



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Audit de l'optimisation
des ressources :
Approvisionnement
en équipement
de protection
individuelle lié
à la COVID-19



Décembre 2021

Approvisionnement en équipement de protection individuelle

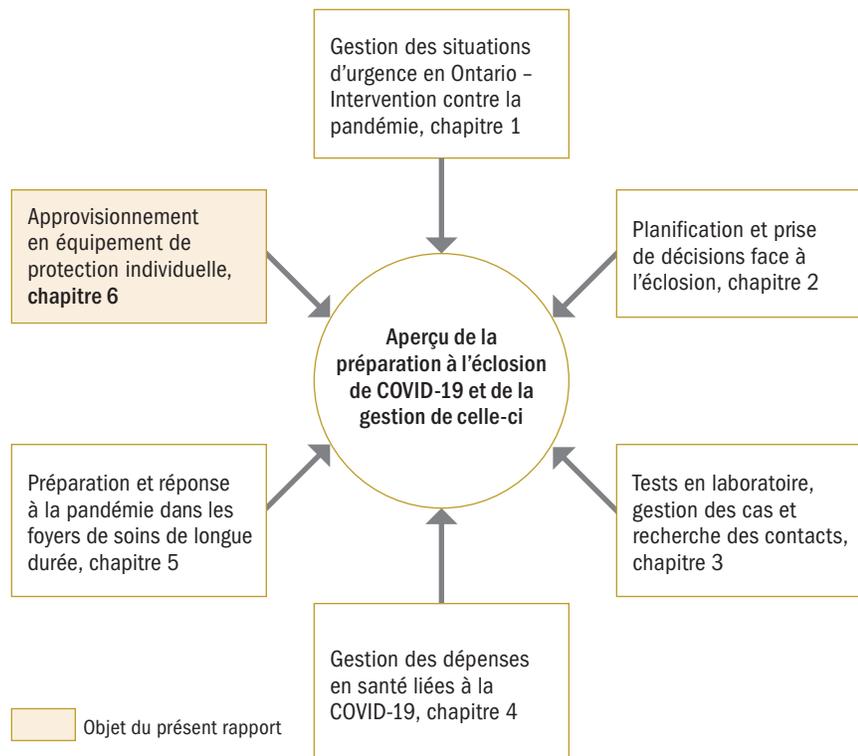
1.0 Résumé

Le présent document fait partie d'une série de rapports préparés par notre Bureau au sujet des mesures prises par la province en réponse à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) (**figure 1**). Le présent rapport, le **chapitre 6** de notre *Rapport spécial sur la préparation et la gestion liée à la COVID-19*, examine la

préparation et l'intervention de la province en matière d'approvisionnement, de gestion et de distribution d'équipement de protection individuelle (EPI) pour le secteur de la santé et d'autres secteurs en raison de la pandémie de COVID-19. Il se penche également sur des questions connexes comme la communication transparente par la province sur l'attribution des EPI et les violations des exigences d'accès et d'utilisation sécuritaires des EPI en milieu de travail.

Figure 1 : Six aspects clés de l'audit effectué par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



Dans l'ensemble, notre audit a confirmé que l'Ontario n'était pas prêt à réagir à la pandémie de COVID-19 au moyen d'EPI suffisant en raison des problèmes de longue date cernés, mais non réglés par le ministère de la Santé (le Ministère). Ces problèmes remontent à l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), au début des années 2000. Confronté à cette situation, le Ministère s'est associé à Santé Ontario, au Réseau universitaire de santé et aux organismes de services partagés de l'Ontario pour acheter l'EPI le plus rapidement possible compte tenu de la disponibilité limitée au départ de l'EPI.

Le Ministère n'avait pas maintenu une réserve d'urgence centralisée suffisante d'EPI, ce qui a laissé à la province un stock minimal d'EPI utilisable (par exemple, tous les masques N95 avaient dépassé leur date d'expiration) à distribuer en temps de crise, à un moment où nous avons également remarqué que le Ministère recevait plus de 1 600 demandes d'EPI entre le 5 février et le 18 mars 2020.

En outre, nous avons confirmé que la province n'était pas tenue par la loi de surveiller si chaque fournisseur de soins de santé conservait suffisamment d'EPI comme le recommande le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (Plan de lutte contre la pandémie). Même si des plans provinciaux étaient en cours pour centraliser l'approvisionnement provincial, l'approvisionnement central n'était pas en place lorsque l'état d'urgence pandémique a été déclaré en Ontario. L'approvisionnement en EPI de la province était décentralisé et fragmenté. Par conséquent, la province a dû élaborer de nouvelles façons d'acheter des EPI et d'obtenir des renseignements à l'échelle de la province sur les taux de consommation, les besoins ainsi que la disponibilité des EPI pendant la pandémie.

Nos essais ont confirmé que l'EPI a été attribué conformément à un nouveau cadre éthique d'attribution. Toutefois, nous avons également constaté que la province n'avait pas communiqué publiquement et de façon transparente sa manière de répartir les rares stocks d'EPI et qu'il n'avait pas rendu publique la façon dont le nouveau cadre éthique d'attribution avait été utilisé pour orienter

ses décisions d'attribution d'EPI et si celui-ci avait été utilisé ou non.

Voici un aperçu des constatations importantes faites par le Bureau :

- **La plupart des EPI dans la réserve d'urgence provinciale avaient expiré en 2017.** Notre audit de 2017 de la gestion des urgences en Ontario a révélé et rendu public que plus de 80 % des palettes d'EPI en réserve avaient déjà expiré et que le Ministère avait commencé à détruire l'EPI sans le remplacer. Si l'EPI dans la réserve d'urgence avait été bien géré et mis hors service pour être utilisé dans le secteur des soins de santé avant son expiration et que l'approvisionnement avait ensuite été renouvelé, le Ministère aurait été mieux placé pour distribuer l'EPI nécessaire lorsque la pandémie a frappé.
- **L'initiative de l'Ontario de 2019 visant à centraliser l'approvisionnement et la chaîne d'approvisionnement de la province était toujours en cours d'élaboration et n'était pas prête à remédier à la pénurie d'EPI.** Un groupe d'experts créé en 2016 pour examiner la chaîne d'approvisionnement en soins de santé et recommander des améliorations à celle-ci a recommandé en 2017 la nécessité de centraliser la collecte et la gestion des données pour éclairer un système centralisé d'approvisionnement et de chaîne d'approvisionnement. En mars 2019, le gouvernement de l'Ontario a annoncé son plan d'exécution d'une initiative de centralisation de la chaîne d'approvisionnement pour la fonction publique de l'Ontario et le secteur parapublic. Lorsque la COVID-19 s'est propagée en Ontario et a dégénéré en pandémie en mars 2020, cette initiative était toujours en développement.
- **Le ministère de la Santé ne savait pas si les fournisseurs de soins de santé maintenaient un approvisionnement local suffisant en EPI.** Bien que le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe recommande que les fournisseurs de soins de santé conservent leur propre approvisionnement d'urgence de quatre

semaines en EPI, aucune exigence n'a été mise en place pour que le Ministère surveille et confirme que ces réserves ont été conservées ou pour que les fournisseurs de soins de santé déclarent et confirment régulièrement leurs montants.

- **Le ministère de la Santé ne disposait pas d'informations complètes et consolidées sur les EPI dans le secteur de la santé au début de la pandémie pour prendre des décisions éclairées.** Le Ministère a dû créer des canaux de déclaration pour obtenir des renseignements sur la disponibilité et l'utilisation de l'EPI dans le secteur des soins de santé. En janvier 2020, le Ministère a communiqué avec les fournisseurs de soins de santé pour obtenir volontairement de leur part ces renseignements et avec les fournisseurs pour obtenir des renseignements sur l'approvisionnement. Le 27 mars, la ministre de la Santé a rendu une ordonnance à l'égard des fournisseurs de soins de santé en vertu de la *Loi sur la promotion et la protection de la santé* exigeant qu'ils déclarent la quantité d'EPI qu'ils avaient, leurs taux de consommation d'EPI et leurs prévisions quant aux niveaux d'approvisionnement futurs à compter du 1^{er} avril. Au départ, ces renseignements ont été recueillis par Santé Ontario. Le 5 juin 2020, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs a assumé cette responsabilité.
- **Les systèmes de collecte et d'analyse des données sur les EPI, d'approvisionnement, de stockage et de distribution du ministère de la Santé n'étaient pas prêts pour une pandémie.** Le Ministère a dû élaborer un nouveau processus d'approvisionnement en EPI pendant la pandémie. Reconnaissant que la réserve provinciale d'urgence était en grande partie épuisée, que le secteur des soins de santé avait des besoins importants en matière d'approvisionnement en EPI excédant la quantité offerte et que le Ministère n'avait pas suffisamment d'expérience en matière d'approvisionnement ou n'était pas en mesure d'intervenir rapidement dans un environnement concurrentiel pour

l'approvisionnement en EPI, le Ministère et Santé Ontario ont établi un partenariat informel avec le Réseau universitaire de santé (RUS) pour faciliter l'approvisionnement en EPI pour la réserve provinciale d'urgence. Par la suite, un protocole d'entente comportant la date d'entrée en vigueur du 13 mars a été établi et signé en août 2020 entre le ministère de la Santé, Santé Ontario et le RUS. Le 19 mars 2020, le ministère de la Santé et Santé Ontario se sont également associés au ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et aux organismes de services partagés du secteur de la santé (Plexxus et Mohawk Medbuy) pour consolider la planification, l'approvisionnement et la surveillance des EPI. Il fallait accroître la capacité des entrepôts avec le soutien des organismes de services partagés.

- **La province n'a pas communiqué publiquement comment elle prévoyait procéder à l'attribution et, en fin de compte, comment elle a attribué des EPI rares en Ontario.** Bien que le groupe de contrôle du gouvernement, responsable de l'EPI, ait utilisé un cadre éthique d'attribution élaboré le 10 avril 2020 pour déterminer qui recevra un EPI rare et quand, il n'a pas rendu public le cadre éthique d'attribution comme l'a fait la Colombie-Britannique. L'un des principes clés de l'élaboration de ce cadre consistait à favoriser la confiance, ce qui devrait être réalisé en communiquant le cadre, y compris la justification des critères servant à éclairer les décisions, de façon claire, transparente et rapide. Bien que nous ayons constaté que le 14 mai 2020, le cadre éthique d'attribution a été mentionné dans une note de décision publiée sur le Web du groupe de contrôle comme une « prochaine étape », il n'a pas été publié ni divulgué publiquement. En revanche, la province a rendu public son cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19 en décembre 2020.
- **Les travailleurs de la santé n'étaient pas toujours bien protégés par l'EPI.** Notre examen des ordonnances d'infraction émises

par le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences en 2020 a révélé une augmentation du nombre d'ordonnances émises pour des infractions à l'EPI aux fournisseurs de soins de santé (y compris les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux), avec 229 ordonnances émises en 2020 contre seulement 22 en 2019. Les infractions à l'EPI découlent du manque de formation des employés sur l'utilisation et l'entreposage appropriés de l'EPI pendant les pauses de travail, du manque d'accès des employés à l'EPI approprié au besoin et du défaut de s'assurer que les employés ont reçu une formation sur la façon de porter et d'utiliser correctement l'EPI.

- Le Règlement de l'Ontario 612/20 : Gestion centralisée de la chaîne d'approvisionnement Ontario a établi le 5 novembre 2020 la Gestion centralisée de la chaîne d'approvisionnement Ontario, qui a pour mandat de centraliser l'approvisionnement et la chaîne d'approvisionnement de la province, y compris la chaîne d'approvisionnement du secteur parapublic, qui englobe le secteur des soins de santé.** Le gouvernement a créé ApprovisiOntario pour centraliser et rationaliser les processus d'approvisionnement décentralisés des secteurs public et parapublic. ApprovisiOntario sera également responsable de recueillir et d'analyser des données sur les stocks, l'approvisionnement et d'autres données pertinentes à la chaîne d'approvisionnement centralisée. En janvier 2021, le gouvernement de l'Ontario a nommé les premiers membres du conseil d'administration d'ApprovisiOntario. L'objectif est que l'organisme soit pleinement opérationnel d'ici novembre 2023.

Le présent rapport renferme 8 recommandations et 16 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Conclusion globale

Notre audit a confirmé que l'Ontario n'était pas prêt à réagir avec suffisamment d'équipement de protection individuelle (EPI) à la pandémie de COVID-19 en raison des problèmes de longue date cernés, mais non réglés par la province. Ces problèmes remontent à l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003.

Le ministère de la Santé (le Ministère) ne disposait pas des réserves d'EPI requises prêtes à distribuer en vertu du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (le Plan de lutte contre la pandémie). Si l'Ontario avait eu en place une réserve à jour, la province aurait été mieux placée pour fournir l'EPI aux fournisseurs de soins de santé qui en avaient le plus besoin au cours des premières semaines et des premiers mois de la pandémie, alors que la demande mondiale d'EPI dépassait largement l'offre. Malgré les recommandations du Plan en cas de pandémie de santé visant à ce que les fournisseurs de soins de santé conservent leur propre approvisionnement d'urgence de quatre semaines en EPI, de nombreux fournisseurs de soins de santé ne disposaient pas de ce niveau d'approvisionnement et le Ministère n'avait pas la responsabilité de surveiller le niveau d'approvisionnement qu'ils maintenaient. Au début de la pandémie de COVID-19, le Ministère ne disposait pas de renseignements sur l'offre et le besoin d'EPI dans le secteur des soins de santé et a dû créer des canaux de déclaration pour recueillir l'information pendant la pandémie.

Toutefois, reconnaissant qu'ils ne possédaient pas suffisamment d'expérience en matière d'approvisionnement, le ministère de la Santé et Santé Ontario ont réagi rapidement. Ils se sont associés au Réseau universitaire de santé le 13 mars 2020 afin de contribuer à l'approvisionnement en EPI pour la réserve d'urgence provinciale.

La province a distribué les EPI à l'aide de son cadre éthique d'attribution. Cependant, elle n'a pas communiqué publiquement ce cadre, qui a guidé ses décisions sur l'attribution des EPI rares.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé (MS) et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGCS) sont d'accord avec les recommandations formulées dans le présent rapport et s'engagent à s'appuyer sur celles-ci et sur les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 pour faire en sorte que l'Ontario soit mieux préparé et en mesure de répondre aux urgences futures en assurant l'accès à de l'équipement de protection individuelle essentiel pour veiller à la sécurité de la population ontarienne.

Nous convenons que l'efficacité de l'intervention en cas de pandémie et de la préparation à celle-ci repose sur l'obtention de renseignements appropriés pour planifier et prévoir, sur l'approvisionnement stratégique et l'atteinte d'un juste équilibre entre les sources d'approvisionnement nationales et internationales, sur l'adoption de stratégies efficaces de stockage et de distribution à l'échelle de la province et sur la transparence de la distribution des fournitures.

Compte tenu de la rareté mondiale des EPI aux premiers stades de la pandémie, le MS, le MSGCS et les partenaires se sont mobilisés rapidement pour acquérir et fournir des EPI aux travailleurs du système de santé et d'autres secteurs critiques. Ils ont notamment mis sur pied des équipes de travail chargées d'obtenir activement des EPI dans un marché confiné à l'échelle mondiale, lancé le fonds L'Ontario, ensemble pour aider à établir des sources stables et fiables d'EPI fabriquées en Ontario et renforcer les capacités et les systèmes pour comprendre les besoins en EPI et les distribuer à l'échelle de la province.

Au fur et à mesure que l'Ontario adopte une chaîne d'approvisionnement plus moderne pour le secteur public, y compris la mise sur pied d'ApprovisiOntario, nous tiendrons compte des leçons apprises et nous veillerons à ce que l'infrastructure et les capacités appropriées soient

en place pour être prêts et réagir à l'avenir, afin de protéger le public ontarien en assurant un accès sécurisé à l'EPI, la capacité de produire des fournitures essentielles au pays et la capacité de comprendre les exigences actuelles et en évolution.

Nous tenons à remercier la vérificatrice générale et son personnel et à souligner leur travail au cours de cet audit.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu

L'équipement de protection individuelle (EPI) aide à empêcher ses utilisateurs d'être exposés à des maladies infectieuses ou à d'autres dangers. La plupart des articles d'EPI le font en assurant une barrière entre le porteur et son environnement. L'EPI comprend principalement l'équipement portable comme les tabliers/combinaisons/blouses, les écrans faciaux et lunettes de protection, les gants, les masques, les respirateurs, les couvre-cheveux et les couvre-bottes. Les désinfectants pour les mains et les lingettes désinfectantes ont parfois aussi été décrits comme des EPI. **L'annexe 1** illustre et décrit les différents types d'EPI. L'EPI fait partie d'une hiérarchie de prévention des infections et d'autres mesures de contrôle des dangers illustrée à la **figure 2**.

Selon Santé publique Ontario, bien que l'utilisation de l'EPI soit la plus « visible » dans la hiérarchie des contrôles de prévention des infections, puisque l'on peut voir des gens le porter, tandis que les autres contrôles sont davantage axés sur les processus et moins évidents pour un observateur, l'EPI demeure le dernier palier de la hiérarchie et ne devrait pas être considéré comme un contrôle primaire autonome de prévention des infections.

Figure 2 : Hiérarchie de la prévention des infections et des autres mesures de contrôle des dangers de l'Organisation mondiale de la Santé

Source des données : National Institute for Occupational Safety and Health

Contrôle	Description	Exemple
Élimination ou substitution	Éliminer physiquement le danger ou le remplacer pour réduire le risque	On demande aux personnes de rester à la maison, de travailler à distance de la maison et d'éviter les espaces publics, afin d'être physiquement à l'abri des risques de maladies infectieuses.
Contrôles techniques	Isoler les personnes du danger	Les patients infectieux sont déplacés vers des salles d'isolement, ce qui réduit l'exposition potentielle à d'autres patients de l'hôpital.
Contrôles administratifs	Changer la façon dont les gens travaillent	Les patients potentiellement infectieux sont détectés et isolés grâce à un processus efficace de dépistage et de triage.
Équipement de protection individuelle (EPI)	Protéger le travailleur au moyen de l'équipement de protection individuelle	Le personnel hospitalier est équipé de masques, de gants et de blouses qu'il enfle et enlève en toute sécurité avant et après avoir traité des patients potentiellement infectieux.

2.2 Transmission des maladies infectieuses

Un moyen clé de réduire la propagation de maladies infectieuses comme la COVID-19 est de déterminer la voie de transmission. La méthode par laquelle une maladie se propage indique également quel EPI doit être utilisé et quand il doit l'être pour protéger les personnes. Les maladies infectieuses peuvent être transmises par contact direct ou indirect.

2.2.1 Transmission par contact direct

La transmission par contact direct se produit lorsque des micro-organismes responsables de maladies passent d'une personne infectée à une personne en bonne santé, par exemple par contact avec des liquides corporels comme la sueur ou les larmes. La transmission par contact direct peut également se produire par la pulvérisation de gouttelettes respiratoires lorsqu'une personne infectée tousse, éternue, chante ou parle. Les gouttelettes respiratoires peuvent voyager dans l'air, mais comme ces plus grosses gouttelettes tombent généralement au sol en quelques pieds, ce type de transmission exige que les gens soient physiquement proches les uns des autres.

2.2.2 Transmission par contact indirect

La transmission par contact indirect de maladies infectieuses peut se produire lorsqu'une personne en bonne santé touche sa bouche, ses yeux ou son nez après avoir touché la surface d'un objet contaminé. Ce type de transmission est le plus courant lorsque la surface est souvent touchée.

Ces surfaces comprennent les poignées de porte et les boutons d'ascenseur. Certains micro-organismes infectieux peuvent également demeurer suspendus dans des gouttelettes d'aérosol et être transmis indirectement lorsqu'une personne en bonne santé inhale les gouttelettes d'aérosol auparavant expirées par une personne infectée.

2.2.3 Mode de transmission de la COVID-19 et exigences en matière d'EPI pour le secteur de la santé en Ontario

La recherche scientifique sur les voies de transmission de la COVID-19 se poursuit. Dans une publication du 20 mai 2021, Santé publique Ontario indiquait que la transmission de la COVID-19 se produit le plus fréquemment et facilement lors d'un contact étroit non protégé à moins de 2 mètres d'une personne infectée (par exemple, lors d'une conversation avec

éloignement inadéquat, sans barrière ni équipement de protection individuelle).

Dans sa publication du 20 mai 2021, Santé publique Ontario affirmait également que la COVID-19 pourrait se transmettre sur des distances supérieures à 2 mètres dans des conditions particulières, comme une exposition prolongée aux gouttelettes et aux aérosols dans un espace mal aéré.

Le 7 mai 2021, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont publié un mémoire scientifique indiquant qu'il existe des circonstances particulières dans lesquelles une transmission aérienne de la COVID-19 au-delà de 2 mètres semble s'être produite. Le 29 juin 2021, l'Agence de la santé publique du Canada a mis à jour ses consignes de transmission du virus pour reconnaître la transmission par aérosol de la COVID-19. Plus précisément, elle a noté que le virus se propage d'une personne infectée à d'autres personnes par les gouttelettes respiratoires et les aérosols lorsqu'une personne infectée respire, tousse, éternue, chante, crie ou parle. Les gouttelettes varient en taille, allant de grosses gouttelettes qui tombent rapidement au sol (en quelques secondes ou minutes) près de la personne infectée, aux gouttelettes plus petites, parfois appelées aérosols, qui traînent dans l'air, surtout dans les espaces intérieurs.

À la fin de mai 2021, le site Web de Santé publique Ontario indiquait que la directive n° 5 du ministère de la Santé constituait la norme provinciale de base pour la fourniture d'équipement de protection individuelle (EPI) aux hôpitaux, aux foyers de soins de longue durée et aux maisons de retraite.

La directive n° 5 initiale était datée du 30 mars 2020. Elle a ensuite été révisée le 8 octobre 2020 et a été émise par le médecin-hygiéniste en chef. Elle a de nouveau été mise à jour le 7 avril 2021. **L'annexe 2** contient le texte de la plus récente directive n° 5. Les principaux renseignements contenus dans la directive sont les suivants :

- Les employeurs du secteur de la santé doivent fournir aux travailleurs de l'information sur l'utilisation sécuritaire de l'EPI. Les travailleurs

du secteur de la santé doivent être formés pour mettre l'EPI et l'enlever.

- Les employeurs du secteur de la santé doivent évaluer en permanence la disponibilité de l'EPI et explorer toutes les façons de maintenir un approvisionnement suffisant.
- Si des pénuries sont prévues, le gouvernement et les employeurs du secteur de la santé doivent communiquer leurs niveaux d'approvisionnement et élaborer des plans d'urgence.
- Avant qu'un travailleur de la santé interagisse avec un patient ou un résident, un membre d'une profession de la santé réglementée (comme un médecin ou une infirmière) doit évaluer le risque d'interaction. Si la personne détermine que le travailleur de la santé doit porter un EPI au niveau de protection d'un respirateur N95 au moins adapté, l'employeur de la santé ne peut lui refuser l'accès.
- Si un cadre de travail est aux prises avec une éclosion de COVID-19, un travailleur de la santé en contact étroit avec un cas soupçonné ou confirmé de COVID-19 peut demander et doit recevoir un respirateur N95.

