille de fonctionnement quotidienne. Tout comme son frère, Frank Koebel a profondément regretté son rôle dans cette affaire.

La plupart des observations que j'ai formulées au sujet de Stan Koebel s'appliquent aussi à Frank Koebel, à une exception près : Frank Koebel n'est aucunement responsable du fait que les résultats du 15 mai n'ont pas été divulgués à la circonscription sanitaire. Pourtant, suivant les directives de son frère, il a modifié, le 22 ou le 23 mai, la feuille de fonctionnement quotidienne du puits 7, afin que le MEO ignore que ce puits avait fonctionné sans chlorateur.

Comme je l'ai indiqué plus haut, la contamination du réseau aurait pu être évitée si le puits 5 avait été muni d'analyseurs continus. Stan et Frank Koebel n'avaient

---

<sup>16</sup> Outre la période du 15 au 19 mai mentionnée précédemment, le puits 7 a fonctionné sans chlorateur du 3 au 9 mai.

pas la formation ni l'expertise voulues tant pour reconnaître la vulnérabilité du puits 5 à la contamination par les eaux de ruissellement que pour comprendre la nécessité qui en découlait d'y installer des analyseurs continus du chlore résiduel et de la turbidité. Le MEO n'a pris aucune mesure pour les informer des exigences en matière d'analyses continues ni pour faire en sorte qu'ils suivent une formation sur l'importance de telles analyses. C'est le MEO, en sa qualité d'organisme de réglementation et de surveillance des réseaux d'eau municipaux, qui aurait dû exiger l'installation d'analyseurs continus. Le fait que le MEO n'a pas exigé l'installation de tels analyseurs au puits 5 n'était aucunement lié aux pratiques de fonctionnement irrégulières suivies par les opérateurs de Walkerton. Je reviendrai plus loin sur cette omission de la part du MEO.

### **1.3.6 Le rôle des commissaires de la Commission des services publics de Walkerton**

Les commissaires de la CSP de Walkerton étaient chargés d'établir et de contrôler les politiques régissant la CSP. Il incombait au directeur général et au personnel d'appliquer ces politiques dans l'exploitation des installations d'approvisionnement en eau. Les commissaires n'étaient pas au courant des pratiques irrégulières des opérateurs en matière de chloration et de surveillance. De même, alors que la vulnérabilité du puits 5 avait été relevée au moment de son approbation à la fin des années 70, les commissaires qui ont siégé à la CPS au cours de la décennie qui a précédé la tragédie ignoraient la vulnérabilité manifeste et incessante du puits 5 à la contamination et la nécessité qui en découlait d'y installer des analyseurs continus.

La preuve a révélé que les commissaires s'occupaient principalement des aspects financiers des activités de la CSP et étaient très peu au courant des questions relatives à la salubrité de l'eau et à l'exploitation du réseau. Ils comptaient, à tort, presque entièrement sur Stan Koebel à ces égards.

En mai 1998, les commissaires ont reçu une copie d'un rapport d'inspection du MEO, qui signalait de graves problèmes au chapitre de l'exploitation du réseau d'eau de Walkerton. Selon le rapport, la bactérie *E. coli*, signe d'insalubrité de l'eau, était présente dans un nombre important d'échantillons d'eau traitée. Entre autres, le rapport insistait sur la nécessité de maintenir un taux adéquat de chlore résiduel. Il soulignait également d'autres problèmes : la CSP n'avait que tout récemment commencé à mesurer le chlore résiduel dans le réseau de distribution, ne se conformait pas aux exigences minimales en matière d'échantillonnage bactériologique et ne tenait pas des dossiers de formation adéquats.

Les commissaires n'ont donné aucune suite au rapport. Ils n'ont pas demandé d'explications à M. Koebel. Ils ont plutôt accepté sa promesse de mettre fin aux mauvaises pratiques et n'ont jamais effectué de suivi. Les événements nous ont montré que M. Koebel n'a pas veillé à maintenir des taux de chlore résiduel adéquats, comme il s'y était engagé, et n'a pas effectué aussi souvent qu'il aurait dû les contrôles nécessaires pour s'assurer que les taux étaient effectivement adéquats. À mon avis, il était raisonnable de s'attendre à ce que les commissaires interviennent davantage.

Les commissaires auraient dû avoir suffisamment de connaissances pour poser les questions pertinentes et pour procéder au suivi des réponses. S'ils ne se croyaient pas assez qualifiés pour s'occuper de ces questions, ils auraient pu retenir les services d'un consultant indépendant pour les aider à évaluer la façon dont Stan Koebel exploitait le réseau et s'assurer ainsi qu'il soit donné suite aux préoccupations graves que soulevait le rapport concernant la salubrité de l'eau.

Sans vouloir excuser les commissaires pour le rôle qu'ils ont joué, il importe de signaler que, tout comme Stan et Frank Koebel, ils n'avaient pas l'intention de mettre en danger la vie des résidents de Walkerton. Ils croyaient que l'eau était salubre. Les événements de mai 2000 les ont énormément perturbés. En outre, d'après les registres de la CSP, il semble que, dans l'ensemble, les commissaires se sont acquittés de leurs fonctions de la même manière que leurs prédécesseurs. Leur mode de conduite semblait partie intégrante de la mentalité qui régnait à la CSP de Walkerton.

Même si les commissaires s'étaient dûment acquittés de leur rôle, on ignore si M. Koebel aurait modifié les pratiques irrégulières de la CSP. On peut supposer qu'il aurait peut-être adopté des pratiques de chloration et de contrôle plus conformes, auquel cas il est probable que l'ampleur de l'épidémie survenue en mai 2000 aurait été sensiblement réduite. Ainsi, en ne donnant pas dûment suite au rapport d'inspection du MEO, les commissaires en poste en 1998 ont perdu une occasion de réduire l'ampleur de l'épidémie.

### **1.3.7 Le rôle de la municipalité<sup>17</sup> et du maire**

Le rôle de la municipalité a été restreint puisque, pendant la période critique, le réseau d'eau était exploité par une commission des services publics. Je me penche en particulier sur trois occasions à la suite desquelles, a-t-on laissé entendre, la municipalité aurait dû prendre des mesures pour protéger l'eau potable et la santé de la population, mais ne l'a pas fait : une réunion, tenue en

---

<sup>17</sup> Avant la fusion qui a donné lieu à la création de la municipalité de Brockton, le 1<sup>er</sup> janvier 1999, l'autorité compétente était la Ville de Walkerton.

novembre 1978, au cours de laquelle des représentants du MEO ont proposé la mise en place de mécanismes de contrôle de l'utilisation du sol aux alentours du puits 5; la réception du rapport d'inspection de 1998 du MEO; l'émission d'un avis d'ébullition le 21 mai 2000, en début d'après-midi.

Je conclus que, légalement, la Ville de Walkerton n'avait pas les moyens de contrôler l'utilisation du sol aux alentours du puits 5. Par ailleurs, lors de la réunion de 1978, les échanges relatifs au contrôle de l'utilisation du sol avaient surtout porté sur l'ancienne exploitation agricole Pletsch. Cependant, la contamination bactériologique du réseau d'eau de Walkerton a, en fait, pris naissance ailleurs.