Tout le personnel et les visiteurs des foyers de soins de longue durée doivent porter en tout temps des masques chirurgicaux ou d'intervention. Les seules exceptions sont le personnel qui est en pause, qui n'est pas dans une zone de résidents et qui se trouve à au moins deux mètres des autres. Les visiteurs en plein air peuvent porter uniquement un couvre-visage (comme un masque non médical) plutôt qu'un masque chirurgical ou d'intervention.

De plus, Santé publique Ontario a déclaré dans son mémoire technique du 20 mai 2021 que, compte tenu des renseignements à jour sur la COVID-19, les précautions relatives aux gouttelettes et aux contacts continuent d'être recommandées pour les soins de routine des patients et des résidents chez qui la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée. Les précautions relatives aux gouttelettes et au contact comprennent notamment le port d'un masque et d'une protection oculaire à moins de deux mètres d'un patient ou d'un résident, le port de gants et d'une

blouse à manches longues s'il touche une personne ou en présence de patients chez qui la COVID-19 est suspectée ou confirmée. Le même mémoire technique précise également que les précautions aériennes doivent être utilisées lorsque des interventions médicales générant des aérosols (IMGA) sont prévues sur des patients chez qui la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée. Les IMGA comprennent les intubations, les trachéotomies et la ventilation, qui pourraient exposer le travailleur de la santé à des micro-organismes infectieux provenant des voies respiratoires du patient. Les précautions contre la transmission par voie aérienne comprennent le port d'un respirateur N95 adapté et dont l'étanchéité a été vérifiée.

2.2.4 Le principe de précaution, une leçon tirée de la pandémie du SRAS

La pandémie de COVID-19 a frappé l'Ontario 17 ans après qu'un premier coronavirus — le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) — eut obligé la province à déclarer l'état d'urgence provincial en mars 2003. En juin 2003, la province de l'Ontario a mis sur pied la Commission du SRAS (la Commission), un organisme indépendant chargé d'enquêter sur le virus du SRAS, y compris sur la façon dont il est arrivé dans la province, comment il s'est propagé et comment il a été géré. En 2007, la Commission a publié son rapport, qui renfermait des recommandations pour mieux préparer la province à répondre aux futures urgences liées aux maladies infectieuses. L'une des recommandations clés pour toute future crise de maladies infectieuses était d'adopter le principe de précaution, selon lequel les efforts raisonnables pour réduire le risque ne doivent pas attendre la certitude scientifique, en particulier au début d'une pandémie de grippe lorsque les preuves scientifiques sur la gravité d'un nouveau virus sont limitées. Selon le rapport, la propagation du SRAS a été exacerbée en partie parce que la province n'appliquait pas systématiquement le principe de précaution.

Le principe de précaution a été intégré au Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (le Plan de lutte contre la pandémie). Le premier plan de lutte contre la pandémie a été élaboré après le SRAS, en 2004, et il doit être mis à jour chaque année. Selon le plan de lutte contre la pandémie, dont la dernière mise à jour remonte à 2013 (voir **Chapitre 2, Planification et prise de décisions concernant l'écllosion** de notre *Rapport spécial sur la préparation et la gestion de la COVID-19*, publié en novembre 2020), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque ne devait pas attendre une certitude scientifique avant d'entreprendre des actions pour protéger la santé. Par exemple, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit tenir compte du principe de précaution lorsqu'il élabore des recommandations et des directives relatives aux mesures de santé et de sécurité au travail et aux mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI).

Le principe de précaution a également été intégré à la législation sur la santé. Par exemple, en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, le médecin-hygiéniste en chef doit tenir compte du principe de précaution lorsqu'il donne à un fournisseur de soins de santé ou à une entité de soins de santé une directive sur la santé et la sécurité des travailleurs concernant l'utilisation de vêtements, d'équipement ou de dispositifs de protection. Le principe de précaution a été l'un des moteurs des dispositions particulières de la directive n° 5 (résumées à la **section 2.2.3**) visant à promouvoir la santé et la sécurité des travailleurs de la santé dans le cadre de l'accès et de l'utilisation de l'EPI.

2.3 Les employeurs en soins de santé de l'Ontario sont responsables de la sécurité de leurs employés, notamment en veillant à ce que les employés utilisent l'EPI approprié au danger

Comme c'est le cas dans d'autres provinces comme la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba, les employeurs du secteur des soins de santé en Ontario sont légalement responsables de la sécurité de leurs employés. Cette responsabilité est énoncée dans la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et le Règlement 67/93 sur les établissements de soins de santé et d'hébergement de l'Ontario. Il incombe également aux employeurs d'offrir à leurs employés une formation sur l'utilisation appropriée de l'EPI pour prévenir l'exposition aux infections.

Conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les employeurs du domaine de la santé doivent également se conformer aux directives émises par le médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario. Par exemple, les directives prévoient que les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite ont la responsabilité de fournir à leur personnel de l'EPI approprié au danger. Outre la Loi et les directives, les employeurs du domaine de la santé devraient également se conformer aux lignes directrices de Santé publique Ontario.

Les hôpitaux de l'Ontario, les foyers de soins de longue durée et les fournisseurs de soins primaires comme les médecins de famille, les cliniques et les maisons de retraite sont responsables d'obtenir et d'acheter leur propre approvisionnement d'équipement de protection individuelle. En vertu du plan de lutte contre la pandémie, ces organismes doivent maintenir un approvisionnement de quatre semaines en EPI pour les situations d'urgence.

Avant la pandémie, lorsque les employeurs du secteur de la santé avaient besoin d'EPI, ils l'achetaient habituellement auprès de fournisseurs qui facilitaient les achats directement auprès des fabricants et distribuaient l'EPI aux employés. Trois des principaux distributeurs et fournisseurs d'EPI en

Ontario sont Cardinal Health, Medline/Medical Mart et Stevens.

Cette chaîne d'approvisionnement, dans laquelle chaque utilisateur final se procure lui-même un EPI, est considérée comme décentralisée. Parmi tous les utilisateurs finaux de la province, les hôpitaux de l'Ontario achètent les plus grandes quantités d'EPI, le plus souvent possible. Par conséquent, bon nombre d'entre eux sont membres d'organismes d'achats groupés et d'organismes de services partagés. Ils peuvent ainsi profiter d'économies d'échelle pour se procurer des EPI. La **figure 3** illustre une version simplifiée et typique de ce processus de chaîne d'approvisionnement.

Si un employeur dans le domaine des soins de santé ne peut obtenir l'EPI nécessaire auprès d'un fournisseur (notamment parce que la demande dans l'ensemble de l'Ontario dépasse l'offre), il peut demander l'EPI à la réserve provinciale d'urgence qui est censée être maintenue par le Ministère. Le Plan de lutte contre la pandémie indique qu'en cas de pandémie, le Ministère communiquerait aux fournisseurs de soins de santé des renseignements sur la façon de demander l'EPI et d'accéder à la réserve provinciale d'EPI en cas de pandémie (voir la **section 2.6**).

2.4 Fournisseurs de soins de santé

Les fournisseurs de soins de santé en Ontario sont regroupés selon le type de soins qu'ils fournissent :

- **Les fournisseurs de soins primaires**, comme les médecins de famille et les cliniques sans rendez-vous, soutiennent les patients par la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et sont le premier point de contact pour de nombreux patients en Ontario.
- **Les soins à domicile et communautaires** aident les patients et les aînés qui ont besoin de soins à domicile, à l'école ou dans la communauté.
- **Les fournisseurs de soins de longue durée**, y compris les foyers de soins de longue durée, soutiennent les personnes qui ont besoin d'aide pour la plupart ou l'ensemble des activités

Figure 3 : Processus de la chaîne d’approvisionnement pour les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée¹ pour obtenir l’EPI directement auprès des fabricants et des distributeurs

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l’Ontario



- 1 La plupart des hôpitaux et certains foyers de soins de longue durée participent à ce processus parce qu’ils utilisent systématiquement des quantités importantes d’EPI. Les options d’approvisionnement pour le secteur des soins de santé ne se limitent pas au processus susmentionné; le secteur dispose de plusieurs façons d’obtenir l’EPI.
2. Les OSP exercent habituellement leurs activités à l’échelle locale, tandis que les OAG sont des organisations nationales de plus grande taille qui se procurent des produits en volumes plus importants afin de réaliser des économies encore plus importantes. Les OSP sont habituellement membres d’OAG et pourraient se procurer des EPI auprès des OAG afin de profiter de prix encore plus abordables.
3. Les OSP et les OAG ne combinent pas toujours leurs commandes en vrac. L’approvisionnement peut être effectué au moyen d’une seule commande ou de plusieurs commandes en même temps.
4. Voir la **figure 10** pour obtenir une liste des OSP et des OAG en activité en Ontario.

quotidiennes et donnent accès à des soins infirmiers et personnels 24 heures sur 24.

- **Les fournisseurs de soins de courte durée** comme les hôpitaux offrent des traitements actifs de courte durée, notamment en cas de blessures graves, d’épisodes de maladie et de rétablissement après une intervention chirurgicale.
- **Les autres** fournisseurs de soins de santé comprennent, par exemple, les maisons de retraite et les résidences avec services.

2.5 Sources d’EPI de l’Ontario

Dans l’ensemble, au début de la pandémie, le Canada ne fabriquait pas de quantités importantes d’EPI au pays. L’Ontario importait d’autres pays la plupart des articles clés d’EPI, comme les masques, les gants chirurgicaux et les lunettes de protection. La Chine a constitué un important fournisseur mondial d’EPI. Selon une publication de mai 2020 de l’Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), la Chine a produit en 2019 quelque

4,2 milliards de masques, soit environ la moitié de l'approvisionnement mondial. Le Centre canadien de politiques alternatives estimait qu'en 2018, le Canada importait plus de 40 % de son EPI de la Chine et plus de 15 % de son EPI des États-Unis. Le reste provenait d'autres pays. Voir la **section 4.3.3** du présent rapport pour un exposé sur la fabrication d'EPI en Ontario.

2.6 Réserve provinciale d'urgence d'EPI

En 2004, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque a publié sa première version du Plan de lutte contre la pandémie recommandant aux fournisseurs de soins de santé de conserver un approvisionnement de quatre semaines d'EPI en cas d'urgence. De plus, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque devait obtenir et maintenir une réserve provinciale d'EPI d'urgence qui pouvait durer quatre semaines de plus que leur propre approvisionnement. Cette réserve provinciale d'EPI devait être accessible en dernier recours pour les fournisseurs de soins de santé une fois qu'ils avaient épuisé leur propre approvisionnement et qu'ils n'étaient pas en mesure d'obtenir rapidement d'autres EPI auprès de leurs fournisseurs.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque définissait les quantités recommandées d'EPI à conserver dans la réserve d'urgence dans son document interne de préparation à la pandémie de grippe 2006-2007.

Au début de mars 2020, alors que la COVID-19 se propageait en Ontario, le ministère de la Santé (le Ministère) s'est associé à Santé Ontario et au Réseau universitaire de santé (RUS) pour contribuer à l'approvisionnement en EPI pour la réserve provinciale d'urgence. Le ministère de la Santé et Santé Ontario ont élaboré un processus de collaboration avec le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs, Plexxus, Mohawk Medbuy et le RUS afin de simplifier les décisions d'approvisionnement et le processus d'achat d'EPI. Ce processus est expliqué en détail à la **section 4.2.2** du présent rapport.

La réserve d'EPI gérée par le ministère de la Santé vise à soutenir le secteur des soins de santé au besoin. À compter d'avril 2020, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs a assumé la responsabilité de l'approvisionnement de certaines catégories d'EPI et de la distribution de l'EPI aux établissements autres que de soins de santé. Les deux ministères ont partagé des fournitures d'EPI pendant la pandémie de COVID-19 afin de répondre aux besoins de tous les secteurs.

2.7 Structure organisationnelle du ministère de la Santé face à la pandémie

La réponse du ministère à la COVID-19 a fait appel à du personnel de toutes les divisions. La division la plus pertinente pour notre audit des EPI était Intervention contre la pandémie et Modernisation du système de santé publique (l'une des neuf divisions relevant directement du sous-ministre de la Santé). Cette division a été créée en août 2020, soit plusieurs mois après le début de la pandémie. Les **figures 4 et 9** de notre **chapitre 2, Planification et prise de décisions face à l'écllosion**, illustrent les divisions et directions du ministère de la Santé jusqu'au 31 août 2020.

Le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé a été activé pour coordonner la réponse du ministère à la COVID-19 le 27 janvier 2020, jour de la confirmation du premier cas de COVID-19 en Ontario. En collaboration avec la Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé, le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé était censé fournir la principale source d'information sur les activités d'intervention d'urgence du système de santé, le soutien et la coordination provinciale de ces activités. Le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé était également responsable de la gestion de la réserve provinciale d'EPI d'urgence.

Lors de la création de la Division Intervention en cas de pandémie et modernisation de la santé publique en août 2020, cette division a assumé les

responsabilités de ces deux groupes précédents. Au début de la pandémie et jusqu'à la création de la division Intervention en cas de pandémie, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef était responsable de la gestion des urgences du système de santé et du Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé.

Même si la responsabilité de la Direction de la gestion des urgences du système de santé et du Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé a été retirée des responsabilités du médecin-hygiéniste en chef en août 2020, le médecin-hygiéniste en chef a tout de même joué un rôle dans la réponse à la pandémie au moyen de l'EPI. Plus précisément, le médecin-hygiéniste en chef a émis des directives, dont la directive n° 5, qui est la norme provinciale de base pour la fourniture d'EPI aux hôpitaux, aux foyers de soins de longue durée et aux maisons de retraite. Voir les **figures 4a** et **4b**, respectivement, pour prendre connaissance de la structure organisationnelle du Ministère avant et après le 31 août 2020, ces deux divisions étant mises en évidence. La **figure 5** montre les rôles et responsabilités des principaux participants à l'approvisionnement et à l'attribution des EPI mis en place le 12 mars 2020 pour répondre à la crise de la COVID-19.

Bien que le ministère de la Santé soit responsable de son propre plan d'intervention d'urgence (plan d'intervention en santé) et de l'activation de son propre Centre des opérations d'urgence en réponse aux urgences sanitaires, la province dispose d'une entité de coordination provinciale qui assume des responsabilités générales en matière de gestion des urgences. Le Bureau provincial de gestion des situations d'urgence (GSUO), situé au sein du ministère du Solliciteur général, est chargé de la coordination globale de la gestion des situations d'urgence dans la province et de la tenue à jour des plans provinciaux d'intervention d'urgence servant à coordonner l'intervention dans l'ensemble de la province. La **section 2.4.2** du **chapitre 1**, *Gestion des urgences en Ontario — Intervention contre la pandémie de notre Rapport spécial sur la préparation et la gestion de la COVID-19*, publié en novembre 2020, fournit des détails sur le rôle limité inattendu que GSUO

a joué pendant la réaction initiale à la pandémie de COVID-19.

2.8 Groupe de contrôle et distribution de l'EPI

En avril 2020, le Ministère a établi le groupe de contrôle comme l'un des sous-groupes du groupe de commandement de la santé (renommé le groupe de coordination de la santé en novembre 2020). (Voir le **chapitre 2**, *Planification et prise de décisions face à l'écllosion*, pour en savoir plus sur la structure d'intervention en cas de crise de la COVID-19 dans la province.) Le groupe de contrôle était et est chargé de coordonner la surveillance de l'EPI, l'accès à celui-ci et sa distribution aux organismes de santé et autres organismes, y compris la surveillance de la disponibilité de l'EPI et la distribution efficace de l'EPI aux fournisseurs de services de santé et au secteur parapublic comme les conseils scolaires, les collèges et les universités. Les membres du groupe de contrôle et leurs organisations affiliées figurent à l'**annexe 3**.

Le groupe de contrôle a utilisé un cadre éthique d'attribution (**annexe 4**) pour éclairer ses décisions sur l'attribution des EPI. Le cadre éthique d'attribution définit les critères qui aident à déterminer la priorité de l'approvisionnement en EPI accessible si l'approvisionnement devient rare. L'un des critères clés est l'urgence du besoin, qui doit être déterminée en tenant compte de facteurs tels que l'offre actuelle d'EPI dans chaque établissement ou milieu dans les secteurs des soins de santé et autres, le nombre de cas confirmés de COVID-19 positifs dans l'établissement ou le milieu, la consommation ou le taux de consommation d'EPI de l'établissement ou du milieu et les besoins prévus. La **section 4.4.1** présente nos constatations détaillées sur l'attribution des EPI par l'entremise du cadre, qui a commencé le 10 avril 2020.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé avait mis en place des processus efficaces et rentables assortis de responsabilités claires pour :

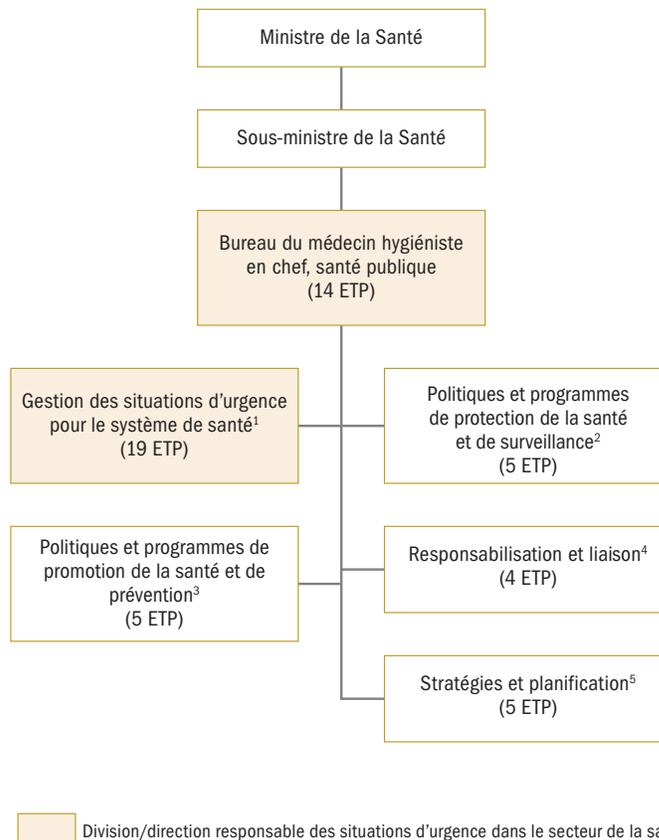
- Se préparer à une urgence en cas de pandémie en conservant une réserve suffisante d'équipement

de protection individuelle conformément au Plan ontarien de la lutte contre la pandémie de grippe;

- Intervenir rapidement en cas d'urgence pandémique en achetant et en distribuant suffisamment d'équipement de protection individuelle supplémentaire dans le respect de la sécurité publique.

Figure 4a : Divisions, directions et employés équivalents temps plein (ETP) du ministère de la Santé responsables des urgences du secteur de la santé, au 31 août 2020

Source des données : Ministère de la Santé

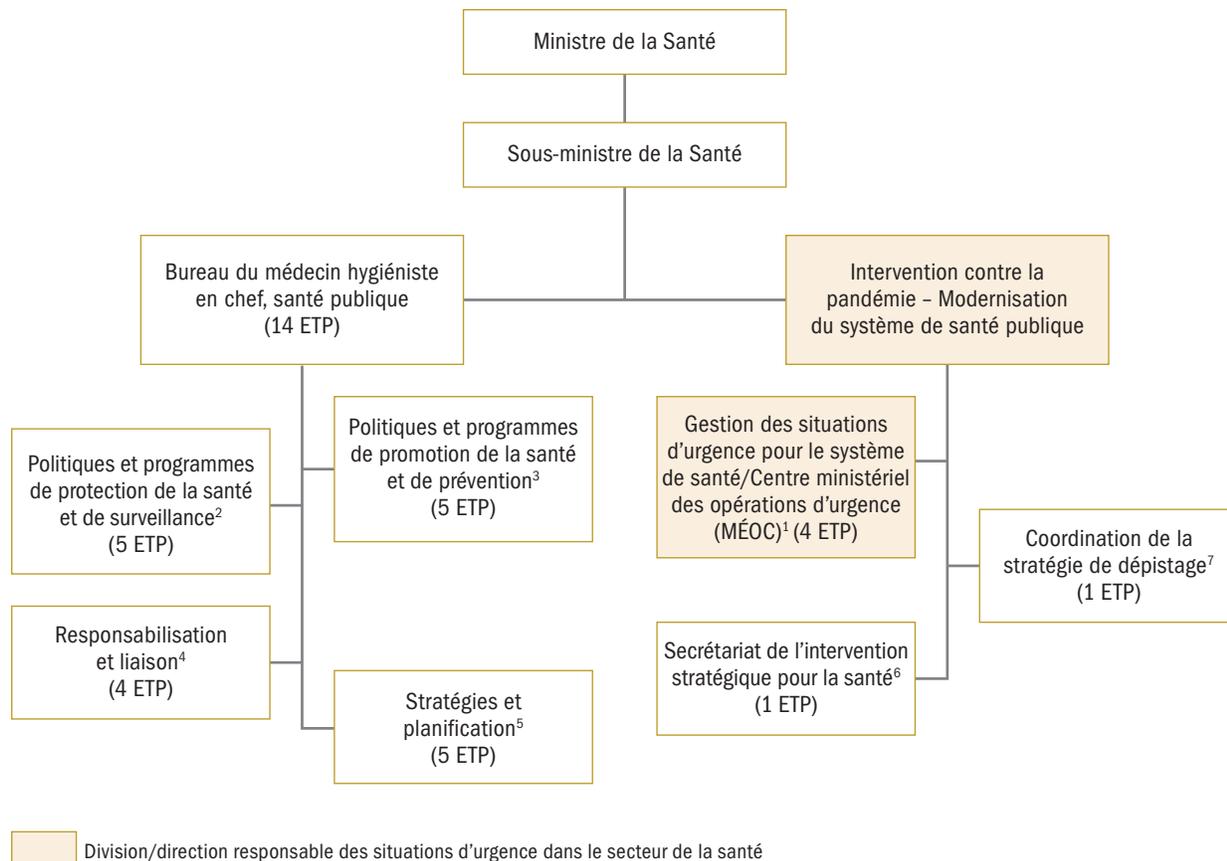


Remarque : Le 31 août 2020, le ministère de la Santé a réorganisé les divisions et directions responsables des situations d'urgence dans le secteur de la santé. Voir la figure 4b pour prendre connaissance de la structure organisationnelle mise à jour.

1. La Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé est chargée d'intervenir en cas de situation urgente ou d'urgence sanitaire. La Direction élabore également des plans ministériels de préparation aux situations d'urgence, éclaire la planification du secteur de la santé et dirige, au besoin, les interventions d'urgence et le rétablissement dans le secteur de la santé.
2. La Direction des politiques et des programmes de protection de la santé et de surveillance élabore, met en oeuvre et évalue les politiques et les lois de l'Ontario en matière de protection de la santé publique et de prévention ayant trait à l'immunisation, à la santé environnementale et aux maladies infectieuses. La Direction assure également la surveillance des programmes de santé publique définis dans les Normes de santé publique de l'Ontario et appuie les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public en matière de santé publique.
3. La Direction des politiques et des programmes de promotion de la santé et de prévention dirige la conception, l'élaboration, le financement, la mise en oeuvre et l'évaluation de politiques et de programmes stratégiques axés sur la population dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention.
4. La Direction de la responsabilisation et de la liaison élabore des politiques et des plans pour appuyer la mise en oeuvre des programmes et des priorités des divisions en matière de santé publique. La Direction éclaire également les priorités des programmes et des divisions.
5. La Direction des stratégies et de la planification est chargée de diriger une planification stratégique et un établissement des priorités améliorés et intégrés pour les divisions et le secteur de la santé publique, ainsi que d'exécuter de la recherche, de faire la synthèse des données probantes, de diffuser et d'évaluer les connaissances, et d'élaborer, de mettre en oeuvre et de coordonner des politiques et des stratégies intégrées.

Figure 4b : Divisions, directions et employés équivalents temps plein (ETP) du ministère de la Santé responsables des urgences du secteur de la santé, en vigueur le 31 août 2020

Source des données : Ministère de la Santé



Remarque : Le 31 août 2020, le ministère de la Santé a réorganisé les divisions et directions responsables des situations d'urgence dans le secteur de la santé. Voir la figure 4a pour prendre connaissance de la structure organisationnelle précédente.

1. Le 31 août 2020, la Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé, qui gère le CMOU, a été transférée du médecin-hygiéniste en chef/ de la Santé publique à la Division de l'intervention contre la pandémie. Elle a pour fonction de fournir un soutien en matière de gestion des urgences concernant les interventions contre la pandémie et les situations d'urgences non liées à la COVID-19.
2. La Direction des politiques et des programmes de protection de la santé et de surveillance élabore, met en oeuvre et évalue les politiques et les lois de l'Ontario en matière de protection de la santé publique et de prévention en ce qui concerne l'immunisation, la santé environnementale et les maladies infectieuses. La Direction assure également la surveillance des programmes de santé publique définis dans les Normes de santé publique de l'Ontario et appuie les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public en matière de santé publique.
3. La Direction des politiques et des programmes de promotion de la santé et de prévention dirige la conception, l'élaboration, le financement, la mise en oeuvre et l'évaluation de politiques et de programmes stratégiques axés sur la population dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention.
4. La Direction de la responsabilisation et de la liaison élabore des politiques et des plans pour appuyer la mise en oeuvre des programmes et des priorités des divisions en matière de santé publique. La Direction éclaire également les priorités des programmes et des divisions.
5. La Direction des stratégies et de la planification est chargée de diriger une planification stratégique et un établissement des priorités améliorés et intégrés pour les divisions et le secteur de la santé publique, ainsi que d'exécuter de la recherche, de faire la synthèse des données probantes, de diffuser et d'évaluer les connaissances, et d'élaborer, de mettre en oeuvre et de coordonner des politiques et des stratégies intégrées.
6. Le seul membre du personnel est le directeur du Secrétariat de l'intervention stratégique pour la santé, qui sera chargé de coordonner nos interactions avec les divers groupes de commandement au sein du Ministère, du secteur, du gouvernement fédéral, des municipalités et de la FPO.
7. Le seul membre du personnel est le directeur de la Coordination de la stratégie de dépistage, qui sera chargé de diriger une section centralisée et spécialisée travaillant à la stratégie de dépistage au sein du Ministère et du secteur.

Figure 5 : Rôles et responsabilités des principaux participants à l'approvisionnement et à l'attribution des EPI

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Participants	Rôles et responsabilités
Ministère de la Santé (ministère)	<ul style="list-style-type: none"> • Approuver ou coordonner les approbations nécessaires pour les achats, conformément à la Directive d'approvisionnement de la fonction publique de l'Ontario (FPO). • Approuver l'achat de produits par le groupe de travail sur la chaîne d'approvisionnement en cas de pandémie. • Fournir du financement aux partenaires du RUS et du groupe de travail provincial pour couvrir les coûts des produits et des fournitures, le transport selon les directives du Ministère et les autres coûts raisonnablement engagés par le RUS. • Recevoir et distribuer les fournitures aux entités sanitaires couvertes par l'intermédiaire de l'entrepôt provincial de lutte contre la pandémie.
Santé Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Nous avons d'abord formulé des recommandations d'achat en réponse à la COVID-19, mais ces travaux ont été transférés aux partenaires du groupe de travail provincial vers la fin de mars 2020 (dont Santé Ontario est membre). Santé Ontario continue de soutenir les fournitures et l'équipement des USI, les lits et les tests. • Gérer la plateforme de commande du système de santé (Remedy) et coordonner le réseau de distribution régional.
Réseau universitaire de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Émettre des bons de commande pour l'EPI et les fournitures essentielles approuvés par le Ministère. • Effectuer le paiement au fournisseur concerné en fonction de l'information reçue du groupe de travail sur la chaîne d'approvisionnement en cas de pandémie et de l'entrepôt selon laquelle les fournitures ont été correctement reçues. • Gérer les dossiers financiers et d'achat et mettre l'information à la disposition du Ministère aux fins d'audit, d'inspection et d'examen.
Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (approvisionnement et chaîne d'approvisionnement pour les secteurs autres que la santé)	<ul style="list-style-type: none"> • Acheter les produits et les fournitures et coordonner les approbations nécessaires pour les achats conformément à la Directive d'approvisionnement de la fonction publique de l'Ontario (FPO) et à la délégation des pouvoirs de gestion financière. • Émettre des bons de commande pour les produits et fournitures à livrer. • Recevoir et distribuer les fournitures aux entités non sanitaires couvertes par l'entrepôt provincial de lutte contre la pandémie. • Surveiller la disponibilité de l'EPI, de la demande et de l'approvisionnement pour assurer la capacité continue de répondre aux exigences.
Groupe de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Superviser la gouvernance de la distribution d'EPI rare aux organisations de santé et autres afin d'optimiser la distribution de ces fournitures.
Groupe de travail provincial	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration entre le ministère de la Santé, Santé Ontario et les organismes de services partagés du secteur de la santé de l'Ontario (Plexus et Mohawk Medbuy) pour consolider la planification, l'approvisionnement et la surveillance des EPI. <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les possibilités d'approvisionnement des réseaux de chaîne d'approvisionnement nouveaux et existants et du portail Ontario ensemble. • Présenter des recommandations pour l'achat de produits et de fournitures. • Appliquer ses connaissances et son expertise dans l'approvisionnement en produits et fournitures selon les directives du ministère de la Santé. • Coordonner l'achat et le paiement de l'EPI et d'autres activités d'approvisionnement à la demande du ministère de la Santé. • Communiquer les approbations du ministère de la Santé au RUS. • Superviser la réception, la validation et l'entreposage des produits et fournitures.

Au cours de la planification de nos travaux, nous avons déterminé les critères de vérification (voir l'**annexe 5**) que nous utiliserions pour atteindre notre objectif d'audit. Ces critères sont fondés sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables, ainsi que sur des études internes et externes et des pratiques exemplaires. Les cadres supérieurs du ministère de la Santé ont passé en revue les objectifs du Bureau et leurs critères connexes, après quoi ils ont convenu de leur pertinence. Ce rapport contient des recommandations pour aider la province à mieux répondre aux futures éclosions de COVID-19 et d'autres maladies infectieuses.

Autres chapitres spéciaux sur la préparation et la gestion de la COVID-19

Ce chapitre est le dernier d'une série de six chapitres sur la préparation et la gestion de la COVID-19 publiés par notre Bureau. Notre travail d'audit sur l'immunisation sera effectué et diffusé l'an prochain. L'objectif de nos travaux dans nos six chapitres finalisés était d'informer les Ontariens des leçons apprises et de recommander des mesures pour aider la province à mieux réagir à cette pandémie et à s'en remettre, ainsi que pour mieux préparer l'Ontario si un autre événement du genre si celui-ci devait se produire à l'avenir. Voici les cinq premiers chapitres de cette série :

- **Chapitre 1 : Rapport spécial sur la gestion des situations d'urgence en Ontario – Intervention contre la pandémie;**
- **Chapitre 2 : Rapport spécial sur la planification et la prise de décisions face à l'éclosion;**
- **Chapitre 3 : Tests en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts;**
- **Chapitre 4 : Gestion des dépenses en santé liées à la COVID-19;**
- **Chapitre 5 : Préparation et intervention en cas de pandémie pour les soins de longue durée.**

Nous avons effectué notre audit de l'approvisionnement en équipement de protection individuelle de la mi-juin 2020 à juin 2021, et la période visée par cet audit allait de janvier 2020 à

mars 2021. Nous avons obtenu du Ministère et de la direction du Réseau une déclaration écrite selon laquelle, le 22 novembre 2021, ils avaient fourni à notre Bureau toute l'information qui, à leur connaissance, pourrait avoir une incidence importante sur les constatations ou la conclusion du présent rapport.

Pour mieux comprendre la préparation et l'intervention de la province en matière d'équipement de protection individuelle (EPI) entre le début de la pandémie de COVID-19 en Ontario et la fin de notre période d'audit, et pour comprendre l'approche de la province à partir de ce moment, nous avons effectué les travaux suivants :

- Nous avons obtenu des renseignements sur l'approvisionnement en EPI auprès du ministère de la Santé (le Ministère) et du ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et interviewé leur personnel;
- Nous avons visité trois entrepôts provinciaux et quatre centres de distribution régionaux qui entreposent l'EPI de la réserve de lutte contre la pandémie du Ministère et le distribuent;
- Nous avons examiné les stocks et les documents d'expédition et de réception des entrepôts et centres de distribution susmentionnés;
- Nous avons participé à de multiples vidéoconférences avec le personnel du ministère de la Santé et de Santé Ontario afin de comprendre l'évolution de l'approvisionnement en EPI de la province;
- Nous avons interviewé des représentants de Santé publique Ontario et des bureaux locaux de santé publique et obtenu de l'information;
- Nous avons interviewé des représentants des organismes suivants :
 - Association des hôpitaux de l'Ontario;
 - Ontario Medical Association;
 - Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario;
 - Ontario Paramedic Association;
 - Association des professionnels des laboratoires médicaux de l'Ontario;

- Ontario Personal Support Workers Association;
- Ontario Long-Term Care Association;
- Ontario Association of Medical Laboratories;
- Canadian Alliance to Protect and Equip Seniors Living;
- Nous avons interviewé les principaux distributeurs d'EPI (y compris les fournisseurs) en Ontario, dont Medline/Medical Mart, Stevens et Cardinal Health; le personnel des achats groupés, des services partagés et des organismes connexes, dont Mohawk Medbuy, les services de gestion du matériel de soins de santé et HealthPro; le personnel de première ligne, y compris les médecins en soins actifs; et les membres du groupe de collaboration du Ministère;
- Nous avons obtenu et examiné la documentation des organismes de soins de santé au ministère concernant l'EPI, le personnel clé du Ministère, les groupes et sous-groupes provinciaux sur la COVID-19, y compris le groupe de coordination des services de santé, le groupe de collaboration et le groupe de contrôle;
- Nous avons examiné les évaluations par des tiers de la stratégie de la chaîne d'approvisionnement du secteur des soins de santé de l'Ontario et de la préparation en cas d'urgence.

Nous avons également effectué des recherches sur l'information relative à la COVID-19 et sur la réaction par d'autres provinces canadiennes afin de comprendre l'incidence de la pandémie et les mesures qui ont été mises en oeuvre pour gérer l'EPI dans ces administrations.

Nous avons réalisé nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe publiées par le Conseil des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Cela comprenait l'obtention d'un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des

consignes documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des critères législatifs et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie de l'Institut des comptables agréés de l'Ontario, qui est fondé sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Des systèmes coordonnés d'approvisionnement en EPI ne sont pas en place en Ontario avant la pandémie de COVID-19

Le premier Plan ontarien de lutte contre une pandémie de grippe (le Plan de lutte contre la pandémie) a été créé en 2004. Ce plan a indiqué que les fournisseurs de soins de santé devaient se procurer leur propre EPI et maintenir un approvisionnement pour les conserver pendant une période de quatre semaines. De plus, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque devait obtenir et maintenir une réserve provinciale d'EPI d'urgence qui pouvait durer quatre semaines de plus que leur propre approvisionnement. Cette réserve provinciale d'EPI devait être accessible en dernier recours pour les fournisseurs de soins de santé une fois qu'ils avaient épuisé leur propre approvisionnement et qu'ils n'étaient pas en mesure d'obtenir rapidement d'autres EPI au besoin auprès de leurs fournisseurs.

Nous avons toutefois constaté que les exigences provinciales en matière d'EPI en vertu du plan de lutte contre la pandémie n'étaient pas en place. Au début de 2020, la plupart des stocks d'EPI d'urgence de la province avaient été autorisés à expirer (**section 4.1.2**). De plus, le ministère de la

Santé ne vérifiait pas si les fournisseurs de soins de santé maintenaient les fournitures d'EPI requises en vertu du plan de lutte contre la pandémie (**section 4.1.1**). Lorsque la pandémie de COVID-19 a frappé et que la demande d'EPI a grimpé en flèche, les systèmes d'approvisionnement en EPI de l'Ontario étaient décentralisés et n'avaient pas la capacité de gestion des données pour optimiser les décisions d'approvisionnement, compte tenu du manque d'information sur l'inventaire et de l'utilisation des EPI (**section 4.1.3**).

Au cours des trois premières années ayant suivi la création du premier plan de lutte contre la pandémie, la province avait commencé à accumuler les réserves provinciales d'EPI d'urgence. Notre audit de 2007 sur la préparation et la gestion des éclosions a révélé qu'au 31 mars 2007, le ministère de la Santé de l'époque avait obtenu plus de 60 % des quantités requises d'EPI pour la réserve provinciale d'EPI d'urgence. Toutefois, l'audit a également révélé que les plans d'entreposage et de distribution n'avaient pas encore été entièrement élaborés et que de nombreux fournisseurs de soins de santé n'avaient toujours pas obtenu leurs propres fournitures locales pour quatre semaines. Notre suivi de 2009 sur ce rapport faisait état de certains progrès : la réserve provinciale d'EPI d'urgence était presque complète et les plans d'entreposage et de distribution étaient en voie d'être parachevés. Afin d'encourager les fournisseurs de soins de santé à obtenir leurs fournitures locales de quatre semaines, le ministère de la Santé leur a fait savoir qu'ils pourraient éventuellement profiter du prix privilégié que le ministère de la Santé avait négocié avec les fournisseurs une fois qu'il avait fini d'acheter tout l'EPI dont il avait besoin pour la réserve d'urgence.

4.1.1 Il n'est pas nécessaire de vérifier si les fournisseurs de soins de santé ont maintenu un approvisionnement local suffisant d'EPI

Le plan de lutte contre la pandémie recommande aux fournisseurs de soins de santé de conserver leur propre réserve d'EPI d'urgence de quatre semaines.

Cependant, aucune exigence n'avait été mise en place pour que le Ministère ou quiconque d'autre surveille la situation et vérifie si ces réserves étaient effectivement mises en place et maintenues. Nous avons remarqué que le ministère de la Santé n'avait jamais confirmé que les fournisseurs de soins de santé s'approvisionnaient en fournitures d'EPI et gardaient à portée de main l'approvisionnement recommandé en vertu du plan de lutte contre la pandémie. Lorsque la pandémie de COVID-19 a commencé au début de 2020, de nombreux fournisseurs de soins de santé en Ontario n'étaient pas préparés adéquatement avec les EPI. **La section 4.2.1** du présent rapport décrit comment, entre le 5 février et le 18 mars 2020, date à laquelle l'Ontario a déclaré l'état d'urgence, des centaines de fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants ont présenté 1 674 demandes d'EPI provenant de la réserve d'urgence provinciale, envoyant 1 162 demandes par courriel distinct.

Nous avons également remarqué que le Ministère ne disposait pas de renseignements complets et consolidés sur la disponibilité de l'EPI dans le secteur des soins de santé au début de la pandémie pour l'aider à prendre des décisions éclairées en matière de demande et d'approvisionnement en EPI, notamment pour répondre efficacement aux demandes d'EPI qu'il recevait de sa réserve d'urgence d'EPI là où il en avait le plus besoin. **La section 4.2.1** traite de la façon dont le Ministère a créé des canaux de communication de l'information à la fin de mars 2020, après que la pandémie eut frappé.

Nous avons obtenu du Ministère un échéancier qui comprenait des conversations avec la Direction de la gestion des urgences du système de santé et la Direction de la modernisation de la chaîne d'approvisionnement avec des fournisseurs potentiels d'EPI. D'après notre examen de ces renseignements, nous avons constaté que le Ministère a communiqué avec les fournisseurs dès le 23 janvier 2020 pour déterminer les quantités d'EPI disponibles auprès de ces fournisseurs. Le Ministère faisait ces demandes de renseignements pour éclairer ses décisions sur l'affectation de la réserve d'urgence une fois les stocks acquis et reçus. Nous avons

constaté qu'il ne s'agissait que de demandes initiales – comme il est indiqué à la **section 4.2.1**, ce n'est que le 27 mars 2020 que le Ministère a émis un ordre obligeant les fournisseurs de soins de santé à déclarer quotidiennement leurs stocks d'EPI et leurs taux d'approvisionnement et de consommation à compter du 1^{er} avril 2020.

La dernière mise à jour du plan de lutte contre la pandémie en 2013, qui est accessible sur le site du ministère de la Santé, recommandait que les milieux de soins externes et de soins à domicile prévoient de garder à portée de main des volumes d'EPI qui sont 2 fois plus élevés que ce qu'ils utiliseraient normalement dans les 4 semaines d'une saison grippale (c'est-à-dire 8 semaines), tandis que les milieux d'hospitalisation prévoient de garder à portée de main des volumes 8 fois plus élevés (32 semaines), y compris des réserves de respirateurs N95 et de masques chirurgicaux à l'usage des travailleurs de la santé.

RECOMMANDATION 1

Afin que les recommandations relatives à l'approvisionnement d'urgence en équipement de protection individuelle (EPI) formulées dans le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (le Plan de lutte contre la pandémie) soient suivies et que le risque d'une éventuelle pénurie d'EPI soit réduit au minimum, le ministère de la Santé devrait inclure dans le plan de lutte contre la pandémie une exigence selon laquelle les employeurs de soins de santé doivent maintenir un approvisionnement d'EPI de 4 semaines, 8 semaines ou 32 semaines selon leurs besoins en matière de soins de santé et rendre compte régulièrement au ministère de la Santé de leurs niveaux d'approvisionnement.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation et reconnaît l'importance pour les fournisseurs de soins de santé et les employeurs de maintenir un approvisionnement

adéquat d'EPI adapté aux exigences de leur milieu de soins de santé, pour une utilisation quotidienne et pour gérer toute augmentation de l'utilisation pendant une pandémie où la chaîne d'approvisionnement régulière pourrait être perturbée. Le Ministère intégrera l'exigence selon laquelle les employeurs de soins de santé doivent maintenir un approvisionnement approprié d'EPI dans le Plan de lutte contre la pandémie de santé de l'Ontario ou dans le plan ou l'entente du Ministère qui convient le mieux pour assurer leur adoption et leur respect à long terme.

En ce qui concerne la surveillance régulière et la production de rapports sur les niveaux d'approvisionnement en EPI dans l'ensemble du système de santé, le ministère de la Santé envisagera le meilleur mécanisme pour intégrer la production de rapports réguliers afin de soutenir la production de rapports à long terme.

4.1.2 Expiration de la plupart des EPI dans la réserve provinciale d'urgence d'ici 2017

Comme il a été mentionné précédemment, la réserve provinciale d'EPI pour le secteur des soins de santé était et est destinée à servir d'option d'urgence de dernier recours pour les fournisseurs de soins de santé qui peuvent demander des fournitures dès qu'ils ont épuisé leurs propres réserves et qu'ils ne peuvent obtenir l'EPI auprès de leurs fournisseurs. Toutefois, les fournisseurs de soins de santé devaient essayer de se procurer des EPI auprès de leurs fournisseurs habituels tout au long de la pandémie. Le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé est chargé de maintenir la réserve d'urgence et de coordonner l'intervention en cas de menaces et de dangers pour la santé des Ontariens et le système de soins de santé, y compris des événements comme la pandémie de COVID-19.

Notre audit de 2017 de la gestion des urgences en Ontario a révélé que plus de 80 % des 26 000 palettes de fournitures de réserve d'urgence avaient expiré et que le Ministère avait commencé à les détruire. Nous avons remarqué qu'en 2016, le Ministère avait

Figure 6 : Nombre d'EPI commandés et reçus par le ministère de la Santé et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et fournis par le gouvernement du Canada à l'Ontario au 31 décembre 2020

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Type d'EPI	Ministère de la Santé	Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs	Transfert de la réserve du gouvernement du Canada à l'Ontario*	Approvisionnement du ministère de la Santé par l'intermédiaire du gouvernement du Canada	Total
Écrans faciaux/ lunettes de protection	12 899 835	4 312 238	7 356 051	0	24 568 124
Gants	250 653 820	89 114 202	250 559 180	0	590 327 202
Blouses/ combinaisons	39 134 808	419 100	5 741 007	0	45 294 915
Désinfectant pour les mains	896 028	11 214 647	948 648	0	13 059 323
Masques	169 016 435	104 676 218	52 343 700	0	326 036 353
Respirateurs N95	7 819 064	2 271 399	14 377 363	5 000 000	29 467 826
Autre	2 018 292	6 318 629	8 659 780	0	16 996 701
Total	482 438 282	218 326 433	339 985 729	5 000 000	1 045 750 444

*Le gouvernement de l'Ontario n'a pas eu à payer la réserve d'EPI transférée par le gouvernement fédéral.

entrepris un examen du programme de stockage dans le but de le moderniser et qu'il planifiait l'utilisation du stock avant son expiration et son réapprovisionnement. Ce plan de modernisation du programme de réserve n'a pas été achevé.

L'annexe 6 décrit les types de détérioration associés aux EPI périmés pour les différents types d'EPI et le traitement ainsi que la destruction des EPI périmés.

Le ministère de la Santé nous a indiqué que si l'EPI dans la réserve d'urgence avait été bien géré et mis hors service pour être utilisé dans le secteur des soins de santé avant son expiration, puis réapprovisionné, le Ministère aurait pu être mieux placé lorsque la pandémie a frappé. Ainsi, au début de la pandémie, la réserve comptait plus de 3 millions de respirateurs N95 périmés. Si ceux-ci n'avaient pas été autorisés à expirer, mais avaient plutôt été distribués pour utilisation et remplacés, les 3 millions de respirateurs N95 utilisables auraient pu

aider à soutenir la réponse initiale du ministère à la pandémie et répondre à certains des besoins les plus urgents en EPI.

Dans notre audit de 2017, le Ministère nous a informés que son budget pour ces fournitures ne couvrait que le coût d'entreposage de l'EPI et non sa gestion active. L'entreposage des fournitures périmées coûtait plus de 3 millions de dollars par année, et personne ne surveillait les dates d'expiration des EPI et ne planifiait leur distribution avant leur expiration.

La quantité d'EPI qui devait être achetée pour la province pendant la pandémie de COVID-19 met en évidence la nécessité d'avoir une réserve d'urgence bien garnie et utilisable. Du début de la pandémie jusqu'au 31 décembre 2020, plus de 1 milliard d'unités d'EPI ont été commandées et reçues par le ministère de la Santé et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs, et fournies à l'Ontario par le gouvernement du Canada (figure 6).