Étant donné que la CSP de Walkerton était responsable de la gestion et du contrôle des installations d'approvisionnement en eau, la réaction du conseil municipal de Walkerton au rapport d'inspection de 1998 n'était pas déraisonnable. Le conseil n'avait aucune raison de ne pas compter sur les commissaires de la CSP pour la prise des mesures de suivi nécessaires à la solution des problèmes mentionnés dans le rapport.

Le maire de Brockton, David Thomson, était très bien placé pour aider la circonscription sanitaire locale à diffuser l'avis d'ébullition, les 21 et 22 mai. Le Dr Murray McQuigge ne lui a toutefois pas demandé son aide. Même si le maire savait que les résidents de Walkerton tombaient malades, il n'a pas offert son aide pour les mettre au courant de l'avis d'ébullition. Il est probablement vrai que, à sa place, d'autres l'auraient fait, mais j'estime qu'il ne doit pas être blâmé de ne pas avoir offert son aide.

En outre, je conclus qu'il n'était pas déraisonnable pour le maire Thomson et les autres membres du conseil municipal de Brockton de s'abstenir d'invoquer le Plan de mesures d'urgence de Brockton. Ils ont sérieusement envisagé de prendre cette mesure extraordinaire, dont le principal avantage aurait été de faciliter la diffusion de l'avis d'ébullition. Toutefois, la population avait déjà pris connaissance de l'avis lorsque le conseil municipal a commencé à examiner cette possibilité.

### **1.3.8 Le rôle des autorités en matière de santé publique**

Quant au rôle de la circonscription sanitaire de Bruce-Grey-Owen Sound dans les événements qui se sont produits à Walkerton, je l'ai examiné sous trois aspects différents : son rôle dans la supervision de la qualité de l'eau potable à Walkerton au cours des années précédant les événements de mai 2000; sa

réaction à la privatisation des services d'analyse en laboratoire en 1996; sa réaction à l'épidémie de mai 2000.

En temps normal, la circonscription sanitaire exerçait son rôle de supervision en recevant les avis de rapports défavorables sur la qualité de l'eau et les rapports d'inspection du MEO et en donnant suite à ces rapports lorsqu'elle le croyait nécessaire. Il aurait été préférable que la circonscription sanitaire prenne des mesures plus énergiques pour donner suite aux nombreux rapports défavorables sur la qualité de l'eau à Walkerton qu'elle a reçus de 1995 à 1998 et au rapport d'inspection de 1998 du MEO. Du milieu à la fin des années 90, on relève des signes manifestes de détérioration de la qualité de l'eau à Walkerton.

Dès réception de rapports défavorables sur la qualité de l'eau, l'inspecteur local de la santé publique de Walkerton aurait normalement communiqué avec la CSP de Walkerton pour assurer le prélèvement d'échantillons de suivi et le maintien d'un taux de chlore résiduel approprié. Toutefois, lorsqu'il a reçu le rapport d'inspection de 1998 du MEO, il l'a lu et classé, en supposant que le MEO veillerait à ce que les problèmes relevés soient dûment réglés. Étant donné que l'inspecteur n'avait aucune directive écrite sur la façon d'intervenir lors de rapports défavorables, sur la qualité de l'eau ou à l'issue d'inspections, je suis convaincu qu'il a fait tout ce qu'on attendait de lui<sup>18</sup>.

Même si la circonscription sanitaire avait pris des mesures plus énergiques pour donner suite aux préoccupations concernant la qualité de l'eau à Walkerton, lesquelles s'expriment à compter du milieu des années 90, et ce, jusqu'à la fin de la décennie, il est peu probable qu'une telle intervention aurait changé quoi que ce soit aux événements de mai 2000. Les mesures requises pour donner suite aux préoccupations étaient surtout de nature opérationnelle. Le MEO était l'organisme de réglementation responsable de la supervision du réseau d'eau de Walkerton. Après le rapport d'inspection de 1998, le ministère a donné instruction à la CSP de régler un certain nombre de problèmes opérationnels, mais a ensuite omis d'effectuer un suivi pour s'assurer que les mesures adéquates avaient été prises. Je suis convaincu qu'il était approprié que la circonscription sanitaire compte sur le MEO pour superviser les activités à la CSP de Walkerton et assurer le suivi du rapport d'inspection de 1998.

---

<sup>18</sup> Il aurait été préférable que le ministère de la Santé et la circonscription sanitaire fournissent des directives claires au personnel de la circonscription sanitaire sur la façon d'intervenir lors de rapports défavorables sur la qualité de l'eau et de rapports d'inspection du MEO. À la Partie 2 du présent rapport, je formulerai des recommandations, afin de préciser les rôles respectifs des circonscriptions sanitaires locales et du MEO en matière de surveillance des réseaux d'eau municipaux.

En 1996, après la privatisation des services d'analyse en laboratoire offerts aux municipalités, la circonscription sanitaire a cherché à obtenir du bureau du MEO d'Owen Sound l'assurance qu'elle continuerait d'être avisée de tout résultat insatisfaisant à l'égard de la qualité de l'eau des réseaux des collectivités. On lui a fourni de telles garanties, par écrit et lors d'une rencontre. Je suis convaincu que la circonscription sanitaire a suivi une démarche raisonnable en réaction à la privatisation des services de laboratoire.

La circonscription sanitaire a été avisée pour la première fois de l'existence d'une épidémie à Walkerton le vendredi 19 mai 2000. Elle a émis un avis d'ébullition deux jours plus tard. Dans l'intervalle, le personnel de la circonscription a diligemment procédé à une enquête. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles la circonscription n'a pas immédiatement conclu que l'eau était à l'origine du problème. Au départ, elle soupçonnait plutôt une intoxication d'origine alimentaire. Cependant, parce que l'eau était une cause possible du problème, le personnel de la circonscription a communiqué avec Stan Koebel à deux reprises le 19 mai, puis deux fois encore le 20 mai. Chaque fois, on a donné au personnel des renseignements qui l'ont porté à croire que la salubrité de l'eau n'était pas en cause. La circonscription sanitaire n'avait aucune raison de douter des renseignements fournis par Stan Koebel. Les affirmations de ce dernier quant à la salubrité de l'eau ont porté la circonscription à se pencher sur d'autres causes possibles du problème.

Par ailleurs, les symptômes signalés correspondaient à ceux d'une infection à *E. coli* O157:H7. Or, on associe plus souvent ce type d'infection à la nourriture qu'à l'eau – d'où le surnom courant de « maladie du hamburger ». La circonscription sanitaire n'était au courant d'aucun cas déclaré, en Amérique du Nord, d'épidémie causée par l'*E. coli* et associée à un réseau de distribution d'eau traitée. De plus, on signalait des cas de maladie dans des collectivités autres que Walkerton, autre facteur portant à croire que l'eau n'était pas à l'origine du problème.

À mon avis, il ne faut pas blâmer la circonscription sanitaire de n'avoir pas émis l'avis d'ébullition avant le 21 mai. Je reconnais que d'autres personnes de la collectivité avaient soupçonné que la salubrité de l'eau était en doute et pris des mesures pour éviter l'infection. Il faut les en féliciter. Toutefois, l'émission d'un avis d'ébullition est une mesure importante, qui oblige à bien peser un certain nombre de facteurs. L'adoption de mesures de précaution et la protection de la santé publique sont d'une importance primordiale, mais l'émission d'avis d'ébullition injustifiés a des conséquences sociales et économiques et, fait important, peut nuire à la crédibilité future de la circonscription sanitaire qui en est responsable. Il faut user de prudence lorsqu'on examine après coup le

jugement exercé par des professionnels comme ceux de la circonscription sanitaire. Compte tenu des garanties fournies par M. Koebel concernant la salubrité de l'eau, je suis convaincu que la circonscription sanitaire a fait preuve de la prudence et du jugement voulus dans la façon dont elle a enquêté sur l'épidémie et décidé d'émettre l'avis d'ébullition.