RECOMMANDATION 2

Pour tirer profit de l'achat et de l'utilisation d'équipement de protection individuelle (EPI) de la réserve provinciale d'urgence avant l'expiration des stocks, le ministère de la Santé devrait :

- Élaborer et mettre en oeuvre des lignes directrices sur la gestion et le contrôle des stocks qui prévoient l'obligation de surveiller les dates d'expiration et de planifier la rotation de l'EPI ainsi que des instructions sur le moment où l'EPI doit être expédié aux fournisseurs de soins de santé pour utilisation avant son expiration;
- Mettre à jour le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe en y ajoutant les lignes directrices sur la gestion et le contrôle des stocks.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation et s'engage à appliquer des pratiques modernes de gestion et de contrôle des stocks.

Dans le cadre de son entente contractuelle avec son entrepôt, le ministère de la Santé a commencé à surveiller les dates d'expiration des EPI et à remplir les commandes avec des produits qui se rapprochaient le plus de leur date d'expiration. Les dates d'expiration sont maintenant surveillées au moyen d'un rapport hebdomadaire fourni par l'entrepôt. Le ministère de la Santé développera des capacités de gestion des stocks pour la réserve provinciale.

Le ministère de la Santé appuie l'intégration des lignes directrices sur la gestion et le contrôle des stocks pour les partenaires du secteur de la santé au Plan de santé de l'Ontario contre la pandémie de grippe ou au plan ou à l'entente du Ministère qui convient le mieux pour assurer leur adoption et leur respect à long terme.

4.1.3 Un système d'approvisionnement centralisé qui comprend l'EPI n'était pas en place en Ontario lorsque la pandémie a frappé

Lorsque la COVID-19 s'est propagée en Ontario en janvier 2020 et est devenue une pandémie en mars 2020, l'initiative ontarienne de centralisation de l'approvisionnement était encore en cours d'élaboration et n'était pas encore prête pour que l'on puisse réagir à la crise des pénuries d'EPI. En février 2021, la Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de longue durée chargée d'examiner les effets de la pandémie sur les foyers de soins de longue durée de la province a entendu le témoignage du ministre de la Santé selon lequel le processus de centralisation en cours avait retardé le réapprovisionnement des stocks d'EPI épuisés de la province lorsque la COVID-19 a frappé et que le besoin d'EPI est devenu aigu (voir la **section 4.1.2** sur le stockage et l'approvisionnement).

Notre audit de 2017 de la gestion des urgences en Ontario a révélé que le Bureau provincial de gestion des situations d'urgence avait créé un groupe de la chaîne d'approvisionnement en 2008. Elle devait faire participer des membres de tous les ordres de gouvernement et du secteur privé, travaillant ensemble pour planifier la fourniture de ressources stratégiques au moment et à l'endroit où elles seraient nécessaires en cas d'urgence de grande envergure. Toutefois, le groupe n'a jamais progressé au point de se rencontrer ou d'entreprendre des actions.

En 2016, le gouvernement de l'Ontario a mis sur pied le Comité d'experts sur la Stratégie de la chaîne d'approvisionnement du secteur des soins de santé pour examiner et recommander des améliorations à apporter à la chaîne d'approvisionnement en soins de santé de l'Ontario. En 2017, le groupe d'experts a publié ses conclusions dans son rapport intitulé *Faire avancer les soins de santé en Ontario : Optimiser la chaîne d'approvisionnement des soins de santé – un nouveau modèle*. Le rapport soulignait que le degré de participation aux groupes d'achat groupé était élevé chez les grands fournisseurs de soins

de santé, comme les hôpitaux et certains foyers de soins de longue durée, mais faible chez les petits fournisseurs de soins de santé, comme les maisons de retraite et les résidences, les établissements de soins spéciaux, les cliniques et d'autres petits organismes de soins communautaires. Le groupe d'experts a noté que l'Ontario n'avait pas de système centralisé de gestion ou d'analyse des données pour optimiser son système d'approvisionnement ou de chaîne d'approvisionnement. Le groupe d'experts a recommandé que l'Ontario crée un solide système de collecte de données pour analyser les données du secteur des soins de santé et utiliser cette information afin de prendre de meilleures décisions en matière d'approvisionnement. Un résumé des recommandations de 2017 formulées par le groupe d'experts est présenté à l'**annexe 7**.

En mars 2019, le gouvernement de l'Ontario a annoncé son plan d'exécution d'une initiative de centralisation de la chaîne d'approvisionnement pour la fonction publique de l'Ontario et la fonction publique en général. L'achat d'EPI pour la réserve provinciale devait être intégré à cette initiative.

Lors de la réunion du 5 juin 2019 du Comité permanent des prévisions budgétaires de l'Ontario, il a été mentionné que le Ministère travaillait à la création d'une chaîne d'approvisionnement intégrée pour les produits de soins de santé et que la Colombie-Britannique et l'Alberta avaient réalisé des économies importantes après la transition vers un modèle de chaîne d'approvisionnement axé sur les données.

4.1.4 Création d'une agence ApprovisiOntario pour centraliser la chaîne d'approvisionnement

Le Projet de loi 138 : Loi de 2019 sur le plan pour bâtir l'Ontario ensemble a introduit la *Loi de 2019 sur la gestion de la chaîne d'approvisionnement (entités gouvernementales, parapubliques et du secteur de la santé)*. Le Règlement de l'Ontario 612/20 intitulé *Gestion de la chaîne d'approvisionnement centralisée de l'Ontario* pris en application de la Loi a créé l'organisme ApprovisiOntario le 5 novembre 2020. L'objectif d'ApprovisiOntario, qui relève du ministère

des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs, consiste à centraliser la chaîne d'approvisionnement du gouvernement et à rationaliser les processus d'approvisionnement complexes. ApprovisiOntario sera également responsable de la collecte et de l'analyse des données sur les stocks, l'approvisionnement et d'autres données pertinentes à la chaîne centralisée. En janvier 2021, le gouvernement de l'Ontario a nommé les premiers membres du conseil d'administration d'ApprovisiOntario. Le protocole d'entente (qui est un document décrivant les modalités d'un accord) conclu entre le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et le président d'ApprovisiOntario a été parachevé en juillet 2021. La mise en oeuvre d'ApprovisiOntario se fait sur plusieurs années afin que l'organisme devienne pleinement opérationnel d'ici novembre 2023.

RECOMMANDATION 3

Pour achever la modernisation du processus de la chaîne d'approvisionnement de l'Ontario en vue de l'acquisition d'équipement de protection individuelle (EPI), recueillir les données nécessaires pour prendre des décisions éclairées en matière d'approvisionnement et optimiser les ressources dans l'acquisition d'EPI, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGSC) devrait collaborer avec ApprovisiOntario pour mettre en place les systèmes qui permettront à ApprovisiOntario de recueillir l'information dont il a besoin au sujet de l'approvisionnement en EPI de l'Ontario et en faire rapport régulièrement au MSGSC.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs souscrit à cette recommandation et a conclu le protocole d'entente avec ApprovisiOntario en juillet 2021. La pandémie a démontré la nécessité d'une chaîne d'approvisionnement centralisée pour l'Ontario. Au fur et à mesure

qu'ApprovisiOntario renforcera ses capacités, il mettra en place des systèmes qui permettront de recueillir les renseignements nécessaires pour diriger la gestion et la livraison des EPI au nom de la province. Des rapports réguliers au MSGCS sur l'état de l'approvisionnement en EPI feront partie des activités de surveillance régulières.

4.2 Les systèmes de collecte et d'analyse des données sur l'EPI, d'approvisionnement, de stockage et de distribution n'étaient pas prêts pour une pandémie

4.2.1 Le ministère de la Santé n'avait pas de données exhaustives sur l'inventaire, l'approvisionnement et les besoins des fournisseurs de soins de santé en matière d'EPI

Nous avons constaté que, compte tenu de l'approche d'approvisionnement décentralisée existante du secteur des soins de santé de l'Ontario, pour les trois premiers mois de 2020, le ministère de la Santé ignorait :

- La quantité d'EPI accessible pour les fournisseurs de soins de santé (voir la **section 2.4** pour les différentes catégories de fournisseurs de soins de santé);
- Le montant qu'ils obtenaient ou recevaient;
- La quantité d'EPI utilisé chaque jour (taux de consommation).

Nous avons également remarqué qu'au début de la pandémie (avril 2020), seulement environ la moitié du secteur des foyers de soins de longue durée durement touchés déclarait l'information sur l'EPI demandée; plus de 3 000 fournisseurs de soins de santé soumettaient leurs rapports demandés par le ministère de la Santé sur des feuilles de calcul Excel individuelles.

Au début d'avril 2020, le ministère de la Santé ignorait dans quelle mesure l'utilisation et la demande d'EPI avaient augmenté en raison de la COVID-19. Ces lacunes dans les données ont limité

sa capacité de planifier et d'établir une stratégie d'approvisionnement et de distribution d'EPI à un moment où il recevait des demandes urgentes de fournitures et d'information.

En janvier 2020, le ministère de la Santé communiquait avec les fournisseurs pour comprendre l'approvisionnement accessible, puisque la réserve provinciale, comme mentionné précédemment, était en grande partie expirée et devait être réapprovisionnée. La **figure 7a** présente les quantités recommandées d'EPI que la réserve provinciale devrait avoir, conformément à la recommandation formulée par le Ministère en 2006-2007 (voir la **section 2.6**), et la compare à l'inventaire des EPI provinciaux d'urgence en stock au 22 janvier 2020, soit 5 jours avant le premier cas confirmé de COVID-19 en Ontario.

Depuis le 25 janvier 2020, le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé, sous la direction du médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario, a commencé à publier ses premiers rapports de situation quotidiens sur la COVID-19. Le Centre des opérations d'urgence du Ministère a envoyé ces rapports par courriel à plus de 1 500 abonnés de fournisseurs de soins de santé. Les rapports comprenaient un portrait de la situation de la COVID-19 en Ontario et au Canada, et parfois à travers le monde. Ils comportaient également des recommandations du ministère de la Santé concernant l'utilisation des EPI. L'efficacité de ces communications d'orientation dépendait de la disponibilité d'EPI. Voici certaines communications :

- Le 28 janvier, dans son rapport de situation quotidien sur l'orientation en matière de soins primaires, le ministère de la Santé a publié des directives sur qui devrait porter un respirateur N95 et dans quelles circonstances. Il a donné instruction que seuls les fournisseurs de soins primaires qui ont accès à des respirateurs N95 devraient effectuer des examens cliniques détaillés sur les patients qui font l'objet d'une investigation concernant la COVID-19.
- Le 31 janvier, dans son rapport de situation quotidien sur les consignes relatives aux soins

à domicile et en milieu communautaire, le ministère de la Santé a publié des consignes similaires sur les soins à domicile et en milieu communautaire, les soins de longue durée et les soins actifs, enjoignant au personnel de prodiguer des soins à toute personne faisant l'objet d'une enquête concernant la COVID-19 et d'utiliser l'EPI approprié, y compris les respirateurs N95 adaptés.

- Le rapport de situation quotidien du 4 février a informé les fournisseurs de soins de santé souffrant d'une grave pénurie d'EPI (celle-ci étant définie comme des difficultés immédiates liées au niveau d'approvisionnement) qu'ils pouvaient communiquer avec le ministère de la Santé pour l'aviser des problèmes liés à leurs chaînes d'approvisionnement en EPI. Les fournisseurs de soins de santé ont ensuite envoyé au ministère de la Santé des demandes d'EPI pour combler les pénuries qu'ils éprouvaient en raison de problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement.

Entre le 5 février et le 18 mars 2020, date à laquelle l'Ontario a déclaré l'état d'urgence, des

centaines de fournisseurs de soins de santé et d'autres ont présenté 1 674 demandes d'articles d'EPI à la réserve d'urgence provinciale, envoyant 1 162 courriels distincts au ministère de la Santé.

Compte tenu du nombre de demandes envoyées par courriel, de nombreux fournisseurs de soins de santé n'avaient manifestement pas conservé d'approvisionnement local et se trouvaient dans une situation où ils avaient besoin de fournitures d'urgence d'une réserve provinciale qui était en grande partie expirée (voir les figures 7a et 7b).

La figure 8 répartit les demandes d'EPI par secteur pour les 1 162 courriels reçus entre le 5 février et le 18 mars, soit 1 674 demandes au total. Elle montre que dans les six premières semaines suivant l'enregistrement du premier cas confirmé par l'Ontario, les entités de soins primaires (ce qui comprend, par exemple, les médecins de famille et les cliniques sans rendez-vous) ont fait le plus grand nombre de demandes et que certains autres types d'entités disposaient pour la plupart d'un approvisionnement suffisant et ont fait moins

Figure 7a : Inventaire de la réserve d'urgence d'EPI de l'Ontario – pourcentage d'utilisation, au 22 janvier 2020

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI	Réserve provinciale en cas de pandémie				Quantité d'EPI utilisable en % de la quantité recommandée
	Quantité recommandée en 2006-2007 (unités) ¹	Quantité utilisable le 22 janvier 2020 (unités)	Quantité périmée le 22 janvier 2020 (unités) ²	Manque à gagner en unités	
Tabliers/ combinaisons/blouses	25 000 000	39 603	2 159 453	24 960 397	0,2
Écrans faciaux/ lunettes de protection	13 000 000	0	320 738	13 000 000	0
Gants	42 000 000	500	4 653 000	41 999 500	0
Masques d'intervention ³	94 000 000	0	6 471 322	94 000 000	0
Respirateurs N95	55 000 000	0	3 509 794	55 000 000	0
Couvre-cheveux	s.o.	0	252 000	s.o.	0
Couvre-bottes	s.o.	9 210	0	s.o.	0

Remarque : Le 22 janvier 2020 se situait cinq jours avant le premier cas confirmé de COVID-19 en Ontario.

- La quantité recommandée pour 2006-2007 a été définie dans le document interne de préparation à la pandémie de grippe 2006-2007 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'époque.
- La quantité de produits périmés comprend les produits anciens. Pour tout produit qui ne comportait pas de date d'expiration désignée par le fabricant, le Ministère a déterminé que le produit était âgé s'il avait plus de cinq ans. Des produits âgés ont été offerts aux organismes si aucun autre produit n'était disponible. L'organisme récepteur était tenu de signer une renonciation reconnaissant qu'il comprenait les risques associés à l'utilisation de produits vieillissants.
- Le gouvernement de l'Ontario a entreposé les masques médicaux de protection et d'intervention dans la réserve d'urgence.

Figure 7b : Inventaire des stocks d'urgence d'EPI de l'Ontario – quantités périmées détruites et remises après le 22 janvier 2020 (unités)

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI ¹	Quantité d'articles périmés ²	Détruit	Remis		
			Total des remises	Destinataire	Quantité remise
Tabliers, combinaisons, blouses	2 159 453	310 550	918 939	Services correctionnels	7 649
				Dentistes	45
				Soins à domicile et en milieu communautaire	18 725
				Hôpitaux	286 780
				Soins de longue durée/Retraite	416 810
				Ambulancier paramédical	7 250
				Soins primaires	510
				Transferts régionaux	175 000
				Autre	6 170
Écrans faciaux et lunettes de protection	320 738	13 688	23 869	Services correctionnels	10 148
				Dentistes	40
				Soins à domicile et en milieu communautaire	1 312
				Hôpitaux	1 172
				Soins de longue durée/Retraite	6 458
				Ambulancier paramédical	200
				Soins primaires	459
Autre	4 080				
Gants	4 653 000	330 000	147 550	Services correctionnels	63 050
				Soins de longue durée/Retraite	66 000
				Ambulancier paramédical	5 000
				Soins primaires	1 900
				Autre	11 600
Masques d'intervention	6 471 322	303 600	40 300	Services correctionnels	33 200
				Hôpitaux	200
				Soins de longue durée/Retraite	3 900
				Ambulancier paramédical	2 000
				Soins primaires	1 000
Respirateurs N953	3 509 794	1 557 220	164 309	Dentistes	440
				Soins à domicile et en milieu communautaire	3 940
				Hôpitaux	96 540
				Soins de longue durée/Retraite	34 025
				Ambulancier paramédical	2 680
				Soins primaires	964
				Autre	25 720
Couvre-cheveux	252 000	0	400	Soins de longue durée/Retraite	400

Remarque : L'équipement de protection individuelle de la réserve du ministère de la Santé a été distribué à compter d'avril par Metro Logistics Inc. (voir lasection 4.2.5).

1. Voir l'annexe 1 pour les descriptions de chaque type d'EPI et l'annexe 6 pour les détails sur la destruction des EPI périmés.
2. La quantité de produits périmés comprend les produits anciens. Pour tout produit qui ne comportait pas de date d'expiration désignée par le fabricant, le ministère de la Santé a déterminé que le produit était âgé s'il avait plus de cinq ans. Des produits âgés ont été offerts aux organismes si aucun autre produit n'était disponible. L'organisme récepteur était tenu de signer une renonciation reconnaissant qu'il comprenait les risques associés à l'utilisation de produits vieillissants.
3. Les respirateurs N95 qui ont été fournis n'étaient utilisés qu'à des fins d'adaptation. Une adaptation est requise pour les respirateurs N95 afin de s'assurer qu'un joint est obtenu et que le respirateur fonctionne correctement.

Figure 8 : Nombre de demandes d'EPI de la part de fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants, du 5 février au 18 mars 2020

Source des données : Ministère de la Santé

Secteur	Nombre de courriels	Nombre de demandes						Total
		Gants	Masques	Blouses	N95	Écrans	Autre	
Soins primaires	674	51	377	121	260	79	165	1 053
Soins de longue durée	74	8	37	20	28	13	12	118
Autre*	75	3	33	11	19	9	17	92
Spécialité	58	4	36	6	22	2	22	92
Soins dentaires	64	1	51	7	9	7	3	78
Soins à domicile et en milieu communautaire	44	7	23	8	12	6	10	66
Sages-femmes	36	1	12	4	19	1	14	51
Hôpital	92	1	15	2	23	1	2	44
Ambulanciers et premiers répondants	25	0	9	4	18	4	1	36
Résidences et maisons de retraite	10	5	7	5	4	2	5	28
Commerce de détail et pharmacie	10	1	7	0	1	0	7	16
Total	1 162	82	607	188	415	124	258	1 674

Remarque : Les entités auraient pu présenter plus d'une demande pour obtenir un EPI.

* Les autres comprennent les collèges, les organismes religieux, les organismes communautaires et municipaux et les autres entités intéressées qui demandent des EPI et qui n'entrent pas dans l'une des 10 autres catégories indiquées dans cette figure.

de demandes. Étant donné que les hôpitaux (du secteur des soins de courte durée) avaient conservé un approvisionnement local et entretenaient des relations préétablies avec les fournisseurs d'EPI qu'ils achetaient régulièrement, les demandes des hôpitaux ne représentaient pas une proportion importante des demandes totales d'EPI provenant de la réserve provinciale (2,6 % au 18 mars). Notre analyse des demandes montre que toutes les entités ont augmenté de façon significative leurs demandes après ces six premières semaines; toutefois, les maisons de retraite, les foyers de soins de longue durée et les soins primaires (médecins) ont connu le plus grand besoin, avec la plus forte augmentation de demandes, de mars à la fin de décembre 2020. Nous avons examiné un échantillon de demandes provenant de foyers de soins de longue durée et constaté de nombreux retards importants au début de la pandémie pour leur fournir des EPI. Par exemple :

- Le 27 mars, un foyer de soins de longue durée a demandé un envoi urgent d'EPI à la réserve provinciale, et a signalé un cas de COVID-19. Le ministère de la Santé a effectué un suivi auprès du foyer le 1^{er} avril pour comprendre les détails de la demande, mais n'a reçu de réponse que le 5 avril. Le ministère de la Santé a expédié des EPI à ce foyer le 7 avril, soit 10 jours après la déclaration de l'épidémie.
- Un foyer de soins de longue durée a déclaré une éclosion le 16 mars et a demandé l'EPI à la réserve provinciale le 30 mars. Une réponse automatique a été envoyée indiquant qu'il y avait des pénuries dans la chaîne d'approvisionnement. Le foyer a de nouveau présenté la demande le 13 avril et le ministère de la Santé a fait un suivi pour préciser la demande le même jour, a reçu une réponse du foyer le 20 avril et fourni l'EPI le 21 avril.

Figure 9 : Nombre de demandes d'EPI de fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants, février 2020 à mars 2021

Source des données : Ministère de la Santé

Secteur	Nombre de demandes						Total
	Gants	Masques	Blouses	N95	Écrans	Autre	
Soins primaires	4 653	4 714	2 739	1 035	1 974	8 560	23 675
Soins de longue durée	1 566	1 374	1 894	2 754	1 106	2 357	11 051
Autre*	1 881	1 553	936	571	651	2 050	7 642
Résidences et maisons de retraite	871	1 053	1 092	564	465	1 436	5 481
Soins à domicile et en milieu communautaire	917	866	542	230	397	1 402	4 354
Spécialité	728	500	255	207	153	878	2 721
Hôpital	243	165	153	344	45	338	1 288
Commerce de détail et pharmacie	267	330	127	79	106	436	1 345
Ambulanciers et premiers répondants	16	46	64	81	15	29	251
Soins dentaires	3	61	26	44	14	10	158
Sages-femmes	5	14	7	24	3	17	70
Total	11.150	10.676	7.835	5.933	4 929	17.513	58.036

Remarque : Les entités auraient pu présenter plus d'une demande pour obtenir un EPI. Période couverte du 5 février 2020 au 24 mars 2021

* Les autres comprennent les collèges, les organismes religieux, les organismes communautaires et municipaux et les autres entités intéressées qui demandent des EPI et qui n'entrent pas dans l'une des 10 autres catégories indiquées dans cette figure.

- Un foyer de soins de longue durée a fait parvenir une demande d'EPI à la réserve provinciale le 5 mars soulignant qu'il n'avait reçu aucun EPI de son fournisseur depuis deux mois. Comme le foyer ne donnait pas de détails sur l'EPI requis, le ministère de la Santé a dû effectuer un suivi. Une réponse a été reçue le 5 avril et l'EPI a été envoyé à ce domicile le 5 avril.

Nous avons constaté que deux facteurs principaux ont grandement contribué aux retards dans les foyers de soins de longue durée qui recevaient l'EPI de la réserve provinciale au début de la pandémie :

1. Le ministère de la Santé n'avait pas suffisamment de stocks pour répondre aux demandes initiales d'EPI;
2. D'autres renseignements et précisions étaient requis de la part des entités qui présentent les demandes. Les demandes initiales ne contenaient pas suffisamment d'information sur des questions comme les quantités et les types d'EPI requis parce qu'à l'époque le ministère de la Santé n'avait pas d'outils en place pour recevoir les demandes

détaillées d'EPI, comme les quantités et les types d'EPI requis, et à quel moment le demandeur n'aurait plus d'EPI.

Au fur et à mesure que la situation évoluait, le processus a été amélioré afin de régler les retards. Des mesures provisoires comme une réponse automatique précisant les renseignements devant être envoyés au ministère de la Santé au moment de présenter des demandes ont été mises en place et un formulaire de demande en ligne a été créé. À la mi-avril 2020, le ministère de la Santé a créé un portail Web permettant aux fournisseurs de soins de santé de demander l'EPI. Ce portail Web a par la suite remplacé le processus de demande par courriel. Ce nouveau système recueillait des renseignements qui manquaient dans les demandes par courriel. Avant la pandémie, des voies de communication régulières n'avaient pas été établies entre le ministère de la Santé et les foyers de soins de longue durée ainsi que les maisons de retraite pour leur indiquer comment lui envoyer des demandes claires et détaillées d'EPI dont ils avaient besoin.

La **figure 9** présente les 58 036 demandes totales reçues par secteur entre février et la fin de mars 2021. De ce nombre, 54 470 provenaient du portail Web. La figure montre que les articles les plus demandés étaient les gants, les masques chirurgicaux et d'intervention et les blouses. Comme dans les 6 premières semaines de la pandémie, au cours de cette période de 13 mois, le secteur des soins primaires a de nouveau présenté le plus de demandes d'EPI, soit 23 675 demandes. Ensemble, les centres de soins de longue durée et les maisons de retraite ont présenté le deuxième plus grand nombre de demandes, soit 18 693, les demandes des hôpitaux ne représentant qu'une faible proportion du nombre total de demandes, soit 2,2 %.

Le 27 mars 2020, le ministre de la Santé a rendu une ordonnance obligeant les fournisseurs de soins de santé à donner des renseignements à la province sur les EPI. En rendant une ordonnance, le ministre de la Santé donnait des directives en vertu de la *Loi sur la promotion et la protection de la santé* aux fournisseurs de soins de santé désignés. Plus précisément, à compter du 1^{er} avril, tous les fournisseurs de soins de santé (p. ex. hôpitaux publics et privés, établissements psychiatriques, établissements de santé autonomes, foyers de soins de longue durée et autres) devaient déclarer la quantité d'EPI qu'ils avaient sous la main, leurs taux de consommation d'EPI et leurs prévisions quant aux niveaux futurs d'approvisionnement en EPI. Au départ, ces renseignements ont été recueillis par Santé Ontario. Le 5 juin 2020, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGSC) a assumé cette responsabilité.

Les hôpitaux ont transmis cette information à Santé Ontario au moyen d'un outil de collecte de données existant appelé Bed Census (recensement des lits). Le ministère de la Santé de l'Ontario a retenu les services d'un cabinet comptable pour aider à consolider l'information sur les hôpitaux en son nom. Les fournisseurs de soins primaires, comme les médecins de famille et les cliniques médicales, et plus de 3 000 autres fournisseurs de soins de santé, comme les foyers de soins de longue durée, les établissements

de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et les fournisseurs de soins à domicile ont déclaré leurs renseignements au moyen de feuilles de calcul Excel individuelles, que le personnel du Ministère devait ensuite regrouper. En comparaison, nous avons constaté que la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Saskatchewan avaient déjà chacun un système d'approvisionnement centralisé, ce qui facilite la collecte de ces données à l'échelle provinciale.

Nous avons constaté qu'au départ, presque tous les hôpitaux (94 %) déclaraient toute l'information requise sur l'EPI. Toutefois, seulement environ la moitié (55 %) des foyers de soins de longue durée ont fourni les renseignements requis. Nous avons constaté que les taux de déclaration d'autres fournisseurs étaient encore plus faibles, celui des maisons de retraite, par exemple, s'établissant à 43 %. Il subsistait une lacune importante dans l'information globale sur les EPI dont la province disposait pour éclairer ses décisions en matière d'approvisionnement en EPI.

Plus précisément, notre examen du procès-verbal de la réunion d'avril 2020 du groupe de contrôle du Ministère a noté que le Ministère ignorait :

- Si les fournisseurs de soins de santé pouvaient acheter de l'EPI et en recevaient directement;
- Si certains fournisseurs de soins de santé – comme les foyers de soins de longue durée, les médecins de famille et les cliniques médicales – étaient plus vulnérables que d'autres aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement causées par la pandémie;
- La mesure dans laquelle la demande et l'utilisation d'EPI ont augmenté en raison de la COVID-19.

Pour simplifier la consolidation et la déclaration des renseignements déclarés, le Ministère, avec l'aide du cabinet comptable embauché, a ouvert un portail Web au début de mai 2020 où tous les fournisseurs de soins de santé pouvaient déclarer leur inventaire d'EPI au lieu de soumettre des feuilles de calcul Excel. Comme nous l'avons déjà mentionné, le 5 juin 2020, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGSC) a pris en charge la collecte

et la consolidation des données du secteur de la santé sur la quantité d'EPI qu'il avait en main, ses taux de consommation d'EPI et ses prévisions quant aux niveaux futurs d'approvisionnement en EPI. Le MSGSC devait ensuite fournir cette information au groupe de travail provincial (comme expliqué à la **section 4.2.2**) pour l'aider à prendre ses décisions en matière d'approvisionnement en EPI.

RECOMMANDATION 4

Pour que la province puisse prendre des décisions éclairées en matière d'approvisionnement sur l'équipement de protection individuelle (EPI) et être en mesure de fournir rapidement l'EPI aux fournisseurs de soins de santé au besoin, le ministère de la Santé et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs devraient :

- Continuer de recueillir de l'information sur les stocks et les taux de consommation d'EPI pour le secteur de la santé et d'autres secteurs pendant la pandémie de COVID-19 et une fois celle-ci terminée;
- Obtenir des taux d'absorption avant la pandémie pour les deux secteurs afin d'informer ApprovisiOntario de ses besoins d'approvisionnement après la pandémie;
- Réévaluer les quantités recommandées d'EPI pour 2006-2007 qui devraient être conservées dans la réserve d'urgence provinciale;
- Élaborer des lignes directrices claires sur la façon dont les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs autres peuvent demander l'EPI nécessaire et diffuser ces lignes directrices à tous les fournisseurs de soins de santé et autres qui peuvent demander l'EPI à la réserve provinciale d'urgence dans l'avenir.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et le ministère de la Santé sont d'accord avec cette recommandation et avec la nécessité de continuer à recueillir de

l'information pour éclairer les décisions à l'appui de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution de l'EPI.

Des renseignements sur les stocks et les taux de consommation d'EPI continueront d'être recueillis pour les secteurs des soins de santé et d'autres secteurs tout au long de la pandémie et après celle-ci. Nous établirons des prévisions de consommation après la pandémie en fonction de la demande postérieure à la pandémie, des nouvelles exigences et de l'évolution des directives sur l'utilisation de l'EPI afin d'informer ApprovisiOntario de ses besoins d'approvisionnement après la pandémie.

Dans le cadre du maintien et de l'orientation de la transition de la chaîne d'approvisionnement en EPI de la pandémie à l'état stable, des quantités de stockage appropriées et des protocoles seront élaborés et continuellement réévalués pour assurer la capacité de réagir aux urgences futures.

À mesure qu'ApprovisiOntario dirige la gestion et la livraison de l'EPI au nom de la province, il élaborera les lignes directrices appropriées sur la façon de demander l'EPI nécessaire à la réserve d'urgence provinciale et les communiquera à tous les fournisseurs de soins de santé et autres.

4.2.2 Le ministère de la Santé a dû élaborer un nouveau processus d'approvisionnement en EPI pendant la pandémie

Reconnaissant que sa réserve d'urgence était épuisée, que le secteur de la santé de l'Ontario avait d'importants besoins en matière d'approvisionnement en EPI et qu'il n'avait pas suffisamment d'expérience dans ce domaine ni la capacité d'intervenir rapidement dans un environnement mondialement concurrentiel, le ministère de la Santé de l'Ontario a établi un partenariat informel avec le Réseau universitaire de santé (RUS) pour faciliter l'approvisionnement en EPI pour la réserve d'urgence provinciale. Un protocole d'entente a ensuite été signé en août 2020 entre le ministère de la Santé, Santé Ontario et le RUS.

Secteur des soins de santé

Un jour après que le RUS a émis son premier bon de commande d'EPI au nom de la province le 18 mars, soit le 19 mars 2020, le gouvernement a créé le groupe de travail provincial chargé de l'acquisition et de la gestion de l'EPI. Il était composé du ministère de la Santé, de Santé Ontario, du RSU et des organismes d'approvisionnement mohawk Medbuy et Plexxus, 2 des 10 organismes d'achats groupés et des organismes de services partagés en Ontario (**figure 10**). La **figure 11** illustre le processus nouvellement élaboré en vigueur le 1^{er} avril 2020 pour l'approvisionnement en EPI pour la réserve d'urgence provinciale en vue de son utilisation par le secteur des soins de santé.

Comme il est mentionné à la **section 4.2.1**, la tâche de recueillir des renseignements auprès des fournisseurs de soins de santé sur leur approvisionnement actuel en EPI, leurs taux de consommation d'EPI et leurs prévisions quant aux niveaux d'approvisionnement et aux besoins futurs en EPI (étape 1 du processus) a été transférée de Santé Ontario au ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs le 5 juin 2020. Ce changement se reflète dans la première case de la **figure 11**.

Secteur autre que le secteur de la santé

En vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, les employeurs qui ne font pas partie du secteur de la santé sont responsables de la sécurité de leurs employés, notamment de s'assurer que les employés utilisent l'EPI approprié au danger. Avant la pandémie, l'EPI était directement acheté par le secteur autre que celui des soins de santé sans intervention provinciale.

Alors que la pandémie s'est aggravée à un rythme effréné en mars 2020, des entités non liées à la santé comme les pompiers, les organismes de services sociaux et les établissements d'enseignement ont commencé à demander, par l'entremise de leurs ministères respectifs, l'EPI à la réserve provinciale d'urgence. Pendant la pandémie, le gouvernement a reconnu leur besoin d'avoir accès aux EPI, ainsi que celui d'autres secteurs comme la transformation alimentaire et les fermes.

Figure 10 : Organisations d'achats groupés (OAG) et organisations de services partagés (OSP)

Source des données : Ministère de la Santé

Nom	Type d'organisation
HealthPRO	OAG
Organisation d'achats groupés du système de santé St. Joseph ¹	OAG
Mohawk Medbuy Corporation 1-2	OAG/OSP
Services d'approvisionnement de santé Champlain (SASC)	OSP
Healthcare Materials Management Services (HMMS)	OSP
Plexxus	OSP
Shared Services West (SSW)	OSP
Shared Support Services Southeastern Ontario (3SO)	OSP
TransForm Shared Service Organization (TransForm)	OSP
Northern Supply Chain (NSC)	OSP

Remarque : Les OAG et les OSP effectuent tous deux des achats groupés. Les OAG sont de plus grandes organisations qui servent les fournisseurs de soins de santé partout au Canada, tandis que les OSP desservent surtout les hôpitaux et certains foyers de soins de longue durée en Ontario. Ce n'est pas une liste exhaustive d'OAG. Nous avons remarqué que certaines OAG s'adressent principalement aux foyers de soins de longue durée, comme Complete Purchasing Services et Silver Group Purchasing Partner Network.

1. Le 1^{er} avril 2021, la Mohawk Medbuy Corporation a fait l'acquisition de la St. Joseph's Health System Group Purchasing Organization.
2. Le 1^{er} juin 2017, Mohawk Shared Services (OSP) a fusionné avec Medbuy Corporation (OAG) pour former Mohawk Medbuy Corporation, une OAG/OSP hybride.

À compter d'avril 2020, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs a assumé la responsabilité d'acheter certaines catégories d'EPI et de distribuer l'EPI à ces établissements non médicaux.

À l'instar du processus d'approvisionnement du ministère de la Santé, le processus d'approvisionnement du MSGSC comporte plusieurs examens et autorisations. Toutefois, le processus d'approvisionnement du MSGSC a été géré à l'interne par son personnel, sans la participation de tierces parties comme le RUS ou un cabinet comptable externe. La **figure 11** illustre le processus d'approvisionnement de la réserve provinciale d'EPI d'urgence desservant le secteur autre que les soins de santé, qui est entré en vigueur le 1^{er} avril 2020.

Figure 11 : Nouveau processus, en vigueur en avril 2020, pour l'approvisionnement en EPI pour la réserve provinciale d'urgence du ministère de la Santé et du MSGSC

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

<p>1. Analyse de l'offre et de la demande¹</p> <p>Le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGSC) recueille des données sur l'offre et la demande d'EPI dans les secteurs des soins de santé et d'autres secteurs, et établit des prévisions pour les responsables des catégories d'EPI (le MSGSC et le groupe de travail provincial²).</p>
<p>2. Évaluation des besoins et des possibilités en matière d'approvisionnement</p> <p>Les responsables des catégories d'EPI examinent les prévisions pour déterminer les besoins en matière d'approvisionnement. Les responsables des catégories d'EPI cernent et évaluent les possibilités d'approvisionnement et mobilisent l'équipe d'assurance de la qualité (AQ) pour valider les exigences des produits, le cas échéant. L'équipe d'AQ examine la documentation du produit (y compris l'examen des spécifications remises par les fournisseurs et des données d'essai) pour veiller à ce que le produit soit conforme aux exigences.</p> <p>Dans le cas des fournisseurs ou des produits non traditionnels, l'équipe de l'AQ peut obtenir un échantillon d'EPI auprès du fournisseur et l'envoyer à un tiers pour qu'il soit testé et inspecté par rapport aux normes applicables des produits, par exemple le NIOSH, afin de vérifier l'authenticité du produit et d'effectuer des essais de qualité dans un laboratoire clinique tiers accrédité.</p>
<p>3. Autorisation et exécution de l'approvisionnement</p> <p>Les responsables des catégories d'EPI soumettent leurs recommandations en matière d'approvisionnement aux responsables de l'approvisionnement du ministère de la Santé ou du MSGSC. Les ministères examinent les recommandations en matière d'approvisionnement, approuvent les demandes par délégation de pouvoirs appropriée et autorisent l'émission de bons de commande.</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Pour les achats autorisés par le ministère de la Santé, les responsables des catégories d'EPI communiquent des directives au RUS sur l'émission des bons de commande. ii. Pour les achats autorisés par le MSGSC, le ministère émet des bons de commande.
<p>4. Certificat d'entrepôt et inspection</p> <p>Les fournisseurs livrent l'EPI aux entrepôts provinciaux (Metro Logistics pour le ministère de la Santé et DSV pour le MSGSC). Les entrepôts vérifient la quantité, l'exactitude et la qualité de l'emballage de chaque envoi.</p> <p>Dans le cas des fournisseurs ou des produits non traditionnels, des inspections supplémentaires par SGS peuvent être exigées du fournisseur ou effectuées sur place dans les entrepôts provinciaux.</p>
<p>5. Examen avant le déblocage des fonds</p> <p>Pour les fournisseurs ou produits non traditionnels, l'équipe d'AQ examine les spécifications et les échantillons des produits. Dans le cas des produits qui présentent de grands risques pour la qualité, d'autres analyses des échantillons peuvent être demandées auprès de fournisseurs de services d'inspection tiers ou de laboratoires cliniques accrédités.</p> <p>Le paiement est versé aux fournisseurs (par le RUS pour le ministère de la Santé ou par le MSGSC) après examen et acceptation des produits.</p>
<p>6. Attribution proactive³</p> <p>Le groupe de contrôle provincial⁴ reçoit des données sur l'offre et la demande d'EPI de la part du MSGSC et prend des décisions sur les attributions par secteur en fonction d'un cadre éthique d'attribution⁵. Des directives d'attribution sont transmises aux régions de Santé Ontario pour orienter l'attribution aux clients du secteur de la santé.</p> <p>Dans le cas des secteurs autres que le secteur de la santé appuyés par le MSGSC, le personnel de ce Ministère examine ensuite les demandes d'EPI et attribue l'EPI aux utilisateurs finaux en fonction des directives du groupe de contrôle provincial.</p> <p>Attribution réactive³</p> <p>Les entités sanitaires peuvent obtenir l'EPI en présentant une demande à leur région de Santé Ontario. Les demandes urgentes ou transmises aux échelons supérieurs sont acheminées au ministère de la Santé.</p> <p>En ce qui concerne les secteurs autres que le secteur de la santé, si l'approvisionnement régulier et l'attribution proactive d'EPI ne suffisent pas à répondre à la demande d'un utilisateur final en particulier, ils peuvent communiquer avec le ministère chargé de la surveillance de leur secteur, qui évaluerait le besoin et l'urgence, puis soumettrait au MSGSC des demandes d'envoi d'EPI supplémentaire à l'utilisateur final.</p>

Remarque : Les étapes 1 à 3 sont les mêmes pour le ministère de la Santé (secteur de la santé) et le MSGSC (secteur non lié à la santé).

1. Au 1^{er} avril 2020, Santé Ontario était responsable des données sur l'offre et la demande. Le MSGSC a commencé à assumer cette responsabilité en juin 2020.
2. Le groupe de travail provincial se compose du ministère de la Santé, de Santé Ontario, du Réseau universitaire de santé (RUS), de Mohawk Medbuy et de Plexus, avec le soutien d'autres organismes de services communs partenaires du secteur de la santé.
3. Corresponds à une période se terminant en mars 2021. Veuillez noter que les paramètres d'accès peuvent changer en fonction des stratégies sectorielles ciblées, des programmes ou des exigences en matière de santé publique.
4. Le groupe de contrôle provincial a été lancé en avril 2020 pour coordonner l'attribution des rares EPI aux organismes de santé et autres.
5. Voir les sections 2.8 et 4.4.1 pour plus de détails sur le cadre éthique d'attribution. Même si l'EPI appartient à deux ministères différents (ministère de la Santé et MSGSC) et est détenu par deux entrepôts provinciaux multiples (Metro Logistics pour le ministère de la Santé et DSV pour le MSGSC), le groupe de contrôle provincial considère les deux inventaires comme une seule réserve provinciale d'EPI aux fins d'évaluation des stocks et d'attribution.

Afin de soutenir davantage les entreprises qui cherchent des EPI, le site Web du gouvernement de l'Ontario sur la COVID-19 contient un lien vers un répertoire des fournisseurs d'EPI en milieu de travail lancé le 14 mai 2020. Il permet aux entreprises d'examiner une liste de sociétés prêtes à vendre des EPI afin qu'elles puissent communiquer directement avec elles. Les fournisseurs d'EPI peuvent faire une demande en cliquant sur le lien à ajouter au répertoire. Le ministère du Développement économique, de la Création d'emplois et du Commerce gère le processus de demande. De plus, les entreprises qui ont reçu du financement dans le cadre du fonds L'Ontario, ensemble (**section 4.3.4**), et qui sont prêtes à fournir des EPI sont invitées à présenter une demande pour être ajoutées au répertoire.

4.2.3 Seulement un sixième de l'EPI commandé pour le secteur des soins de santé au cours des premiers mois de la pandémie a été reçu à la fin de juin 2020

Dans le cadre du nouveau partenariat, le RUS a émis son premier bon de commande d'EPI en réponse

aux exigences liées à la COVID-19 le 18 mars 2020. Au total, le ministère de la Santé a commandé environ 63,9 millions de dollars d'EPI en mars 2020 (**annexe 8a**). Entre mars et décembre 2020, le RUS a émis des bons de commande pour plus de 750 millions de dollars d'EPI. Les **figures 12a** et **12b** résument les montants en dollars des bons de commande émis par le RUS et les montants reçus, d'abord au plus tard le 30 juin, puis au plus tard le 31 décembre 2020. Les EPI reçus accusaient un retard de six semaines par rapport aux montants commandés au cours des premiers mois de la pandémie, et seulement des montants limités étaient reçus au cours des premiers mois une fois que les commandes d'EPI ont été passées.

Plus précisément, entre le 18 mars et le 30 juin 2020, seulement 15 %, soit environ 102 millions de dollars, des 689 millions de dollars d'EPI commandés par le ministère de la Santé dans les mois de mars, avril, mai et juin avaient été reçus.

À la fin de 2020, 517 millions de dollars supplémentaires d'EPI avaient été reçus. Dans l'ensemble, environ 619 millions de dollars, soit 82 % des quelque 751 millions

Figure 12a : Bons de commande (PO) émis par le RUS pour l'EPI de la réserve provinciale d'urgence et reçus par le ministère de la Santé du 1^{er} mars au 30 juin 2020

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI	Montant du bon de commande émis	Montant reçu	% de bons de commande émis reçus
Combinaisons et blouses	422 546 891	30 570 161	7
Masques	117 739 673	46 991 758	40
Gants	87 826 042	3 119 534	4
Respirateurs N95	12 120 722	1 110 046	9
Écrans faciaux	38 224 500	12 216 968	32
Désinfectant pour les mains	7 161 933	7 105 013	99
Autre	3 375 524	568 239	17
Total (en \$)	688 995 285	101 681 718	
Globalement (%)			15

Remarque : Le ministère de la Santé s'est également procuré 5 millions de respirateurs N95 supplémentaires pour 26,5 millions de dollars le 31 mai 2020 dans le cadre d'une initiative du gouvernement fédéral en dehors du processus d'approvisionnement du RUS. Aucun de ces respirateurs n'avait été reçu au 30 juin 2020. Cependant, le ministère avait reçu la totalité des 5 millions au 31 décembre. Sans compter cet approvisionnement du 31 mai 2020, pour les bons de commande énumérés à la **figure 13a**, une somme supplémentaire de 476,7 millions de dollars de PPR a été reçue entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2020.

d'EPI commandés en 2020, avaient été reçus au 31 décembre 2020. L'**annexe 8a** présente une ventilation du coût de l'EPI commandé par le ministère de la Santé de mars à décembre 2020, et l'**annexe 8b** montre le coût de l'EPI reçu par le ministère de la Santé de mars à décembre 2020 avec des totaux cumulatifs mois par mois.

L'**annexe 8c** présente une ventilation des quantités d'EPI commandées, et l'**annexe 8d** présente les quantités d'EPI reçues par le ministère de la Santé, avec des totaux cumulatifs mois par mois.

Les EPI de près de 751 millions de dollars commandés avant le 31 décembre 2020 ont été commandés auprès des fournisseurs indiqués à la **figure 13**. L'EPI a été expédié à partir des endroits indiqués à la **figure 14**.

Nous avons constaté qu'en plus de ces commandes, le ministère de la Santé a également acheté 5 millions de respirateurs N95 supplémentaires pour 26,5 millions de dollars le 31 mai 2020 dans le cadre d'une initiative du gouvernement fédéral qui ne s'inscrit pas dans le processus d'approvisionnement régulier du RUS. Aucun de ces respirateurs n'a été reçu au 30 juin 2020, bien que le Ministère ait reçu

la totalité des 5 millions entre le 28 juillet 2020 et le 22 septembre 2020, la majorité étant reçue au 31 août 2020. Nous avons également souligné que le gouvernement fédéral a fait don d'importantes quantités d'EPI à l'Ontario tout au long de la pandémie, avec près de 340 millions d'unités reçues au 31 décembre 2020 (voir l'**annexe 9** et la **figure 6**).