À cet égard, je ne pense pas que le fait que la circonscription sanitaire n'ait pas examiné son dossier sur l'eau de Walkerton entre le 19 et le 21 mai ait changé quoi que ce soit au moment choisi pour émettre l'avis d'ébullition. Les preuves pertinentes les plus récentes au dossier concernant des problèmes de qualité de l'eau remontaient à plus de deux ans. J'accepte les témoignages du Dr McQuigge et d'autres personnes, selon lesquels, en mai 2000, il aurait fallu plus d'informations opportunes sur la qualité de l'eau à Walkerton. La circonscription sanitaire a cherché à obtenir ces informations et a reçu de Stan Koebel des garanties selon lesquelles tout était en règle.

La circonscription sanitaire a fait diffuser l'avis d'ébullition à la collectivité par l'intermédiaire des stations radio AM et FM locales. Elle a aussi communiqué directement avec plusieurs établissements publics. La preuve a révélé que certains résidents n'avaient pas pris connaissance de l'avis le 21 mai. Dans son témoignage, le Dr McQuigge a reconnu que, si une situation semblable se présentait à nouveau, il passerait par les stations locales de télévision et ferait distribuer des dépliants pour informer les résidents de l'avis d'ébullition. Une telle approche aurait mieux valu; en effet, l'avis d'ébullition aurait dû être diffusé sur une plus vaste échelle.

### **1.3.9 Le rôle du ministère de l'Environnement**

La réglementation de la construction et de l'exploitation des réseaux d'eau municipaux<sup>19</sup> – et l'application des lois, règlements et politiques en la matière – est une responsabilité qui incombait et continue d'incomber principalement au MEO. À cet égard, le MEO fixe les normes régissant la construction et l'exploitation des réseaux municipaux. Il approuve également la construction des nouvelles installations, accrédite les opérateurs et supervise les pratiques de traitement, de distribution et de contrôle des installations municipales. Bref, le rôle général du ministère consiste à veiller à ce que les réseaux d'eau soient construits et exploités de manière à produire une eau salubre et à ne pas menacer la santé publique.

---

<sup>19</sup> Dans le présent rapport, j'emploie fréquemment le terme « réseaux d'eau municipaux », auquel je substitue à l'occasion d'autres termes apparentés pour alléger le texte.

Comme je l'ai mentionné plus haut, l'exploitation du réseau d'approvisionnement en eau de Walkerton présentait deux graves problèmes qui ont contribué à la tragédie de mai 2000. D'abord, on avait omis d'installer au puits 5 des analyseurs continus du chlore résiduel et de la turbidité. Le défaut d'utiliser des analyseurs découle du fait que le MEO n'a pas rempli adéquatement ses fonctions de supervision et de réglementation. Les opérateurs de la CSP ne possédaient ni la formation ni l'expertise nécessaires pour reconnaître la vulnérabilité du puits 5 à la contamination par les eaux de ruissellement ou pour comprendre la nécessité d'installer des analyseurs continus. Il ne serait pas raisonnable pour le MEO de s'attendre à ce que tous les opérateurs de petits réseaux d'approvisionnement en eau, comme celui de Walkerton, possèdent l'expertise nécessaire soit pour distinguer les sources d'eau qui sont vulnérables à la contamination, soit pour comprendre la nécessité de munir ces sources d'analyseurs continus. L'installation d'analyseurs continus au puits 5 aurait permis de prévenir l'épidémie. Il est absolument faux de dire, comme le gouvernement l'a soutenu durant l'enquête, que Stan Koebel ou la CSP de Walkerton étaient les seuls responsables de l'épidémie ou qu'eux seuls auraient pu la prévenir.

Deuxièmement, les pratiques de chloration et de surveillance de la CSP étaient irrégulières, comme je l'ai déjà mentionné. Sans vouloir aucunement excuser les opérateurs de la CSP pour la façon dont ils ont passé outre aux exigences et aux directives du MEO, je suis convaincu que ce dernier aurait dû relever ces manquements et imposer des correctifs. S'il l'avait fait, l'épidémie aurait probablement été beaucoup moins importante.

Je suis parvenu à la conclusion qu'un certain nombre des programmes et des politiques<sup>20</sup> du MEO qui avaient un rôle à jouer dans la réglementation et la supervision du réseau d'eau de Walkerton étaient insuffisants – certains plus que d'autres. Ces « insuffisances » du MEO représentent toutes des omissions ou des défauts de prendre les mesures appropriées plutôt que des actes concrets. Leurs répercussions sur les événements de Walkerton doivent donc être mesurées en fonction de l'impuissance à prévenir ou à corriger l'un ou l'autre (ou les deux) des problèmes susmentionnés qui se posaient à Walkerton. Sous ce rapport, les insuffisances peuvent être mesurées en fonction de l'impuissance desdits programmes et politiques à prévenir l'épidémie, à en réduire l'ampleur ou à atténuer le risque d'épidémie. Envisagées sous cet angle, certaines insuffisances sont liées plus intimement que d'autres à la tragédie.

---

<sup>20</sup> J'ai reçu pour mandat de rendre compte de « l'incidence, le cas échéant, des politiques, des procédures et des pratiques gouvernementales », ce qui inclut, de toute évidence, les programmes gouvernementaux. Dans le présent rapport, j'utilise selon le contexte les mots « politiques » ou « programmes » pour renvoyer à la partie pertinente du mandat.

La responsabilité de ces insuffisances revient à différents échelons du ministère. Parmi celles que j'ai relevées, certaines découlent des activités du bureau du MEO d'Owen Sound, dont relève Walkerton; d'autres découlent des activités de l'administration centrale du MEO, à Toronto.

Je traiterai de la privatisation des services d'analyse en laboratoire et des compressions budgétaires dans des chapitres distincts, parce que ces mesures font intervenir des décisions du Conseil des ministres, pas seulement du MEO.

Les plus graves insuffisances imputables au MEO se rapportent au programme d'autorisation, au programme d'inspection, à la préférence accordée à l'observation volontaire plutôt qu'obligatoire des exigences et au programme d'accréditation et de formation des opérateurs. Je décris brièvement ci-dessous les principales insuffisances que j'ai relevées.

### **1.3.9.1 *Programme d'autorisation***

Le puits 5 a été construit en 1978 et son certificat d'autorisation a été délivré en 1979, sans toutefois être assorti d'aucune condition d'exploitation. On avait pourtant reconnu, dès le départ, que le puits présentait un risque potentiel : la nappe qui l'alimente avait été jugée vulnérable à la contamination par les eaux de ruissellement. L'autorisation sans condition d'exploitation explicite s'inscrivait au nombre des pratiques en vigueur au MEO à cette époque.

Avec le temps, le MEO a modifié ses pratiques et s'est mis à assortir presque automatiquement ses certificats d'autorisation de conditions d'exploitation, notamment en ce qui a trait au traitement et à la surveillance de l'eau. Dès 1992, le MEO avait formulé un ensemble de conditions d'exploitation types, qu'il a pris l'habitude de joindre aux nouveaux certificats d'autorisation des réseaux municipaux. Cependant, il n'a jamais fait l'effort de revoir les certificats antérieurs, comme celui du puits 5, pour déterminer l'opportunité d'y adjoindre des conditions.

Les OQEPO ont été modifiés en 1994, pour obliger les réseaux d'eau alimentés par une nappe souterraine soumise à l'influence directe des eaux de ruissellement à contrôler en continu la turbidité et les désinfectants résiduels (c.-à-d. le chlore libre, une sorte de résidu de chlore). Même alors, il n'existait pas de politique ou de programme prévoyant l'examen des sources d'eau qui alimentaient les puits déjà autorisés afin de déterminer l'opportunité d'exiger un contrôle continu. Le MEO aurait pourtant dû exiger l'installation d'analyseurs continus au puits 5 suivant la modification des OQEPO, en 1994, ce puits étant

alimenté par une nappe souterraine soumise à l'influence directe des eaux de ruissellement.

Le MEO n'a jamais ajouté de conditions au certificat d'autorisation du puits 5. Je suis convaincu qu'un programme d'autorisation bien structuré aurait fait ressortir la nécessité de revoir ce certificat d'autorisation après la modification des OQEPO, en 1994, et lorsque les pratiques ministérielles visant les nouveaux certificats d'autorisation ont changé, au cours des années 90. L'installation d'analyseurs continus du chlore résiduel et de la turbidité au puits 5 aurait prévenu la tragédie de Walkerton. Il est fort probable que l'inclusion des conditions d'exploitation types prévoyant le maintien d'un taux de chlore résiduel à 0,5 mg par litre après un temps de contact de 15 minutes, alliée à des mesures d'exécution efficaces, aurait grandement réduit l'ampleur de l'épidémie.

### **1.3.9.2 Programme d'inspection**

Le MEO a inspecté le réseau d'eau de Walkerton en 1991, 1995 et 1998. Au moment où ces trois inspections ont été effectuées, il existait des problèmes relativement à la salubrité de l'eau. Les inspecteurs en ont repéré quelques-uns, mais, malheureusement, deux des plus importants sont passés inaperçus, à savoir la vulnérabilité du puits 5 à la contamination par les eaux de ruissellement et les pratiques irrégulières de la CSP en matière de chloration et de surveillance. Il s'est avéré que ces problèmes ont eu une incidence directe sur la tragédie de mai 2000.

Le puits 5 n'a pas été examiné durant les inspections. Il n'a donc pas été identifié comme une source souterraine soumise à l'influence directe des eaux de ruissellement. Les inspecteurs ont traité le puits 5 comme s'il s'agissait d'une source souterraine salubre et n'ont mentionné nulle part dans leurs rapports l'influence des eaux de ruissellement. Pourtant, les dossiers ministériels contenaient des renseignements qui auraient dû pousser les inspecteurs à examiner le puits de près à cet égard. À mon avis, le programme d'inspection était inadéquat, puisqu'il n'obligeait pas les inspecteurs à examiner toute l'information pertinente sur la sécurité des sources d'approvisionnement en eau.

Le deuxième problème dont les trois rapports d'inspection ne traitent pas, ce sont les pratiques irrégulières de la CSP en matière de chloration et de surveillance, mentionnées plus haut. Pourtant, le problème était évident dans les dossiers d'exploitation tenus par la CSP : il aurait suffi d'un examen adéquat des feuilles de fonctionnement quotidiennes. Toutefois, le programme d'inspection

était inadéquat, car il n'obligeait pas les inspecteurs à effectuer un examen approfondi de ces dossiers.

Même si le MEO n'était pas au courant des pratiques irrégulières de la CSP de Walkerton en matière de chloration et de surveillance, je suis convaincu que, s'il avait effectué un suivi adéquat des problèmes d'exploitation que relevait le rapport d'inspection de 1998, il aurait repéré les pratiques de traitement et de surveillance inacceptables (ou, à tout le moins, aurait dû les repérer). Plus précisément, la bactérie *E. coli* était de plus en plus souvent détectée dans l'eau traitée et trois inspections successives avaient relevé un taux de chlore résiduel inférieur au taux minimum requis de 0,5 mg par litre. De plus, la CSP de Walkerton avait, à maintes reprises, omis de soumettre le nombre d'échantillons requis à des fins d'analyse microbiologique. Tous ces indices auraient dû amener le MEO à faire une inspection de suivi après 1998, de préférence sans préavis. Cependant, lorsque, deux ans et trois mois plus tard, la tragédie est survenue, aucune inspection additionnelle n'avait même été planifiée.

Je suis convaincu qu'un programme d'inspection adéquatement structuré et administré aurait mis en lumière, avant l'épidémie de mai 2000, la vulnérabilité du puits 5 aussi bien que les pratiques inacceptables de la CSP en matière de chloration et de surveillance. Si ces problèmes avaient été décelés, il aurait été possible de les régler et, ce faisant, de prévenir l'épidémie ou d'en réduire considérablement l'ampleur.

### **1.3.9.3 *Observation volontaire ou obligatoire des exigences***

Dans les années qui ont précédé les événements de mai 2000, le MEO a constaté à plusieurs reprises que la CSP de Walkerton ne respectait pas les exigences minimales du programme ministériel d'échantillonnage microbiologique non plus qu'elle ne maintenait un taux de chlore total résiduel minimum de 0,5 mg par litre. La CSP s'est engagée maintes fois à se plier aux exigences du MEO, mais il n'y a pas eu de changements dans les faits. Cette situation était symptomatique d'installations d'eau mal exploitées. Le MEO n'a pris aucune mesure pour contraindre légalement la CSP à se plier aux exigences de traitement et de surveillance. Il a plutôt opté pour une observation volontaire des exigences, choix conforme à la culture ministérielle de l'époque.

Après avoir inspecté le réseau d'eau de Walkerton en 1998, le MEO aurait dû délivrer un arrêté du directeur pour obliger la CSP de Walkerton à se conformer aux exigences en matière de traitement et de surveillance. Si cela avait été fait en 1998, la CSP aurait peut-être réagi comme il se devait, pris les exigences plus au sérieux et corrigé ses pratiques en conséquence. Si, malgré tout, elle avait

continué à faire abstraction des nouveaux impératifs du MEO, il est probable qu'un suivi approprié aurait permis à celui-ci de découvrir la non-conformité et de faire le nécessaire pour que les correctifs appropriés soient apportés. Comme je l'ai déjà mentionné, des pratiques adéquates de chloration et de surveillance auraient changé la situation en mai 2000.

#### **1.3.9.4 *Accréditation et formation des opérateurs***

Stan et Frank Koebel possédaient une expérience considérable dans l'exploitation du réseau d'approvisionnement en eau de Walkerton, mais n'avaient pas de connaissances suffisantes dans deux domaines clés. Ils ne mesuraient pas pleinement la gravité des risques que présente la contamination de l'eau potable ni les conséquences possibles de l'omission d'un traitement et d'une surveillance adéquats. Ils croyaient, à tort, que l'eau brute qui alimentait les puits de Walkerton était salubre.