4.2.4 Seulement environ la moitié de l'EPI commandé pour le secteur non lié aux soins de santé par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs au cours des premiers mois de la pandémie a été reçue en juin 2020

En mars 2020, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGSC) a aidé le ministère de la Santé à obtenir des EPI pour la province. Il a passé un nombre limité de commandes d'EPI, soit environ un septième du nombre d'unités commandées par le ministère de la Santé. Au total, le MSGSC s'est engagé à acheter environ 49,8 millions de dollars d'EPI pour le mois de mars avec son propre financement approuvé par

Figure 12b : Bons de commande (PO) émis par le RUS pour l'EPI de la réserve provinciale d'urgence et reçus par le ministère de la Santé du 1^{er} juillet au 31 décembre 2020

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI	Montant du bon de commande émis	Montant reçu	% de bons de commande émis reçus
Combinaisons et blouses	422 546 891	370 285 721	88
Masques	123 683 971	115 338 117	93
Gants	87 826 042	25 713 769	29
Respirateurs N95	67 793 788	59 912 585	88
Écrans faciaux	38 224 500	37 931 360	99
Désinfectant pour les mains	7 161 933	7 105 013	99
Autre	3 375 524	2 987 569	89
Total (en \$)	750 612 650	619 274 133	
Globalement (%)			83

Remarque : Le ministère de la Santé s'est également procuré 5 millions de respirateurs N95 supplémentaires pour 26,5 millions de dollars le 31 mai 2020 dans le cadre d'une initiative du gouvernement fédéral en dehors du processus d'approvisionnement du RUS. Aucun de ces respirateurs n'avait été reçu au 30 juin 2020. Cependant, le ministère avait reçu la totalité des 5 millions au 31 décembre.

Figure 13 : Vingt principaux fournisseurs d'EPI à la réserve provinciale d'urgence en date du 31 décembre 2020

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

N°	Fournisseur	Coût de l'EPI commandé (\$)¹	Coût de l'EPI reçu (\$)	% de bons de commande émis
1	PRIMED Medical Products	214 117 826	174 421 673	81
2	Frontier Dental Supply	76 403 376	73 493 547	96
3	Medline Canada Corp.	65 341 711	32 592 967	50
4	CC Global Solutions inc.	51 794 663	48 387 456	93
5	Cardiomed Supplies Inc.	34 450 000	31 550 480	92
6	Medquest Medical Inc.	32 400 000	21 288 040	66
7	Sterling Industries	32 150 000	31 841 625	99
8	Canada Emergency Medical Manufacturers (CEMM)	30 162 600	31 145 400	103²
9	Corporation Smartsilk Inc.	29 260 000	29 260 000	100
10	George Courey Inc.	28 750 000	26 963 735	94
11	MIP Inc.	25 600 000	16 268 666	64
12	OT Marketing Group Ltd	19 957 958	19 339 671	97
13	Citadel AB	17 146 080	5 076 288	30
14	Fellfab Limited	13 244 550	10 835 799	82
15	Voreia Industries Inc.	11 767 471	8 886 360	76
16	Leading System Consultants	10 001 836	7 745 354	77
17	International Custom Products	7 250 000	3 298 125	45
18	Safe Direct Medical Supplies	5 889 517	5 908 148	100³
19	Pacer Air Freight	4 920 000	4 920 000	100
20	Acklands-Grainger Ltd.	4 862 708	3 072 303	63
	Autre	35 142 354	32 978 496	94
	Total	750 612 650	619 274 133	83

1. Comprends les frais d'expédition.

2. EPI supplémentaire expédié par erreur par le fournisseur.

3. L'arrondissement du calcul est attribuable au coût moyen utilisé.

le Conseil du Trésor. Nous avons également noté dans le **chapitre 4, Gestion des dépenses en santé liées à la COVID-19** de notre *Rapport spécial sur la préparation et la gestion en lien avec la COVID-19*, paru en mai 2021, que le MSGSC a reçu l'approbation du Conseil du Trésor pour 250 millions de dollars le 28 avril 2020. Tous les bons de commande établis par le MSGSC ont été financés et payés par ce dernier. En avril 2020, le MSGSC s'est vu confier la responsabilité d'obtenir l'EPI pour le secteur non lié aux soins de santé (par exemple, les pompiers et les services correctionnels) et a commencé à commander seul de grosses quantités d'EPI.

Les livraisons au MSGSC ont commencé à arriver à la fin de mars et en avril. Au cours des premiers mois de la pandémie, le MSGSC n'a reçu que des quantités limitées de l'EPI qu'il avait commandé. Nous avons constaté que jusqu'au 30 juin 2020, le MSGSC n'avait reçu que 49 %, soit environ 108 millions de dollars, des 222 millions de dollars d'EPI qu'il avait commandés depuis le 18 mars.

Le total des bons de commande d'EPI émis par le MSGSC pour 2020 (de mars à décembre) a atteint plus de 364 millions de dollars. **Les figures 15a et 15b** résument les montants en dollars commandés et reçus par le MSGSC au 31 décembre 2020. Dans

Figure 14 : Pays d'où l'EPI acheté pour la réserve provinciale d'urgence, du 18 mars au 31 décembre 2020, a été expédié

Source des données : Ministère de la Santé

Pays ¹	Coût total (\$)²	% du total
Chine	455 189 998	60
Canada	156 425 131	21
Turquie	51 794 663	7
États-Unis	44 381 086	6
Vietnam	19 957 958	3
Inde	16 844 210	2
Canada/États-Unis³	5 830 610	1
Autres pays	188 994	<1
Total	750 612 650	100

1. Les renseignements fournis indiquent un emplacement source à des fins d'expédition. La source d'expédition ne correspond pas toujours à l'endroit où le produit est fabriqué.
2. Comprends les frais d'expédition.
3. Les distributeurs de cette catégorie de pays ont expédié des EPI en Ontario à partir de plusieurs endroits au Canada et aux États-Unis.

l'ensemble, à la fin de décembre, le MSGSC avait reçu une valeur d'environ 290 millions de dollars, soit 80 % des quelque 364 millions de dollars d'EPI qu'elle a commandés en 2020. À ce moment-là, les chaînes d'approvisionnement avaient commencé à se stabiliser dans la plupart des catégories, les gants demeurant la catégorie la plus exigeante et constituant la majeure partie de l'écart constaté. **L'annexe 10a** présente une ventilation du coût de l'EPI commandé, et l'**annexe 10b** présente le coût de l'EPI reçu par le MSGSC, avec des totaux cumulatifs mois par mois. **L'annexe 10c** présente une ventilation des quantités d'EPI commandées et **l'annexe 10d** indique les quantités d'EPI reçues par le MSGSC, avec des totaux cumulatifs mois par mois.

Le MSGSC a commandé cet équipement de protection individuelle de 364 millions de dollars aux fournisseurs indiqués à la **figure 16**, qui présente également les livraisons selon la valeur par fournisseur au 31 décembre 2020. L'EPI a été expédié à partir des endroits indiqués à la **figure 17**.

4.2.5 De nouveaux entrepôts et centres de distribution ont dû être loués pendant la pandémie

L'espace d'entreposage dont disposait la province avant la COVID-19 devait être considérablement élargi pour entreposer les commandes beaucoup plus importantes d'EPI reçues et distribuées à partir de la réserve provinciale d'urgence croissante. Le ministère de la Santé, Santé Ontario et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs ont conclu de nouveaux contrats pour la mise en place d'entrepôts et de centres de distribution régionaux. Les modalités des contrats comprennent des composantes fixes et variables pour tenir compte des divers niveaux de stocks tout au long de l'année, et les contrats comportent une option de renouvellement.

Avant la COVID-19, une entreprise appelée Metro Logistics Inc. exploitait deux entrepôts provinciaux pour le compte du ministère de la Santé. Ils sont situés dans la région du Grand Toronto. Alors que la province commençait à acheter des quantités sans précédent d'EPI, elle avait besoin de plus d'espace d'entreposage. Le ministère de la Santé a modifié son contrat existant avec Metro Logistics Inc. pour utiliser six autres entrepôts existants de Metro. Les huit entrepôts provinciaux de Metro Logistics Inc. ont expédié l'EPI principalement aux entrepôts régionaux, mais aussi directement aux destinataires de l'EPI au besoin.

De plus, l'Équipe d'assistance médicale d'urgence (EMAT), qui est un organisme bénéficiaire de paiements de transfert du ministère de la Santé, a fourni du soutien à l'entreposage à l'occasion, au besoin. Le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs a également cherché à obtenir plus d'espace d'entreposage. Le 7 avril 2020, il a conclu un contrat avec une entreprise appelée DSV pour exploiter un dixième entrepôt qui sera utilisé pour les bénéficiaires d'EPI autres que ceux du secteur de la santé.

Le ministère de la Santé et Santé Ontario ont également conclu des contrats avec quatre autres entreprises pour l'entreposage régional et les services d'expédition :

Figure 15a : Bons de commande (BC) émis par le MSGSC pour l'EPI en réserve d'urgence provinciale et reçus par le MSGSC du 21 mars au 30 juin 2020

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Type d'EPI	Montant du bon de commande émis	Montant reçu	% de bons de commande émis reçus
Combinaisons	6 789 204	222 301	3
Écrans faciaux et lunettes de protection	14 573 449	12 696 780	87
Gants	4 970 481	947 316	19
Désinfectant pour les mains	48 261 185	14 143 362	29
Masques	129 287 016	70 354 436	54
Respirateurs N95	4 362 975	1 170 186	27
Autre*	14 015 952	8 373 127	60
Total	222 260 262	107 907 508	
Globalement (%)			49

* Autre comprend les cadres, les bandeaux, les visières, les lingettes désinfectantes et les produits de nettoyage.

Figure 15b : Bons de commande (BC) émis par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (MSGSC) pour la réserve provinciale d'urgence d'EPI et reçus par le MSGSC au 31 décembre 2020

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Type d'EPI	Montant du bon de commande émis	Montant reçu	% de bons de commande émis reçus
Masques	154 936 986	134 403 399	87
Désinfectant pour les mains	91 461 544	88 394 264	97
Gants	59 128 817	14 944 476	25
Écrans faciaux et lunettes de protection	17 363 089	16 412 916	95
Combinaisons	8 468 204	6 589 205	78
Respirateurs N95	4 362 975	2 956 491	68
Autre*	28 551 568	26 678 919	93
Total	364 273 183	290 379 670	
Globalement (%)			80

* Autre comprend les cadres, les bandeaux, les visières, les lingettes désinfectantes et les produits de nettoyage.

- Les Healthcare Materials Management Services (HMMS) exploitent un entrepôt qui expédie principalement l'EPI à l'ouest et au sud de l'Ontario.
- La Stevens Company Limited exploite un entrepôt qui expédie l'équipement de protection individuelle principalement au centre et à l'est de l'Ontario.
- Northern Supply Chain exploite deux entrepôts qui expédient principalement de l'équipement de protection individuelle aux centres du nord de l'Ontario, comme Sudbury et Thunder Bay. La Northern Supply Chain a également exploité temporairement une installation d'entreposage de l'EPI pour le ministère de la Santé, mais cette installation a été abandonnée par la suite.
- Champlain Health Supply Services, qui est détenue et exploitée par des hôpitaux de la région d'Ottawa, exploite trois entrepôts. Le Ministère a pu utiliser temporairement deux des trois entrepôts pour entreposer les EPI jusqu'au

Figure 16 : Vingt principaux fournisseurs d'EPI commandés par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs au 31 décembre 2020

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

N°	Fournisseur	Coût de l'EPI		% de bons de commande émis reçus
		commandé (\$) *	Coût de l'EPI reçu (\$)	
1	Apollo Health & Beauty	62 117 432	62 117 432	100
2	Woodbridge Foam Corporation	31 250 000	31 250 000	100
3	BYD Canada	24 648 000	24 648 000	100
4	PRIMED	21 545 000	9 531 098	44
5	Leading System	18 920 000	16 940 000	90
6	Dental Brands	16 460 000	16 460 000	100
7	G K Chemical	13 932 784	13 425 437	96
8	ClearMask	12 000 000	4 500 360	38
9	Virox Technologies	11 885 980	10 355 417	87
10	Foreman Manufacturing	8 908 700	83 700	1
11	SmartSilk	8 540 000	0	0
12	Fisher Scientific	7 480 580	6 074 095	81
13	Pacer Air Freight	7 396 610	5 247 370	71
14	WPB Holding	7 305 070	0	0
15	Produits Pro Form	6 646 600	6 646 600	100
16	Dynamic Tire	6 385 000	6 385 000	100
17	Applied Lubrication Technology	6 318 507	6 126 007	97
18	Akran Marketing	6 253 360	0	0
19	Canada Goose	5 240 000	5 040 000	96
20	C6 Medical	4 441 656	4 441 656	100
	Autre	76 597 904	61 107 498	80
	Total	364 273 183	290 379 670	80

* Comprends les frais d'expédition.

25 juillet 2020, date à laquelle Stevens Company Limited a pris en charge l'expédition des EPI dans l'est de l'Ontario.

La **figure 18** montre les modalités d'entreposage et de distribution de l'EPI à expédier aux destinataires.

RECOMMANDATION 5

Pour contribuer à renseigner le nouvel organisme ApprovisiOntario sur les pratiques exemplaires en matière d'approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI) pour les secteurs des soins de santé et d'autres secteurs, et pour améliorer la réponse de la

province à tout événement futur comme une pandémie, le ministère de la Santé et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs devraient :

- Collaborer pour tirer des leçons de la création de nouveaux processus d'approvisionnement et centres d'entreposage et de distribution;
- Aider à transférer ces connaissances et à intégrer les leçons apprises et les pratiques exemplaires aux activités d'ApprovisiOntario;
- Réviser le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe afin d'y intégrer les leçons apprises.

Figure 17 : EPI commandé par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs, de mars au 31 décembre 2020

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Pays sources ¹	Coût total (\$)²	% du total
Canada	186 482 243	51
Chine	105 045 973	29
Malaisie	18 558 952	5
États-Unis	7 802 592	2
Chine/Malaisie	3 300 000	1
Mexique	949 000	<1
Thaïlande	798 000	<1
Singapour	740 000	<1
Autre	40 596 423	11
Total	364 273 183	100

1. Les renseignements fournis indiquent un emplacement source à des fins d'expédition. La source d'expédition ne correspond pas toujours à l'endroit où le produit est fabriqué.

2. Comprends les frais d'expédition.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et le ministère de la Santé sont d'accord avec cette recommandation. Les deux ministères examineront les leçons tirées de l'approvisionnement en EPI et intégreront de nouvelles pratiques exemplaires à la création de processus d'approvisionnement et d'entrepôts et centres de distribution. Un plan solide et concerté sera mis en place pour intégrer ces leçons apprises à la planification et aux activités futures d'ApprovisiOntario. Les leçons apprises seront également intégrées au Plan ontarien de santé contre la grippe mis à jour ou au plan ou à l'entente du Ministère le plus approprié pour assurer leur adoption et leur respect à long terme.

4.3 La pandémie a révélé la vulnérabilité de l'Ontario à la perturbation de l'approvisionnement en EPI

4.3.1 La disponibilité des EPI à l'échelle mondiale a considérablement diminué à mesure que la demande a grimpé

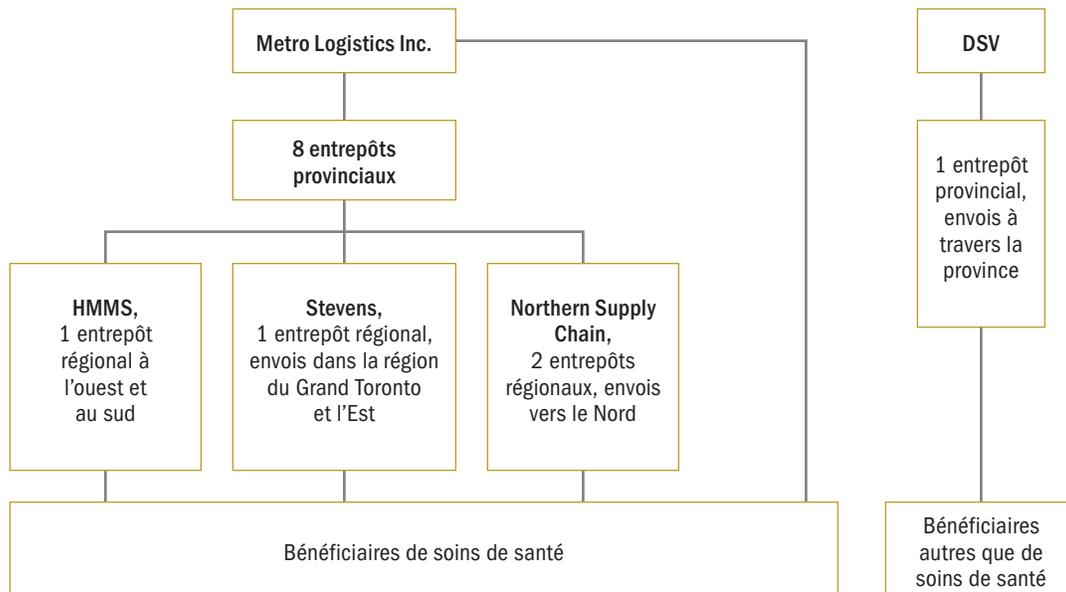
La COVID-19 s'est propagée très rapidement partout dans le monde depuis la Chine; en quelques semaines seulement, des pays du monde entier ont commencé à essayer d'acheter de grandes quantités d'EPI. Le 7 février 2020, l'Organisation mondiale de la Santé a indiqué que la demande mondiale d'EPI avait augmenté de cent pour cent. Les prix étaient jusqu'à 20 fois plus élevés que la normale et les commandes d'EPI étaient en attente de quatre à six mois.

Consultez l'**annexe 11** pour connaître le calendrier des principaux événements liés à la propagation mondiale de la COVID-19, y compris les événements liés à l'interruption de l'approvisionnement en EPI.

En Ontario, de nombreux fournisseurs de soins de santé prévoient des pénuries (voir la **section 4.2.1**), car les fournisseurs imposaient des

Figure 18 : Système de stockage et de distribution de l'EPI provenant de la réserve provinciale d'urgence

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



limites aux montants qu'ils pouvaient commander et la province n'était pas en mesure de clarifier l'approvisionnement et la distribution à partir de sa réserve d'EPI d'urgence. En réaction à la vulnérabilité de l'Ontario à la perturbation de son approvisionnement en EPI, certains fournisseurs de soins de santé de la province ont pris des décisions d'approvisionnement qui ont exigé des efforts et des coûts supplémentaires.

En raison de l'augmentation de la demande mondiale, la disponibilité des EPI à l'échelle mondiale a considérablement diminué pour les raisons suivantes :

- La demande intérieure d'EPI de la Chine a augmenté, de sorte qu'en janvier et février 2020, la Chine a haussé ses importations d'EPI et réduit ses exportations vers le reste du monde. (Comme mentionné à la **section 2.5**, une grande partie de l'équipement de protection individuelle dans le monde est fabriqué en Chine, ce qui représente environ la moitié de l'approvisionnement mondial en respirateurs, par exemple.) Cela réduit l'offre d'équipement médical essentiel disponible sur les marchés mondiaux.
- Le 24 janvier 2020, la plupart des fabricants d'EPI chinois ont réduit considérablement leur production ou l'ont carrément fermé pendant les vacances annuelles du Nouvel An lunaire de sept jours.
- Entre le 4 et le 9 février 2020, le gouvernement fédéral du Canada a expédié 16 tonnes d'EPI de sa réserve nationale d'urgence pour aider la Chine à répondre à sa demande intérieure. Cela a permis de réduire la quantité d'EPI disponible au Canada lorsque les cas de COVID-19 ont commencé à augmenter.
- Le 14 mars 2020, l'Union européenne et le Royaume-Uni ont mis en oeuvre des contrôles rigoureux à l'exportation de leurs EPI fabriqués, empêchant ainsi les exportations. Un des modèles de respirateurs N95 en forte demande en Ontario, comme dans plusieurs pays du monde, était le Model 1870+, qui est fabriqué au Royaume-Uni et qui n'était donc plus disponible auprès de ce pays à partir de cette date. (Ce masque assure un ajustement très serré au visage tout en aidant le porteur à respirer et en assurant un degré élevé de filtration des particules

et des virus nocifs; « N95 » est la classe nominale du respirateur qui indique qu'il est sécuritaire de l'utiliser si l'environnement du porteur est « non huileux », sans particules à base d'huile dans l'air. Lorsqu'ils sont bien ajustés, ces respirateurs devraient filtrer au moins 95 % des particules potentiellement nocives.)

Avec la forte demande mondiale d'EPI, de nombreuses entreprises chinoises non autorisées ont commencé à fabriquer des EPI de moindre qualité pour profiter de la hausse des prix. Après que les acheteurs européens se sont mis à se plaindre des EPI non conformes, le gouvernement chinois a interdit l'exportation d'EPI fabriqué par des entreprises non autorisées le 2 avril 2020.

Sur les 102 entreprises chinoises qui exportaient des EPI jusqu'à maintenant, seulement 21 étaient titulaires d'un permis. Les 81 autres fabricants ont dû demander un permis gouvernemental pour continuer à exporter leurs EPI. Bon nombre de ces fabricants ont ainsi été retirés du marché, car le processus de demande et d'obtention de permis était habituellement compliqué et long.

4.3.2 Les fournisseurs imposaient des limites strictes quant à la quantité d'EPI que les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario pouvaient commander

En janvier 2020, la pénurie mondiale d'EPI a poussé les fournisseurs à imposer des limites strictes sur la quantité d'EPI que les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario pouvaient commander. Les fournisseurs ont attribué l'EPI disponible principalement aux clients existants et, dans certains cas, aux nouveaux clients qui avaient un besoin urgent d'EPI. Les attributions des stocks disponibles étaient fondées sur la proportion des quantités d'EPI que ces fournisseurs de soins de santé avaient achetées avant la COVID-19. Par exemple, à la fin de janvier 2020, le fabricant 3M a avisé les fournisseurs et les fournisseurs de soins de santé en Ontario qu'il commencerait à distribuer des respirateurs N95 fabriqués qui étaient

disponibles en fonction des pourcentages historiques d'approvisionnement et qu'il serait peu probable qu'il accepte des commandes au-delà de ces pourcentages.

Au cours de notre audit, nous avons confirmé auprès de trois des principaux distributeurs de l'Ontario (dont deux sont également des fournisseurs) d'EPI – Cardinal Health, Medline/Medical Mart et Stevens, qui reçoivent tous leurs produits de fabricants comme 3M – qu'ils attribuaient l'EPI en fonction des pourcentages historiques d'achat. Par exemple, si un hôpital ou un foyer de soins de longue durée avait déjà acheté 20 % des stocks d'un fournisseur avant la pandémie, alors ce même hôpital ou foyer de soins de longue durée ne recevrait pas plus de 20 % des stocks d'EPI disponibles du fournisseur pendant la pandémie, lorsque les stocks étaient limités. Ces fournisseurs expliquent que cette approche a été mise en place très tôt dans la pandémie pour prévenir les accumulations et s'assurer que les clients continueront de recevoir des fournitures. Dans une lettre envoyée à ses clients sur l'inventaire des produits, un fournisseur a indiqué que des mesures étaient mises en place pour protéger l'inventaire et soutenir la continuité des services, puisque la demande d'EPI avait considérablement augmenté — de 10 fois et de 28 fois respectivement pour tous les masques faciaux et les respirateurs N95 comparativement à la demande avant la COVID-19.