C'est une lourde responsabilité que de gérer un réseau d'eau municipal. En effet, il ne suffit pas de savoir comment faire fonctionner les installations ou ce qu'il convient de faire dans des circonstances normales. Une gestion compétente requiert également de comprendre la nature des risques en matière de salubrité de l'eau, ainsi que le rôle des mesures de protection, dont la chloration et la surveillance du chlore résiduel et de la turbidité, pour assurer cette salubrité. Stan et Frank Koebel n'avaient pas cette compétence. De ce point de vue, ils ne répondaient pas aux exigences de leurs postes respectifs à la CSP de Walkerton.

Stan et Frank Koebel étaient des opérateurs accrédités de catégorie 3 au moment de l'épidémie, accréditation obtenue en vertu d'un régime de maintien des droits acquis fondé uniquement sur leur expérience. Ils n'ont pas eu à suivre de formation ni à passer d'examens pour obtenir cette accréditation. Néanmoins, je suis parvenu à la conclusion qu'il n'était pas déraisonnable que le gouvernement maintienne les droits acquis lorsqu'il a instauré l'accréditation obligatoire, à la condition qu'une formation obligatoire suffisante soit prévue pour les opérateurs accrédités en vertu de ce régime.

Après la mise en place du programme d'accréditation obligatoire, en 1993, le MEO a exigé que les opérateurs accrédités suivent chacun 40 heures de formation par année. Stan et Frank Koebel n'ont pas suivi le nombre d'heures exigé, et la formation qu'ils ont suivie ne traitait pas adéquatement de la question de la salubrité de l'eau potable. Je suis convaincu que le programme de formation de 40 heures aurait dû faire une plus grande place à la salubrité de l'eau potable et, dans le cas de Walkerton, être appliqué plus strictement.

Il est difficile de dire si une formation adéquate aurait amené Stan et Frank Koebel à modifier leurs pratiques irrégulières. Je peux toutefois affirmer qu'elle aurait augmenté la probabilité d'un tel changement.

#### **1.3.9.5 *Autres insuffisances***

Les insuffisances que j'ai décrites ci-dessus sont les plus graves pour ce qui est des effets des politiques du MEO sur la tragédie de Walkerton. Cependant, d'autres lacunes des politiques et programmes du MEO ont aussi contribué aux événements de Walkerton. Ces insuffisances se manifestaient dans la gestion de l'information et la formation du personnel au MEO, ainsi que dans l'utilisation de lignes directrices plutôt que de règlements juridiquement contraignants pour énoncer les exigences en matière de chloration et de surveillance. Ces lacunes sont résumées ci-dessous.

Il n'existait pas au MEO de système d'information garantissant que les données essentielles quant à l'historique des sources d'eau vulnérables, telles que le puits 5, soient accessibles aux personnes chargées de faire observer les pratiques de traitement et de surveillance appropriées. Si le personnel du ministère avait eu accès à cette information, il aurait été en mesure de prendre des décisions pleinement éclairées face aux diverses situations qui se sont présentées dans les années 90 et de faire ce qui s'imposait.

Vers le milieu des années 90, quand sont apparus les premiers signes de la détérioration de la qualité de l'eau à Walkerton, les personnes chargées de superviser l'installation municipale d'approvisionnement en eau n'avaient plus facilement accès à certains documents importants. L'absence d'un bon système d'information a donc contribué, à tout le moins indirectement, aux insuffisances du MEO mentionnées ci-dessus.

En ce qui concerne la formation, l'enquête a révélé que les fonctionnaires du bureau du MEO d'Owen Sound ignoraient certaines questions essentielles à l'exercice de leurs fonctions de supervision des installations de Walkerton. Plus précisément, plusieurs agents de l'environnement ne savaient pas que la bactérie *E. coli* pouvait être mortelle. Il semblerait primordial que les personnes chargées de superviser les réseaux municipaux d'approvisionnement en eau, ainsi que de coordonner éventuellement l'application de mesures correctives dans les installations dont l'eau avait été jugée insatisfaisante, soient pleinement conscientes des effets potentiels des menaces à la salubrité de l'eau.

Il est difficile d'évaluer l'incidence de ce manque de formation sur les événements de mai 2000 à Walkerton, mais il a pu influencer sur certaines des

décisions relatives aux programmes d'inspection et de décontamination qui ont touché la ville.

Dans l'exercice de ses fonctions de réglementation et de surveillance des réseaux d'eau municipaux, le MEO avait élaboré deux séries de lignes directrices ou politiques, qu'il appliquait systématiquement : les OQEPO et le *Chlorination Bulletin* (bulletin sur la chloration). Je suis convaincu que des questions aussi importantes pour la salubrité de l'eau et la santé publique que celles dont traitaient ces lignes directrices auraient dû faire l'objet de règlements, lesquels sont juridiquement contraignants, contrairement aux lignes directrices. Deux effets possibles sur Walkerton découlent de l'utilisation de lignes directrices plutôt que de règlements. En effet, Stan et Frank Koebel, même s'ils croyaient salubre l'eau brute de Walkerton, auraient sans doute hésité davantage à passer outre à un règlement juridiquement contraignant qu'à une ligne directrice.

En outre, le recours à des lignes directrices pourrait peut-être expliquer pourquoi le MEO n'a pas invoqué l'observation obligatoire des exigences et n'a pas donné de suites à l'inspection de 1998. En effet, s'il avait été constaté que la CSP de Walkerton avait enfreint un règlement juridiquement exécutoire plutôt que des lignes directrices, le MEO aurait tout probablement pris des mesures plus vigoureuses pour l'obliger à se plier aux exigences – par exemple, des inspections additionnelles, la délivrance d'un arrêté du directeur ou des procédures en vue de faire appliquer les règlements.

Cependant, je remarque que, avant les événements de Walkerton, personne à l'intérieur ou à l'extérieur du MEO n'avait envisagé de faire des exigences de ces lignes directrices un règlement juridiquement exécutoire en matière de traitement et de surveillance.

#### **1.3.9.6 Résumé**

Je suis convaincu que, si le MEO avait adéquatement rempli son rôle de réglementation et de surveillance, la tragédie de Walkerton aurait été évitée (grâce à l'installation d'analyseurs continus), ou que, à tout le moins, son ampleur aurait été considérablement réduite.

Fait à souligner, depuis la tragédie de Walkerton, le gouvernement a admis qu'il était nécessaire d'apporter des améliorations dans presque tous les domaines où j'ai relevé des insuffisances, et il a pris des mesures pour renforcer le rôle de réglementation ou de surveillance du MEO. À mon avis, d'autres changements s'imposent néanmoins. Je formule un certain nombre de recommandations précises concernant le rôle du MEO dans le présent rapport, et je ferai d'autres

recommandations approfondies sur la réglementation et la surveillance des réseaux d'approvisionnement en eau dans le rapport sur la Partie 2 de l'enquête.

### 1.3.10 Le défaut d'adopter un règlement sur la notification

Au moment de l'épidémie de Walkerton, le gouvernement ne disposait pas d'un mécanisme juridiquement exécutoire<sup>21</sup> garantissant la communication prompte et directe des résultats d'analyse insatisfaisants au MEO et aux médecins-hygiénistes locaux. Cela explique en partie l'ampleur de l'épidémie survenue à Walkerton en mai 2000.

Le gouvernement avait reconnu depuis des années l'importance pour la santé publique d'une prompte communication des résultats d'analyse insatisfaisants. En vertu des OQEPO, les laboratoires d'analyse doivent signaler tout indicateur d'eau insalubre au bureau local du MEO, lequel doit aviser<sup>22</sup> à son tour le médecin-hygiéniste local. Ce dernier décide alors s'il y a lieu d'émettre un avis d'ébullition.

À l'époque où les analyses courantes de tous les réseaux municipaux d'approvisionnement en eau de la province étaient effectuées par les laboratoires gouvernementaux, il était acceptable que le protocole de notification figure sous la forme d'une ligne directrice dans les OQEPO plutôt que sous une forme juridiquement exécutoire – c'est-à-dire une loi ou un règlement. Cependant, l'entrée en scène des laboratoires privés dans ce domaine délicat de la santé publique, en 1993, et le désengagement complet des laboratoires gouvernementaux, qui ont cessé d'effectuer des analyses courantes pour les réseaux d'eau municipaux, en 1996, ont rendu inacceptable de conserver le protocole sous la forme d'une ligne directrice juridiquement non exécutoire.

La situation était d'autant plus inacceptable que les laboratoires environnementaux privés n'étaient pas réglementés par le gouvernement à l'époque. Aucun critère ne régissait la qualité des analyses et aucune exigence n'avait été fixée concernant les compétences ou l'expérience du personnel des laboratoires, et rien n'avait été fait pour la mise en place d'un régime d'octroi de permis, d'inspection ou de vérification de ces laboratoires par le gouvernement.

---

<sup>21</sup> Dans la présente section, j'appelle ces exigences « règlements », mais le gouvernement aurait tout aussi bien pu choisir d'en faire l'objet d'une loi.

<sup>22</sup> Les verbes « aviser », « informer », « communiquer » et « signaler » sont utilisés indifféremment dans la documentation, les témoignages et le présent rapport.

À compter de 1993, un petit nombre de municipalités ont commencé à s'adresser à des laboratoires privés pour leurs analyses microbiologiques. En 1996, toutefois, dans le cadre de son programme de compressions budgétaires, le gouvernement a cessé d'effectuer pour les municipalités les analyses courantes d'eau potable – c'est-à-dire qu'il a complètement privatisé<sup>23</sup> les analyses en laboratoire.

À l'époque, le gouvernement reconnaissait l'importance d'exiger que les laboratoires d'analyse avisent directement le MEO et le médecin-hygiéniste local en cas de résultats insatisfaisants. En 1996, au moment de la privatisation, le MEO a envoyé aux municipalités qui en faisaient la demande un document d'orientation leur recommandant fortement d'inclure une clause à cet effet dans tout contrat conclu avec un laboratoire privé. Rien n'indique que la CSP de Walkerton ait demandé ou reçu ce document.

Avant 1996, le gouvernement avait eu connaissance de cas où le médecin-hygiéniste local n'avait pas été avisé de résultats insatisfaisants relativement à des réseaux d'eau municipaux. Après la privatisation en 1996, il n'a pas instauré de programme de surveillance des effets de la privatisation sur les procédures de notification suivies en cas de résultats insatisfaisants. Quand le MEO a constaté que, malgré les exigences des OQEPO, certains laboratoires privés ne l'avaient pas des cas de résultats insatisfaisants, sa réaction s'est révélée insuffisante et peu systématique. Fait important à signaler, la haute direction du MEO n'a pas alerté les bureaux locaux du MEO à ce sujet, afin qu'ils surveillent la situation et fassent le suivi approprié de cette question de notification.

En 1997, fait inhabituel, le ministre de la Santé a demandé au ministre de l'Environnement de modifier la législation afin d'assurer la notification aux autorités compétentes des cas de résultats insatisfaisants, ou, à tout le moins, de lui donner des garanties à cet égard. Le ministre de l'Environnement, rejetant l'idée de dispositions législatives, a répondu que c'était là le but des OQEPO. Il a invité le ministre de la Santé à soumettre la question au Comité de coordination chargé de l'eau potable, formé de fonctionnaires des deux ministères. Aucune suite n'avait été donnée lors de la tragédie de Walkerton. Ce n'est qu'après que le gouvernement a adopté un règlement obligeant les

---

<sup>23</sup> Je parle de « privatisation » tout au long de cette section. Le terme est couramment utilisé dans les témoignages, la documentation et les observations des parties. Dans le contexte de cette enquête, il s'entend de la cessation par le gouvernement, en 1996, des analyses microbiologiques courantes offertes aux réseaux municipaux d'approvisionnement en eau – mesure qui a poussé la grande majorité des réseaux municipaux à se tourner vers le secteur privé pour leurs analyses courantes. Les municipalités ne sont pas obligées d'avoir recours aux services de laboratoires privés; de fait, certaines grandes municipalités ont leurs propres laboratoires. Toutefois, dans la pratique, la grande majorité n'ont d'autre choix que de faire appel aux services de laboratoires privés.

laboratoires à informer directement le MEO et le médecin-hygiéniste local en cas de résultats d'analyse insatisfaisants.

Je suis convaincu que la culture réglementaire instaurée par le gouvernement dans le sillage de la Commission de réduction des formalités administratives a découragé tout projet de rendre le protocole de notification des résultats d'analyse insatisfaisants juridiquement contraignant pour les opérateurs de réseaux d'eau municipaux et les laboratoires privés. Des fonctionnaires du ministère de la Santé ainsi que du MEO ont, à plusieurs occasions, attiré l'attention sur le fait que, malgré le protocole prévu par les OQEPO, les médecins-hygiénistes locaux n'étaient pas toujours avisés des résultats insatisfaisants à l'égard de la qualité de l'eau. Malgré ces préoccupations, le gouvernement a attendu la tragédie de Walkerton avant d'adopter un règlement rendant la notification obligatoire. D'après les preuves présentées, l'idée même d'un règlement sur la notification n'aurait vraisemblablement jamais abouti, car le gouvernement était alors déterminé à réduire la réglementation dans toute la mesure du possible.

A&L Canada Laboratories, le laboratoire qui desservait la CSP de Walkerton en mai 2000, ignorait le protocole de notification énoncé dans les OQEPO. Le laboratoire a avisé la CSP des résultats insatisfaisants, d'une importance critique, des analyses effectuées sur les échantillons du 15 mai, mais pas le MEO ni le médecin-hygiéniste local. Deux faits peuvent expliquer cette ignorance du protocole : tout d'abord, le secteur n'était pas réglementé à l'époque; ensuite, les OQEPO constituaient des lignes directrices et non un règlement.

À mon avis, il n'était pas raisonnable que, après la privatisation de l'analyse de l'eau, le gouvernement s'en remette aux OQEPO – des lignes directrices – pour assurer la notification directe des cas de résultats insatisfaisants aux autorités de la santé publique et de l'environnement. Le gouvernement aurait dû, dès 1996, adopter un règlement forçant les laboratoires d'analyse à informer directement le MEO et les médecins-hygiénistes locaux. Or, il n'a pris cette mesure qu'après la tragédie de Walkerton.