L'Ontario n'a produit que peu ou pas de son propre équipement de protection individuelle avant la pandémie. Nous avons constaté dans notre rapport de 2007 sur la préparation et la gestion de l'épidémie que les fournitures médicales comme les masques, les gants, les blouses et les désinfectants pour les mains étaient fabriquées pour la plupart à l'étranger dans des pays où la grippe pandémique peut avoir pris naissance et où la fermeture des frontières est possible durant une épidémie mondiale. La **section 4.3.3** traite de la planification de la fabrication des respirateurs N95 en Ontario.

4.3.3 Fabrication d'EPI en Ontario

3M chargée de fabriquer des respirateurs N95 en Ontario

Les respirateurs N95 font partie des EPI les plus essentiels que les travailleurs de première ligne utilisent pour se protéger de la COVID-19.

Le gouvernement de l'Ontario et le gouvernement fédéral ont conclu en août 2020 des ententes distinctes avec 3M Canada pour agrandir son usine de fabrication de Brockville, en Ontario, afin de produire des respirateurs N95 fabriqués en Ontario. Cette démarche avait pour but de réduire le risque d'interruptions de la chaîne d'approvisionnement, qui ont prévalu pendant la pandémie. Les deux ordres de gouvernement se sont engagés à verser une somme égale à l'investissement de 23,3 millions de dollars de 3M pour soutenir les coûts d'immobilisations totaux de 70 millions de dollars de 3M. Les installations agrandies devraient produire 156 millions de respirateurs chaque année pour soutenir la demande du secteur privé, de l'Ontario et du gouvernement fédéral, pendant 5 ans, à compter du début de 2021. L'Ontario recevra 25 millions de respirateurs par année, et 8 millions de plus par année du gouvernement fédéral, ce qui devrait suffire pour répondre aux besoins continus de l'Ontario en matière de respirateurs N95. Les respirateurs de cette réserve seront transférés à la chaîne d'approvisionnement provinciale. Le 7 avril 2021, les premiers envois de respirateurs N95 par l'usine de Brockville ont commencé. Environ 700 000 ont été expédiés dans des établissements de soins de santé, d'enseignement et d'autres établissements du secteur public. En date du 14 juin 2021, le gouvernement ontarien avait expédié plus de 1,5 million de respirateurs N95 fabriqués en Ontario dans divers secteurs.

Avant que ces ententes ne soient conclues, l'entreprise québécoise Medicom a signé une entente de 10 ans avec le gouvernement fédéral pour la fabrication et l'approvisionnement de respirateurs N95 et de masques chirurgicaux à partir d'avril 2020. Les contrats combinés de

Medicom, d'une valeur de plus de 113 millions de dollars, fournissent 24 millions de masques chirurgicaux et 20 millions de respirateurs N95 au gouvernement fédéral chaque année. Ces masques seront entreposés dans la réserve nationale d'urgence et distribués aux provinces au besoin.

PRIMED devra fabriquer des masques chirurgicaux et des masques d'intervention pour l'Ontario

Le Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement a approuvé un approvisionnement concurrentiel accéléré pour 5 ans de masques chirurgicaux et de masques d'intervention d'une valeur maximale de 190 millions de dollars devant être attribués par contrats multiples. Le contrat a fait l'objet d'un appel d'offres le 6 juillet 2020 et le premier proposant de contrat, PRIMED Medical Products, a été annoncé le 16 novembre 2020. Aux termes du contrat, elle doit fabriquer 50 millions de masques chirurgicaux et de masques d'intervention des niveaux 1 et 2 chaque année à Cambridge (Ontario) pendant les 5 années. Deux contrats subséquents ont été adjugés (Canada Masq Corporation et Viva Distribution Canada) au cours de la période visée par cet audit et un 4^e et dernier contrat a fait l'objet d'une diligence raisonnable finale.

Le fonds L'Ontario, ensemble aide les entreprises ontariennes à produire des EPI et des fournitures et équipements essentiels

Le 1^{er} avril 2020, la province a lancé le fonds L'Ontario, ensemble de 50 millions de dollars, qui a été haussé de 50 millions supplémentaires en mars 2021, afin d'aider les entreprises ontariennes à réoutiller leurs activités et à accroître leur capacité de fabrication d'EPI. Il visait tant à contribuer à la réponse continue à la pandémie de COVID-19 qu'à préparer l'Ontario aux futures urgences de santé publique. Les bénéficiaires de la subvention se sont engagés à fabriquer des EPI en Ontario et à ne pas les exporter sans l'autorisation de la province. Toutefois, dans de nombreux cas, la province n'a aucun engagement contractuel en matière d'approvisionnement avec ces entreprises. Au 31 mai 2021, la province avait octroyé 55 millions

de dollars en subventions à 54 entreprises allant de 51 000 \$ à 2,5 millions de dollars par subvention. Voici trois exemples de subventions accordées pour soutenir la production d'EPI :

- Southmedic a reçu 1,8 million de dollars pour l'aider à réoutiller son système de production. Ainsi, elle a pu doubler sa production de masques à oxygène, tripler sa production de masques ETCO₂, qui sert à surveiller la respiration avant l'utilisation du ventilateur, et quadrupler sa production d'écrans oculaires et faciaux. Le financement a également aidé l'entreprise à réorganiser ses installations de production pour permettre l'éloignement physique.
- Sterling Industries a reçu 1 023 325 \$, ce qui lui a permis de faire passer sa production d'écrans faciaux de 200 000 à plus d'un million par semaine. L'entreprise prévoit d'accélérer la livraison de 10 millions d'écrans faciaux au ministère de la Santé.
- SRB Technologies a reçu 59 889 \$ pour aider à convertir une partie de son système de production utilisé pour la fabrication d'éclairage d'urgence dans les secteurs nucléaire, aérospatial, de la construction et de la défense en masques faciaux de qualité médicale. Ils seront fournis aux hôpitaux régionaux et aux établissements de soins de longue durée.

RECOMMANDATION 6

Afin que le gouvernement de l'Ontario, le secteur de la santé et le secteur autre que celui des soins de santé disposent d'un approvisionnement suffisant en équipement de protection individuelle (EPI) pendant et après la pandémie de COVID-19 et pour que l'Ontario soit moins vulnérable aux fluctuations soudaines du marché des prix et de l'approvisionnement, le ministère de la Santé, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et ApprovisiOntario devraient collaborer et utiliser l'information sur l'approvisionnement en EPI et les taux de consommation qu'ils recueillent pour moderniser

le processus de la chaîne d'approvisionnement de l'Ontario (recommandation 3) et améliorer les décisions d'approvisionnement (recommandation 4) pour :

- Analyser, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, l'équilibre optimal entre la fabrication d'EPI au pays et l'approvisionnement en EPI à l'étranger, et utiliser cette information pour prendre des décisions futures;
- Mettre en place des ententes officielles à long terme avec des entreprises nationales qui peuvent être déclenchées en cas d'urgence, dans le cadre desquelles ces entreprises peuvent accroître la production d'EPI pour répondre aux demandes de pointe découlant d'événements sanitaires comme les pandémies.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et le ministère de la Santé sont d'accord avec la recommandation selon laquelle une chaîne d'approvisionnement sécuritaire et résiliente pour les EPI permettra à des secteurs de l'Ontario de disposer d'un approvisionnement suffisant pour répondre à leurs besoins et d'être moins vulnérables aux perturbations de l'approvisionnement mondial et aux fluctuations des conditions du marché. ApprovisiOntario analysera qualitativement et quantitativement l'équilibre optimal entre la fabrication d'EPI au pays et l'approvisionnement d'EPI à l'étranger et utilisera cette information pour prendre des décisions afin d'assurer la sécurité de l'approvisionnement et l'optimisation des ressources.

Le MSGCS a commencé à mettre en place des ententes à long terme pour l'EPI essentiel, y compris des ententes nationales pour les masques chirurgicaux et les respirateurs N95, et il conclura des ententes avec des entreprises nationales qui ont la capacité d'accroître la production d'EPI pour

répondre aux demandes découlant d'une situation d'urgence dans le cadre d'événements de santé futurs comme les pandémies.

4.4 La recommandation du SRAS sur la communication transparente au sujet de l'attribution de l'EPI n'a pas été suivie

La Commission du SRAS a constaté que lors de l'épidémie de SRAS, les directives du gouvernement ontarien sur les respirateurs N95 et d'autres questions liées à la sécurité des travailleurs [traduction] « n'ont pas donné les conseils détaillés dont les travailleurs de la santé, leurs superviseurs et leurs employeurs avaient besoin ». Elle a recommandé que le gouvernement provincial élabore et mette en oeuvre un système de communication efficace pour s'assurer que les travailleurs de la santé de première ligne et les employeurs reçoivent rapidement l'information nécessaire en cas de crise de maladies infectieuses.

Nous avons toutefois constaté que dans sa réponse à la COVID-19, la province ne communiquait pas publiquement les questions relatives à l'attribution d'EPI.

4.4.1 Ni le ministère de la Santé ni le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs n'ont communiqué publiquement leur cadre éthique d'attribution sur la façon dont l'EPI rare serait attribué

Le 5 avril 2020, le gouvernement a établi un sous-groupe relevant du groupe de commandement pour le secteur de la santé appelé « groupe de contrôle »; sa première réunion a eu lieu le 7 avril 2020. Il lui incombait de décider comment les fournisseurs de soins de santé devraient avoir accès à l'EPI en réponse à la COVID-19 et comment cet EPI devrait être distribué. Les membres du groupe de contrôle et leurs affiliations sont indiqués à l'**annexe 3**. Le ministère de la Santé et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs ont codirigé le groupe.

Le 10 avril 2020, un groupe provincial sur la bioéthique composé d'experts indépendants en bioéthique provenant d'établissements de santé, d'universités et d'organisations non gouvernementales a élaboré un cadre éthique d'attribution (le cadre) que le groupe de contrôle devait ensuite utiliser pour orienter ses décisions sur la répartition des EPI pour les périodes où la province risquait de faire face à la rareté des EPI à l'échelle du système. L'**annexe 4** résume les principes qui sous-tendent le cadre.

L'un des principes clés de l'élaboration du cadre consistait à favoriser la confiance, ce qui devrait être réalisé en communiquant le cadre, y compris la justification des critères servant à éclairer les décisions, de façon claire, transparente et rapide. Dans le cadre de notre audit, nous avons examiné la documentation des réunions hebdomadaires du groupe de contrôle depuis sa création et avons constaté que le 23 avril 2020, le groupe de contrôle a présenté une ébauche de stratégie de communication en vue de la diffusion publique du cadre qui visait à [traduction] « appuyer l'affectation éthique, uniforme et rapide de ces fournitures essentielles de l'approvisionnement provincial jusqu'aux endroits où elles sont nécessaires ».

Selon la stratégie de communication, le cadre devait être [traduction] « affiché de façon transparente sur le site Web du ministère de la Santé et distribué aux fins de référence à l'échelle de la province ». Le 14 mai 2020, la diffusion publique du cadre n'a été incluse dans une note de décision du groupe de contrôle que comme l'une des « prochaines étapes »; toutefois, le cadre n'a pas été affiché publiquement sur un site Web ou largement diffusé. Au 31 mai 2021, le cadre n'avait pas été mis en évidence et divulgué publiquement.

Le ministère de la Santé nous a informés qu'il avait l'intention de soumettre le cadre aux intervenants au moyen de présentations personnelles plutôt que de l'afficher publiquement. Nous avons remarqué que le ministère de la Santé et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

avaient présenté le cadre le 2 juin 2020 à Santé communautaire Ontario (qui représente la majorité des organismes sans but lucratif de soins à domicile, de soutien communautaire, de santé mentale, de lutte contre les dépendances et de soins de santé primaires administrés par la collectivité en Ontario), expliquant le processus qui serait suivi pour l'attribution de l'EPI et les critères d'attribution qui seraient utilisés. Bien que d'autres intervenants aient demandé des présentations semblables pour mieux comprendre le cadre, ils nous ont informés qu'ils n'avaient reçu aucune information ni présentation au sujet du cadre.

Contrairement à l'Ontario, la Colombie-Britannique a publié en mars 2020 son cadre de répartition des équipements de protection individuelle (EPI) en cas de pandémie de la COVID-19 dans le cadre de répartition des équipements de protection individuelle (EPI).

Nous avons remarqué que même si l'Ontario n'avait pas rendu public le cadre éthique d'attribution des EPI, il avait rendu public son cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19 le 30 décembre 2020.

4.4.2 Des intervenants sont frustrés par les lacunes dans les communications ministérielles et le manque de transparence concernant l'attribution d'EPI

En mars 2020, le gouvernement a établi le groupe de collaboration comme l'un des sous-groupes relevant du groupe de commandement pour le secteur de la santé. Le groupe de collaboration comprend des représentants de plus de 30 organismes d'intervenants du secteur de la santé et de plusieurs ministères. Il a pour fonction de fournir des mises à jour, de soulever des questions et de formuler des suggestions au ministère de la Santé et à Santé Ontario sur toutes les questions liées à la santé, y compris l'EPI. Les membres du groupe de collaboration et leurs organisations respectives figurent à l'**annexe 12**.

Nous avons examiné le procès-verbal des réunions hebdomadaires tenues par le groupe du 2 avril au 18 juin 2020. Nous avons également interviewé certains membres du groupe de collaboration représentant des organismes du secteur de la santé en Ontario, y compris les soins primaires, les soins infirmiers, les sages-femmes et les ambulanciers paramédicaux, afin de connaître leurs divers points de vue.

Nous avons constaté que tout au long du mois d'avril 2020, les représentants qui assistaient aux réunions hebdomadaires avaient des préoccupations récurrentes et étaient frustrés par les lacunes dans la communication publique concernant l'EPI. Il s'agissait notamment de préoccupations au sujet de l'attribution des fournitures de la réserve provinciale d'EPI d'urgence et plus particulièrement, des processus utilisés pour attribuer l'EPI, des priorités de distribution de la province et de la façon d'y accéder.

À la réunion du groupe de collaboration du 18 juin 2020, le ministère de la Santé a recueilli des commentaires sur la réponse à la pandémie à ce jour. Les membres du groupe ont fait part des principaux problèmes liés à l'EPI, notamment en concluant qu'ils avaient encore besoin de plus de transparence pour l'approvisionnement et l'attribution de l'EPI. Toutefois, le cadre éthique d'attribution des EPI n'a pas été rendu public.

RECOMMANDATION 7

Pour fournir au public des renseignements transparents sur l'approvisionnement et la distribution de l'équipement de protection individuelle (EPI), le ministère de la Santé et le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs devraient :

- Communiquer publiquement le cadre éthique d'attribution des EPI et l'afficher sur leur site Web;
- Intégrer le cadre éthique d'attribution de l'EPI au Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe mis à jour.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et le ministère de la Santé sont d'accord avec cette recommandation et conviennent du besoin de transparence dans les décisions d'attribution et de distribution, lorsque les fournitures sont rares. Le cadre de répartition éthique a été élaboré et adapté pour soutenir les risques particuliers, les vulnérabilités et le contexte associés à cette pandémie. Ce cadre sera communiqué et affiché sur nos sites Web et sera intégré au Plan de santé de l'Ontario en cas de pandémie de grippe ou à d'autres résultats pertinents du Ministère, étant entendu que chaque pandémie ou intervention présente des défis différents et peut nécessiter des interventions différentes en ce qui concerne l'attribution de l'EPI (p. ex. pandémie avec propagation communautaire par opposition à pandémie contenue dans les hôpitaux).

4.4.3 Le groupe de contrôle a suivi le cadre éthique d'attribution des EPI en Ontario

Pour déterminer si le groupe de contrôle a effectivement utilisé le cadre pour effectuer ses attributions hebdomadaires, nous avons examiné les procès-verbaux des réunions, y compris les décisions d'attribution prises au groupe de contrôle, pour établir un échantillon de cinq semaines au cours de la période de pointe de la première vague (avril, mai et juin 2020), et nous avons constaté que le groupe de contrôle a utilisé de façon appropriée le cadre dans toutes les décisions que nous avons examinées. Nous avons également examiné un échantillon de demandes et d'envois du ministère de la Santé au secteur des soins de santé, ainsi qu'un échantillon d'envois du MSGSC au secteur non lié aux soins de santé. Nous avons constaté que le personnel régional distribuait l'EPI conformément aux décisions d'attribution et aux orientations fournies par le groupe de contrôle.

4.5 Les travailleurs de la santé n'étaient pas toujours bien protégés avec l'EPI

En janvier 2017, le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences (le Ministère) a élaboré le Plan d'action sur les maladies professionnelles dans le but de prévenir les expositions dangereuses en milieu de travail et de réduire les maladies et les décès associés aux maladies professionnelles. Les 28 activités à entreprendre dans le cadre du plan comprennent des initiatives et des normes de formation, la détermination et la gestion des risques pour la santé et des stratégies d'application de la loi.

En vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et du Règlement de l'Ontario 67/93 (établissements d'hébergement et de soins de santé), les employeurs sont responsables de la sécurité de leurs employés, notamment de s'assurer que les employés utilisent l'EPI approprié au danger.

Il incombe également aux employeurs d'offrir à leurs employés une formation sur l'utilisation appropriée de l'EPI pour prévenir l'exposition aux infections. Conformément à la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les employeurs du domaine de la santé doivent également se conformer aux directives émises par le médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario. Ces directives prévoient, par exemple, que les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite ont la responsabilité de fournir à leur personnel de l'EPI approprié au danger. Outre la Loi et les directives, Santé publique Ontario donne des recommandations et des pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections pour l'utilisation de l'EPI.

4.5.1 Les ordonnances émises par le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences relativement aux infractions d'EPI en milieu de travail en 2020 ont été multipliées par dix par rapport à 2019

Le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences (le MTFDC) reçoit des plaintes concernant d'éventuelles infractions aux exigences en matière de santé et de sécurité au travail et effectue des enquêtes à cet égard. Si une plainte est fondée, le MTFDC peut ordonner à l'employeur ou à toute autre partie en milieu de travail de se conformer à la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et à ses règlements. Le MTFDC effectue également des inspections des lieux de travail en fonction de facteurs de risque comme leur rendement antérieur en matière de santé et de sécurité au travail et leurs antécédents de conformité.

Nous avons obtenu les 3 729 rapports de visite sur le terrain que le MTFDC a remis aux fournisseurs de soins de santé en 2020 et les 1 384 publiés en 2019. Notre examen de ceux-ci a révélé une double augmentation des ordonnances émises pour des infractions aux EPI comparativement à l'année précédente : le MTFDC a émis 229 ordonnances d'infraction aux EPI à 148 fournisseurs de soins de santé (dont 64 foyers de soins de longue durée et 20 hôpitaux) en 2020, comparativement à seulement 22 ordonnances d'infractions aux EPI (sur un total de 713) émises à 17 fournisseurs de soins de santé en 2019 (un hôpital, un foyer de soins de longue durée et une maison de retraite ayant reçu une ordonnance dans les 2 années). Environ la moitié des 229 ordonnances résultaient d'inspections en raison de plaintes ou d'avis de maladie liée à la COVID-19, tandis que l'autre moitié a été émise à la suite d'inspections fondées sur les risques. La **figure 19** résume cette information. Les violations fréquentes de l'EPI ont résulté d'un manque de formation des employés sur l'utilisation et l'entreposage appropriés de l'EPI pendant les pauses de travail; du manque d'accès des employés à l'EPI approprié (y compris les masques de protection

respiratoire N95) au besoin; et des employeurs qui n'ont pas veillé à ce que les employés reçoivent une formation sur l'utilisation et le port adéquats de l'EPI.

En janvier 2017, le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences (le Ministère) a élaboré le Plan d'action sur les maladies professionnelles dont le but est de prévenir les expositions dangereuses en milieu de travail pour réduire les maladies et les décès associés aux maladies professionnelles. Les 28 activités à entreprendre dans le cadre du plan comprennent des initiatives et des normes de formation, la détermination et la gestion des risques pour la santé et des stratégies d'application de la loi. Le rapport 2019 de notre Bureau sur la santé et la sécurité en milieu de travail renfermait des détails de ce plan et indiquait que le Ministère n'avait mis en oeuvre que la moitié des 28 activités à entreprendre dans le cadre du plan d'ici novembre 2019.

Figure 19 : Ordonnances rendues par le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences pour les infractions liées aux EPI, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020

Source des données : Ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences

Fournisseurs de soins de santé	Infractions liées aux EPI	
	Nombre de fournisseurs	Nombre d'ordonnances
Foyers de soins de longue durée	64	99
Maisons de retraite	41	73
Hôpitaux	20	28
Foyers de groupe	9	12
Services infirmiers	7	9
Organismes et bureaux professionnels.	4	5
Cliniques de traitement et services spécialisés	2	2
Autre	1	1
Total	148	229

RECOMMANDATION 8

Pour réduire le risque d'exposition des fournisseurs de soins de santé et de leurs patients à l'infection et à la maladie par une utilisation et une manipulation plus sécuritaires et efficaces de l'équipement de protection individuelle (EPI) par le personnel, le ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences devrait mener à bien les activités décrites dans le Plan d'action sur les maladies professionnelles (voir l'**annexe 7** de notre rapport d'audit 2019 sur la santé et la sécurité en milieu de travail), évaluer périodiquement l'efficacité du plan et apporter des ajustements au besoin.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à la recommandation et examinera les activités décrites dans le Plan d'action sur les maladies professionnelles (PAMP) pour déterminer l'utilisation et la manipulation plus sécuritaires et efficaces de l'équipement de protection individuelle (EPI) par les travailleurs et s'en servira pour éclairer et mettre à jour la

nouvelle stratégie quinquennale de la Division de la prévention du Ministère qui remplacera le PAMP.

4.5.2 Santé publique Ontario a constaté la prévention des infections et la non-conformité des EPI dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite pendant la pandémie

Santé publique Ontario donne des conseils techniques sur la santé publique au secteur de la santé de l'Ontario dans des domaines comme la prévention et le contrôle des infections (PCI). Cet organisme compte des employés dans sept emplacements qui travaillent avec des fournisseurs de soins de santé et qui peuvent faire appel aux spécialistes de PCI pour former une équipe de visite sur place au besoin. L'équipe visite les installations qui ont demandé de l'aide pour observer les pratiques de PCI et formule des recommandations sur la façon de les améliorer.

Nous avons examiné tous les rapports de Santé publique Ontario remis à 113 fournisseurs de soins de santé entre le 18 mars et le 31 décembre 2020. Chacun avait été préparé pour

Figure 20 : Lacunes dans les pratiques d'EPI observées par Santé publique Ontario dans 79 établissements de soins de longue durée et 34 maisons de retraite, du 18 mars au 31 décembre 2020

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Fournisseur	Soins de longue durée (79 établissements)	Maisons de retraite (34 établissements)	Total
Utilisation inadéquate ou non-utilisation de l'EPI	124	39	163
Mauvaises pratiques de prévention des infections*	55	19	74
Manque d'accès à l'EPI	21	15	36
Formation insuffisante sur l'EPI	25	1	26
Signalisation manquante ou inefficace sur l'utilisation de l'EPI	10	9	19
Utilisation inadéquate ou non de l'EPI/formation insuffisante sur l'EPI	4	0	4
Total	239	83	322

Remarque : Ce tableau a été créé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario à partir d'un examen des lacunes observées en matière d'EPI et des pratiques de prévention et de contrôle des infections relevées dans les rapports de visite sur le terrain publiés par Santé publique Ontario aux fournisseurs de soins de santé.