Je suis convaincu que si, en mai 2000, le protocole de notification avait fait partie d'un règlement juridiquement exécutoire et applicable aux laboratoires privés, A&L se serait informée du protocole et s'y serait conformée. Le fait que le gouvernement n'ait pas adopté de règlement sur la notification explique le défaut d'A&L d'aviser le MEO et le médecin-hygiéniste local des résultats insatisfaisants obtenus pour les échantillons du 15 mai. Si le médecin-hygiéniste local avait dûment été avisé des résultats insatisfaisants le 17 mai, il aurait émis un avis d'ébullition avant le 21 mai – au plus tard le 19, en fait. L'émission d'un

avis d'ébullition le 19 mai aurait très vraisemblablement prévenu au bas mot de 300 à 400 cas de maladie, même si aucun des décès n'aurait vraisemblablement été évité<sup>24</sup>.

### 1.3.11 Les compressions budgétaires

Les compressions budgétaires ont eu deux types d'effets sur Walkerton. Les premiers découlent de la décision, en 1996, de réduire les coûts en privatisant les services d'analyse de l'eau en laboratoire, et plus particulièrement de la manière dont cette décision a été mise en œuvre. Comme je l'ai déjà mentionné, le fait que le gouvernement n'ait pas adopté de règlement pour obliger légalement les laboratoires d'analyse à signaler promptement les échantillons d'eau impropre à la consommation directement au MEO et au médecin-hygiéniste local a contribué à l'ampleur de l'épidémie de Walkerton de mai 2000.

La deuxième catégorie d'effets découlant des compressions budgétaires a rapport aux programmes d'autorisation et d'inspection du MEO. En effet, les compressions amorcées en 1996 ont réduit les chances que le MEO prenne des mesures proactives qui auraient mis en lumière la nécessité d'analyseurs continus au puits 5 et révélé les pratiques irrégulières de la CSP en matière de chloration et de surveillance, ce qui aurait à tout le moins réduit le nombre de cas et prévenu l'épidémie.

Le budget du MEO avait déjà été réduit entre 1992 et 1995. Après l'élection du nouveau gouvernement, en 1995, des réductions additionnelles considérables ont cependant été imposées au MEO. En 1998-1999, les réductions totalisaient plus de 200 millions de dollars. Elles ont notamment abouti à un retranchement des effectifs : plus de 750 fonctionnaires ont été remerciés (plus de 30 %). Les réductions avaient été décidées par les organismes centraux du gouvernement<sup>25</sup> plutôt que par le MEO lui-même, et elles ne se fondaient pas sur une évaluation des ressources dont le MEO avait besoin pour s'acquitter de ses obligations législatives.

Avant que soit prise la décision de réduire considérablement le budget du MEO, en 1996, les hauts fonctionnaires du gouvernement, les ministres et le Conseil des ministres ont maintes fois été avertis des risques accrus qui pourraient en découler pour l'environnement et la santé humaine. La liste incluait les risques associés à la diminution du nombre d'inspections proactives – avertissement

---

<sup>24</sup> Si l'avis d'ébullition avait été émis le 18 mai, c'est de 400 à 500 cas de maladie environ qui auraient pu être prévenus. Un décès aurait peut-être aussi été évité.

<sup>25</sup> Les « organismes centraux » incluent le Secrétariat du Conseil de gestion, le ministère des Finances, le Bureau du Conseil des ministres et le Cabinet du Premier ministre.

dont la pertinence s'est avérée dans le cas de Walkerton. Le gouvernement a réduit le budget sans évaluer les risques ni préparer un plan de gestion des risques. Certains éléments de preuve portent à croire que les instances supérieures du gouvernement – celles qui ont pris la décision – jugeaient les risques acceptables. Toutefois, rien n'indique que les risques individuels, notamment ceux découlant du fait que le protocole de notification prenait la forme de lignes directrices plutôt que d'un règlement, aient été adéquatement évalués ou que des mesures aient été prises à leur égard.

En février 1996, le Conseil des ministres a approuvé les réductions en pleine connaissance des risques accrus pour l'environnement et la santé humaine.

### **1.3.12 Autres programmes gouvernementaux**

La commission a entendu des témoignages concernant d'autres programmes ou politiques du gouvernement, mais j'ai conclu que ceux-ci n'avaient pas influé sur les événements de Walkerton. J'ai néanmoins jugé utile de décrire brièvement la nature de quelques-uns de ces témoignages et d'expliquer les raisons de ma conclusion au chapitre 12 du présent rapport.

## **1.4 Étendue du mandat**

Le mandat de la commission d'enquête est établi par décret. Voici les parties du mandat qui ont trait aux événements qui se sont produits à Walkerton :

2. La commission est chargée d'enquêter sur les questions suivantes :
  - a) les circonstances à cause desquelles des centaines de personnes de Walkerton et des environs sont tombées malades et plusieurs d'entre elles sont décédées en mai et en juin 2000, vers le moment où l'on a détecté la bactérie *Escherichia coli* dans le réseau municipal d'approvisionnement en eau;
  - b) la cause des événements, y compris l'incidence, le cas échéant, des politiques, des procédures et des pratiques gouvernementales;

...

La commission effectue cette enquête en vue de formuler les constatations et les recommandations qu'elle juge utiles pour assurer la salubrité du réseau d'approvisionnement en eau de l'Ontario.

Je suis convaincu que le mandat doit recevoir une interprétation large, afin que la commission atteigne le but pour lequel elle a été établie. À l'instar de nombreuses autres enquêtes publiques, la présente enquête a été instituée à la suite d'une tragédie. La population a été ébranlée par les événements survenus à Walkerton. Les résidents supposaient que l'eau potable traitée était propre à la consommation. Des questions ont fusé de toutes parts : comment une telle tragédie a-t-elle pu se produire, comment aurait-elle pu être évitée, quel rôle ont joué les fonctionnaires et qu'est-il advenu des programmes gouvernementaux qui visaient à éviter de telles tragédies?

L'intérêt et les inquiétudes du public sont au cœur du but visé par la création de la commission, qui est de répondre à toutes les questions légitimes posées en vue d'élucider les événements de Walkerton. Le mandat ne doit pas être interprété de manière à ce que l'une ou l'autre de ces questions reste sans réponse.

L'alinéa 2 b) du décret me charge d'enquêter sur la « cause » de la tragédie, « y compris l'incidence, le cas échéant, des politiques, des procédures et des pratiques gouvernementales ». Je suis convaincu que le terme « cause » ne devrait pas être interprété de la même manière que s'il était utilisé dans le cadre de la détermination de questions concernant la responsabilité civile ou criminelle. Le but de la présente enquête diffère de celui d'une instance civile ou criminelle<sup>26</sup>. L'objet de l'enquête n'est pas de formuler des conclusions de responsabilité au sens juridique du terme, mais plutôt de faire la lumière sur toutes les circonstances entourant les événements de Walkerton et sur toutes les causes de ces événements afin d'assurer la salubrité future de l'eau potable. Le fait d'élucider ce qui est arrivé à Walkerton devrait, en soi, aider les parties qui seront à l'avenir responsables de la réglementation, de la gestion et de l'exploitation des réseaux d'eau.

Je suis convaincu que je devrais non seulement faire enquête sur les actes ou les événements qui ont directement « causé » l'épidémie dans un sens positif, mais aussi sur les insuffisances ou les omissions qui ont empêché de prévenir

---

<sup>26</sup> Je souligne que le paragraphe 3 du décret m'interdit expressément de tirer des conclusions quant à la responsabilité civile ou criminelle, dans les termes suivants : « La commission remplit son mandat sans tirer de conclusions ou formuler de recommandations quant à la responsabilité civile ou criminelle de quelque personne ou organisation que ce soit en la matière. Durant son enquête, elle veille également à ne pas nuire, le cas échéant, aux enquêtes ou procédures criminelles ayant trait aux questions susmentionnées. »

l'épidémie, d'en atténuer l'ampleur ou d'en réduire le risque. À titre d'exemple, je souligne qu'un nombre important de politiques ou de programmes gouvernementaux visent à réduire le risque que l'eau potable devienne insalubre. Étant donné le libellé de l'alinéa 2 b) du décret, je n'ai aucun doute que le mandat me charge d'examiner les insuffisances de ces politiques ou de ces programmes par rapport aux buts visés. De la même façon, je devrais également enquêter sur le défaut d'autres parties de prendre les mesures qui auraient permis de réduire le risque d'épidémie à Walkerton.

En ce qui a trait à la présentation de la preuve, j'ai demandé aux avocats de la commission de pécher par excès d'inclusion. La preuve devait être entendue concernant toute question susceptible d'être pertinente aux termes du mandat. Le fait, toutefois, qu'un témoignage ait été entendu sur un sujet donné ne signifie pas en soi que celui-ci ait un lien avec les événements de mai 2000. Afin de déterminer les questions qui justifient des commentaires ou une appréciation dans le présent rapport, j'ai tenté d'appliquer le critère du bon sens et de me guider sur ce que le public pouvait raisonnablement attendre, à partir de la preuve présentée à l'enquête. J'ai pris soin de ne pas tirer de conclusions sur certaines questions qui sont éloignées des événements de Walkerton au point qu'un lien entre ces questions et la tragédie relèverait de la pure supposition.

Je désire apporter trois précisions quant à la manière dont j'ai formulé certaines conclusions. Puisqu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une action en justice, je n'ai pas dans certains cas formulé de « conclusions de fait » en me fondant sur la balance des probabilités (le critère en matière civile) ou sur la preuve hors de tout doute raisonnable (le critère en matière criminelle). J'ai plutôt formulé certaines de mes conclusions en tenant compte de la probabilité ou de la possibilité que quelque chose puisse ou non se produire. Dans certains cas, j'étais la certitude connotée par ma conclusion en employant l'adverbe « très ». Je substitue à l'occasion d'autres termes apparentés pour alléger le texte. Toutefois, il ne faut pas accorder une signification différente à ces termes dans des contextes similaires.

Plusieurs de mes conclusions sont assorties de probabilités plutôt faibles. Par égard pour le lecteur, je ne répète pas dans tous les cas les qualificatifs qui se rangent sous la catégorie des « éventualités peu probables ». Ces précisions s'appliquent particulièrement aux sections 1.2 et 1.3 ci-dessus, mais visent également l'ensemble du rapport. Toutefois, j'expose clairement les qualificatifs utilisés lors du premier énoncé de chaque conclusion dans le corps du rapport.

Enfin, j'utilise à l'occasion les termes « faute », « responsable » et « redevable », qui pourraient avoir une connotation juridique. Je n'ai nullement l'intention,

dans le présent rapport, de tirer des conclusions de nature juridique. Le lecteur devrait attribuer aux termes de ce type un sens courant, non juridique.

## **1.5 Recommandations**

La commission avait entre autres pour but d'enquêter sur la tragédie et ses causes et d'en rendre compte, notamment en vue de déterminer ce qui aurait pu être fait pour l'empêcher. Je n'interprète pas son mandat comme bornant mes constatations et conclusions à celles qui aboutissent à des recommandations. En effet, une bonne compréhension de ce qui s'est passé à Walkerton aidera dans l'ensemble à assurer la salubrité future de l'eau potable dans la province.

Dans le rapport sur la Partie 2 de l'enquête, j'inclurai des recommandations détaillées sur tous les aspects de l'approvisionnement en eau potable en Ontario, y compris la protection des sources d'eau potable, le traitement, la distribution et la surveillance de l'eau potable, la gestion et l'exploitation des réseaux d'eau, de même que toutes les fonctions liées au pouvoir de réglementation du gouvernement. Le présent rapport sur la Partie 1 comporte bien certaines recommandations – celles qui découlent des constatations que j'y présente. Ces recommandations ne se veulent pas exhaustives; elles s'intégreront aux recommandations de la Partie 2, pour former un cadre général.

## **1.6 Rôle du coroner**

Le rôle du coroner en chef de l'Ontario, le Dr James Young, plus particulièrement à la Partie 1 de l'enquête, mérite une mention spéciale. J'ai rencontré le coroner en chef dès le début de l'enquête afin de discuter du chevauchement possible entre les travaux de la commission et une enquête du coroner, dans l'éventualité où celui-ci déciderait d'ouvrir une telle enquête. Nous avons convenu qu'il serait utile et opportun que le coroner en chef participe à l'enquête en demandant qualité pour agir, et je lui ai reconnu qualité pour agir aux fins des deux parties de l'enquête. Son avocat a assisté à toutes les audiences de la Partie 1, et y a apporté une précieuse contribution, tant pendant les contre-interrogatoires que pendant les arguments finaux. J'ai été en mesure de mieux comprendre l'affaire grâce à cette contribution.

En outre, le coroner en chef a entamé un examen immédiatement après l'épidémie. La D<sup>re</sup> Karen Acheson, coroner pour la région de Walkerton<sup>27</sup>, a été appelée à témoigner concernant cet examen au cours de l'enquête.

De plus, le coroner en chef a chargé un comité d'experts en épidémiologie, en microbiologie et dans le traitement clinique du syndrome hémolytique-urémique de déterminer lesquels des décès survenus à Walkerton avaient, le cas échéant, été reliés à l'épidémie. Ce comité a également été appelé à témoigner à l'enquête, et ses conclusions ont été accueillies à titre de témoignage d'expert.

Au cours des arguments finaux, le coroner en chef a fourni, par l'entremise de son avocat, une analyse approfondie de la preuve entendue à la Partie 1 de l'enquête. En outre, il a proposé une liste très utile de recommandations visant à assurer pour l'avenir la qualité de l'eau potable en Ontario. Dans le présent rapport, j'ai adopté de nombreuses recommandations proposées par le coroner en chef. Je me propose d'en examiner et d'en adopter un bon nombre d'autres dans le rapport sur la Partie 2 de l'enquête.

Dès le début, j'avais convenu avec le coroner en chef de discuter avec lui de la substance des conclusions que je tirerais dans le présent rapport. Et c'est ce que j'ai fait, en termes très généraux. J'ai ainsi suivi une démarche semblable à celle de la commission chargée d'enquêter sur l'écrasement d'un appareil d'Air Ontario à Dryden, en Ontario. Je dois préciser que se poursuit actuellement l'examen des décès survenus à Walkerton par le coroner en chef, qui a reporté sa décision sur l'ouverture d'une enquête jusqu'à ce que j'aie rendu mon rapport public.

En terminant, je désire exprimer toute ma gratitude envers le coroner en chef, son personnel et son avocat pour leur aide et leur collaboration tout au long de l'enquête.

---

<sup>27</sup> La D<sup>re</sup> Karen Acheson est coroner régional pour la région sise au sud de la baie Georgienne, qui englobe le comté de Bruce et la ville de Walkerton.