* Les mauvaises pratiques de prévention des infections comprenaient des problèmes non directement liés à l'utilisation de l'EPI, comme le manque de produits de nettoyage, le manque de personnel d'entretien ménager, le non-respect des pratiques exemplaires en matière d'hygiène des mains et le non-dépistage des visiteurs et du personnel avant qu'ils soient autorisés à entrer dans la maison.

un foyer de soins de longue durée ou une maison de retraite à la recherche de l'expertise de Santé publique Ontario en matière de PCI. Dans ces rapports, nous avons constaté que Santé publique Ontario avait relevé 322 cas de non-conformité à la PCI et à d'autres cas de non-conformité, y compris un manque de formation sur l'utilisation appropriée de l'EPI et des fournitures inadéquates d'EPI. Par exemple, dans un foyer de soins de longue durée, certains membres du personnel ne savaient pas comment mettre et enlever correctement l'EPI. Dans 79 foyers de soins de longue durée, Santé publique Ontario a relevé 239 cas de non-conformité à l'EPI et dans 34 maisons de retraite, 83 cas ont été recensés. La **figure 20** résume les lacunes dans les pratiques d'EPI observées par Santé publique Ontario lors de ses visites.

La **section 4.1** de notre **chapitre 5**, intitulé *Pandémie Préparation et intervention en cas de pandémie en soins de longue durée*, publié en avril 2021, souligne qu'il y avait des lacunes dans la prévention et le contrôle des infections, ainsi que dans la formation du personnel, dans les foyers de soins de longue durée. Ce document cite un sondage de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario effectué auprès d'infirmières et infirmiers travaillant dans des foyers de soins de longue durée dans lequel seulement 21 % des répondants ont déclaré avoir reçu une formation en personne sur l'installation et le retrait de l'EPI.

Étant donné que dans le **chapitre 5**, les recommandations 5, 7 et 8 visent à combler les lacunes des programmes et des pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections, d'inspections sanitaires et de plans d'intervention en cas d'écllosion dans les foyers de soins de longue durée, aucune recommandation concernant l'EPI n'est présentée dans ce rapport.

Annexe 1 : Différents types d'EPI

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec la permission des propriétaires des images



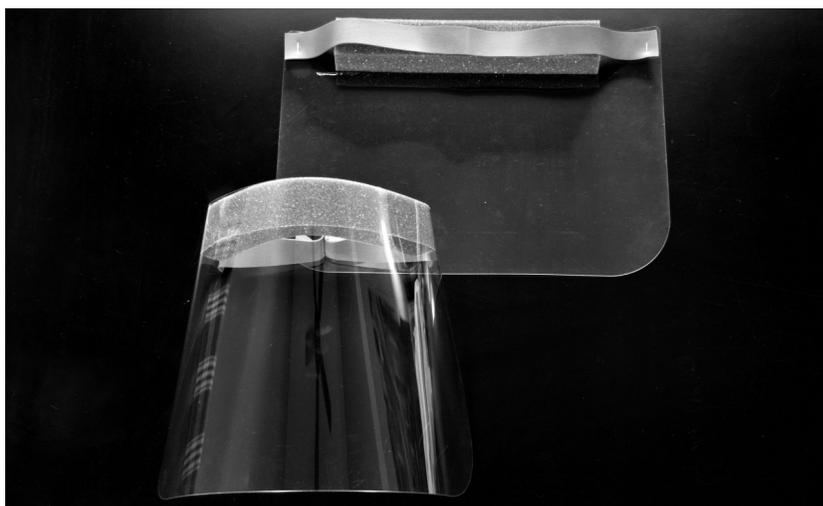
BLOUSES

Protéger le porteur contre la propagation de l'infection et l'empêcher de transférer des micro-organismes qui pourraient nuire aux patients hospitalisés et aux résidents des foyers de soins de longue durée.



GANTS

Protéger les mains et aider à prévenir la propagation des germes des mains du porteur.



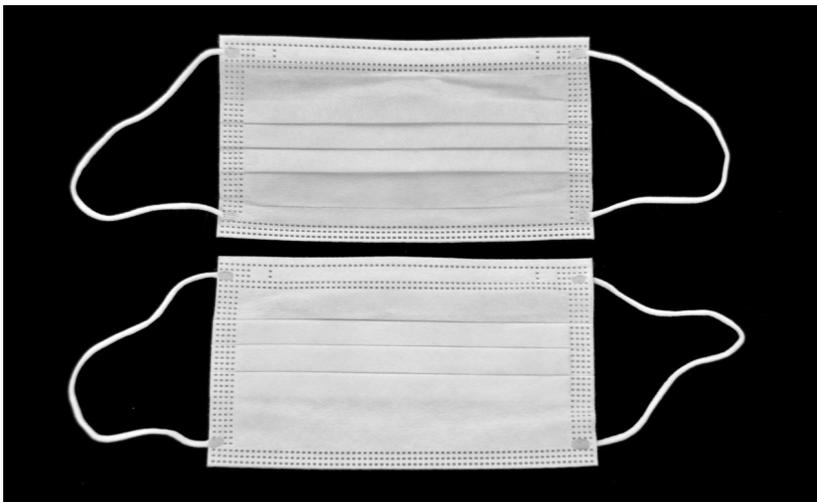
ÉCRANS FACIAUX

Offrir une barrière de protection à la zone faciale, mais ne pas offrir autant de protection faciale, de masques et de respirateurs non médicaux pour empêcher le porteur de transmettre des gouttelettes potentiellement infectieuses qui pourraient nuire à autrui à proximité.



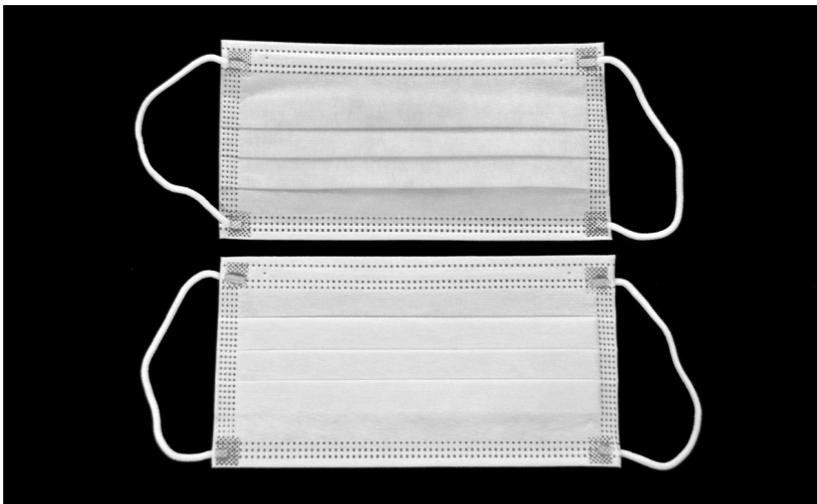
COUVRE-VISAGE OU MASQUES NON MÉDICAUX

Protéger la zone du visage et empêcher le porteur de transmettre des gouttelettes potentiellement infectieuses qui pourraient blesser d'autres personnes à proximité. Convient aux milieux communautaires, de détail et autres lorsqu'il n'est pas possible pour le porteur de se tenir à au moins deux mètres des autres.



MASQUES D'INTERVENTION

Utilisé par les professionnels de la santé pour exécuter les interventions des patients. Ils sont fixés au porteur par des boucles latérales plutôt que par des courroies et protègent les maisons, les cabinets médicaux et les zones d'hôpitaux autres que les salles d'opération.



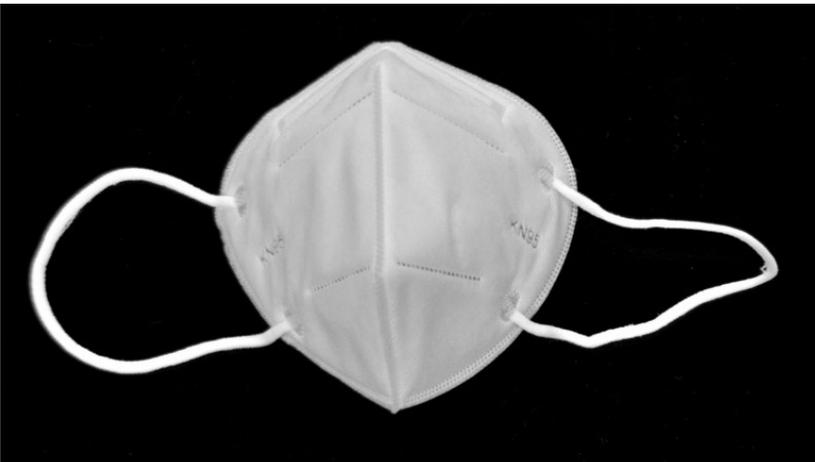
MASQUES CHIRURGICAUX

Utilisés par les professionnels de la santé lors d'interventions chirurgicales pour offrir plus de protection que les masques d'intervention. Ils sont fixés au porteur par des sangles qui fixent le masque au visage et qui sont attachées au-dessus d'un bonnet de chirurgien. Ils offrent une protection contre les risques plus élevés d'exposition aux liquides dans les salles d'opération.



RESPIRATEURS N95

Assurer un ajustement très serré au visage tout en aidant le porteur à respirer et en assurant un degré élevé de filtration des particules nocives et des virus (95 % ou plus). « N95 » est la classe nominale du respirateur qui indique qu'il est sécuritaire de l'utiliser si l'environnement du porteur est « non huileux » – sans particules à base d'huile dans l'air. Il s'agit de la norme pour les masques de protection respiratoire au Canada et aux États-Unis.



RESPIRATEURS KN95

Semblable aux respirateurs N95 en ce sens qu'ils permettent un ajustement facial très serré tout en aidant le porteur à respirer et en assurant un degré élevé de filtration des particules nocives et des virus (95 % ou plus). Ils diffèrent des respirateurs N95 à trois égards :

- 1) Ils constituent la norme pour les masques en Chine.
- 2) Le gouvernement chinois exige des fabricants qu'ils effectuent des essais d'ajustement sur des sujets humains afin de réduire au minimum les fuites. (Les fabricants de N95 ne sont pas tenus d'effectuer des tests d'ajustement, bien que de nombreux organismes de soins de santé qui achètent des respirateurs N95 exigent que leurs travailleurs subissent des tests d'ajustement.)
- 3) Ils doivent respecter des normes de respirabilité légèrement inférieures à celles des respirateurs N95.



Annexe 2 : Directive n° 5 du ministère de la Santé à l'intention des hôpitaux et des foyers de soins de longue durée (également applicable aux maisons de retraite), 7 avril 2021

Source des données : Ministère de la Santé

Précautions et procédures requises

Tous les hôpitaux publics et les foyers de soins de longue durée doivent immédiatement mettre en oeuvre les précautions et les procédures suivantes qui s'appliquent aux membres d'une profession de la santé réglementée aux termes de la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementée*, au service des hôpitaux publics et des foyers de soins de longue durée ou travaillant dans ces établissements, le cas échéant, et toute autre personne employée au service des hôpitaux publics et des foyers de soins de longue durée ou travaillant dans ces établissements (« travailleurs de la santé ») qui des cas suspects, probables ou confirmés de la COVID-19 (patients ou résidents) :

- Les hôpitaux publics et les foyers de soins de longue durée, les professionnels de la santé réglementés et les travailleurs de la santé doivent assurer la conservation et la gestion de l'équipement de protection individuelle (EPI). Les hôpitaux publics et les foyers de soins de longue durée doivent fournir des renseignements sur l'utilisation sécuritaire de l'EPI à tous les professionnels de la santé réglementés et les autres travailleurs de la santé, et tous les professionnels de la santé réglementés et les autres travailleurs de la santé doivent avoir reçu une formation adéquate sur le port et le retrait de l'EPI.
- Les hôpitaux publics et les foyers de soins de longue durée doivent évaluer en permanence l'offre disponible d'EPI. Les hôpitaux publics et les foyers de soins de longue durée doivent étudier tous les moyens possibles pour obtenir et maintenir un approvisionnement suffisant d'EPI.
- Si l'offre d'EPI arrive à un point où les taux d'utilisation indiquent une pénurie éventuelle, le gouvernement et les employeurs, le cas échéant, auront la responsabilité de communiquer le niveau de disponibilité d'EPI et d'élaborer des plans d'urgence, en consultation avec les syndicats concernés, afin d'assurer la sécurité des professionnels de la santé réglementés et des autres travailleurs de la santé.
- L'évaluation des risques organisationnels des hôpitaux publics et des foyers de soins de longue durée doit être continuellement mise à jour afin de s'assurer qu'elle évalue les mesures de contrôle appropriées en matière de santé et de sécurité pour atténuer la transmission des infections, y compris les mesures techniques, administratives et relatives à l'EPI. Cette évaluation doit être communiquée au comité mixte sur la santé et la sécurité au travail, y compris l'examen de l'environnement de l'hôpital ou du foyer de soins de longue durée lorsqu'un changement important se produit.
- Une évaluation des risques au point de service (ERPS) doit être effectuée par tous les professionnels de la santé réglementés avant chaque interaction avec un patient ou un résident dans un hôpital public et un foyer de soins de longue durée.
- Si un professionnel de la santé réglementé détermine, d'après l'ERPS, et selon son jugement professionnel et clinique, et de sa proximité avec le patient ou le résident, qu'un respirateur N95 peut être nécessaire dans le cadre de la prestation de soins ou de services (y compris les interactions), l'hôpital public ou le foyer de soins de longue durée doit alors prévoir que le professionnel de la santé réglementé et les autres travailleurs de la santé présents pour ce patient ou ce résident interagissent avec un respirateur N95 adapté ou une protection équivalente ou supérieure approuvée. L'hôpital public ou le foyer de soins de longue durée ne refusera pas l'accès à un respirateur N95 adapté ou à une protection équivalente ou supérieure approuvée si cela est déterminé par l'ERPS.
- Pour les hôpitaux publics touchés par une éclosion de COVID-19, comme l'a déclaré le médecin-hygiéniste local, et pour les foyers de soins de longue durée ayant un cas de COVID-19 confirmé en laboratoire chez un membre du personnel ou un résident, si un travailleur de la santé entre en contact avec un cas suspect, probable ou confirmé de COVID-19 chez un patient ou un résident où une distance de deux mètres ne peut être assurée, le travailleur de la santé peut déterminer si un respirateur N95 adapté ou une protection équivalente ou supérieure approuvée est nécessaire et doit bénéficier de cette précaution supplémentaire.
- Au minimum, les professionnels de la santé réglementés et les autres travailleurs de la santé travaillant dans un hôpital public ou un foyer de soins de longue durée doivent prendre des précautions contre les contacts et les gouttelettes pour toutes les interactions avec des cas suspects, probables ou confirmés de la COVID-19 (patients ou résidents). Les précautions contre les contacts et les gouttelettes comprennent les gants, les écrans faciaux ou les lunettes de protection, les blouses et les masques chirurgicaux ou de procédure.

- Pour les foyers de soins de longue durée seulement, tous les employés doivent porter en tout temps des masques chirurgicaux ou de procédure pour le contrôle des sources, pendant la durée totale des quarts de travail. Cette mesure est requise, peu importe si le foyer est touché ou non par une éclosion. Lorsque le personnel n'est pas en contact avec les résidents ou dans les aires des résidents pendant les pauses, le personnel peut enlever son masque chirurgical ou de procédure, mais doit rester à deux mètres des autres membres du personnel pour éviter la transmission de la COVID-19 entre membres du personnel. Les visiteurs doivent se couvrir le visage si la visite a lieu à l'extérieur. Si la visite se déroule à l'intérieur, un masque chirurgical ou de procédure doit être porté à tout moment.
- Tous les professionnels de la santé réglementés ou les travailleurs de la santé qui interagissent avec des cas suspects, probables ou confirmés de la COVID-19 (patients ou résidents) où une distance de deux mètres ne peut être assurée doivent avoir accès à un EPI approprié. Cela comprendra l'accès à : des masques chirurgicaux ou de procédure, des respirateurs N95 approuvés par le National Institute for Occupational Safety and Health ou une protection équivalente ou supérieure, des gants, des écrans faciaux avec protection latérale (ou des lunettes de protection) et des blouses d'isolement appropriées.
- L'ERPS effectuée par le professionnel de la santé réglementé devrait inclure la fréquence et la probabilité que des interventions médicales générant des aérosols (IMGA) de routine ou émergentes soient requises. Les respirateurs N95, ou une protection équivalente ou supérieure approuvée, doivent être utilisés par tous les professionnels de la santé réglementés dans la pièce où les IMGA sont effectuées, sont fréquentes ou probables.

Les IMGA comprennent, sans s'y limiter, l'intubation et les procédures connexes (par exemple la ventilation manuelle, l'aspiration endotrachéale ouverte), la réanimation cardiopulmonaire, la bronchoscopie, l'induction de l'expectoration, la ventilation non invasive (c.-à-d., BiPAP), l'aspiration des voies respiratoires/air ouvertes, la ventilation oscillatoire à haute fréquence, les soins de trachéotomie, la thérapie par nébulisation ou administration de médicaments par aérosol, les appareils d'oxygénothérapie chauffés à débit élevé (p. ex. ARVO, optiflow) et soins post-mortem. Tout changement apporté à cette liste doit être fondé sur le rapport technique « Recommandations actualisées en PCI concernant l'utilisation d'équipements de protection individuelle pour la prise en charge des personnes dont l'infection à la COVID-19 est présumée ou confirmée », daté du 29 janvier 2021, avec ses modifications successives, qui a été élaboré par Santé publique Ontario.

Conformément au Règl. de l'Ont. 68/20 pris en application de la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*, les maisons de retraite doivent prendre toutes les mesures raisonnables pour respecter les précautions et procédures requises décrites dans la présente directive.

[...]

Les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les travailleurs de la santé sont également tenus de se conformer aux dispositions applicables de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* et de ses règlements.

Remarque : La directive n° 5 a été diffusée par le médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario. La directive n° 5 initiale était datée du 30 mars 2020 et a été révisée le 8 octobre 2020. Cette version remplace la directive n° 5 datée du 8 octobre 2020.

Annexe 3 : Membres du groupe de contrôle

Source des données : Ministère de la Santé

Nom du membre	Affiliation des membres	Date d'adhésion	État au 31 mars 2021
Heidi Francis , présidente (a été coprésidente jusqu'en octobre 2020)	Sous-ministre délégué, Services communs pour la santé Ontario, ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs	Avril 2020	Encore membre
Fredrika Scarth (coprésidente)	Ministère de la Santé	Avril 2020	N'est plus membre
Catherine Brown	Santé Ontario	Avril 2020	Encore membre
Karen Hughes	Sous-ministre, ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs	Avril 2020	Encore membre
Doug Kent	SMA/président du groupe de gestion de la chaîne d'approvisionnement, ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs	Avril 2020	Encore membre
Dr Tom Stewart	Président-directeur général du système de santé St. Joseph's	Avril 2020	N'est plus membre
Dre Jennifer Gibson	Programme de bioéthique de l'Université de Toronto	Avril 2020	Encore membre
Dr Chris Simpson	Responsable clinique de Santé Ontario	Avril 2020	Encore membre
Dr Gary Garber	Santé publique Ontario, responsable scientifique au Comité consultatif provincial des maladies infectieuses	Avril 2020	N'est plus membre
Shelley Unterlander	SMA, ministère du Solliciteur général	Avril 2020	N'est plus membre
Mena Zaffino	SMA, ministère du Solliciteur général	Août 2020	N'est plus membre
Keith Palmer	SMA, ministère du Solliciteur général	Janv. 2021	Encore membre
Michael Robertson	Directeur, ministère des Soins de longue durée	Avril 2020	Encore membre
Jacqueline Cureton	SMA, ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité	Avril 2020	Encore membre
David Remington	SMA, ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires	Avril 2020	Encore membre
Sophie Dennis	Conseillère spéciale, Relations de travail	Avril 2020	Encore membre
Ron Kelusky	Chef de la prévention, ministère du Travail	Avril 2020	Encore membre
Robert Maisey	Avocat-conseil – Direction des services juridiques, ministère de la Santé	Avril 2020	Encore membre
Sean Court	SMA, Transformation de la santé, ministère de la Santé	Avril 2020	N'est plus membre
Didem Proulx	SMA, ministère de l'Éducation	Août 2020	Encore membre
Sean Keelor	Directeur, ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires	Avril 2020	Encore membre
Kelly Shields	SMA, ministère des Collèges et Universités	Avril 2020	Encore membre
Amy Gartner	Gestionnaire, Intervention contre la pandémie – Modernisation du système de santé publique	Oct. 2020*	Encore membre

Nom du membre	Affiliation des membres	Date d'adhésion	État au 31 mars 2021
Kyle MacIntyre	SMA, Transformation de la santé, ministère de la Santé	Janv. 2021	Encore membre
Clint Shingler	Directeur, Intervention contre la pandémie – Modernisation du système de santé publique	Avril 2020*	N'est plus membre
Sarah Levitt	Gestionnaire, Intervention contre la pandémie – Modernisation du système de santé publique	Oct. 2020*	Encore membre
Justine Hartley	Directrice, Intervention contre la pandémie – Modernisation du système de santé publique	Oct. 2020*	Encore membre

Remarque :

Rôle de soutien seulement - Mirella Orofino, ministère de la Santé (avril 2020 à octobre 2020).

Rôle de soutien seulement - Lilly Whitham, ministère de la Santé (avril 2020 à octobre 2020).

* Auparavant, il était membre du Secrétariat administratif. À compter de janvier 2021, le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs (ancien rôle du ministère de la Santé) a commencé à fournir des services de secrétariat au groupe de contrôle. Cela comprend, sans s'y limiter, l'organisation de réunions, l'élaboration ou la coordination de documents de réunion, le suivi des notes de réunion, des points de décision et des prochaines étapes. Le Secrétariat contribue également à appuyer la gestion des enjeux liés au mandat du groupe de contrôle et aux autres tâches qui lui sont confiées. L'équipe de travail donne des conseils au besoin.

Annexe 4 : Cadre éthique d'attribution en vigueur le 10 avril 2020

Source des données : Ministère de la Santé

PREMIÈRE étape : Confirmer l'offre et le risque

Le groupe de contrôle confirme la compréhension et l'évaluation conjointes du risque au niveau du système et de l'offre disponible au sein des institutions.

DEUXIÈME étape : Volets d'attribution¹ : Principes de répartition primaire²

L'établissement des priorités se fait en équilibrant la **fonction sociétale critique**, la **fonction professionnelle essentielle**, le **risque d'exposition**, la **vulnérabilité d'une population** et le **besoin urgent**³.

Volet 1

- Hôpitaux qui comptent d'abord le plus grand nombre d'hospitalisations liées à la COVID-19 ou de cas ventilés et qui comptent le moins d'effectifs disponibles
- Foyers de soins de longue durée et maisons de retraite, d'abord ceux qui sont en éclosion
- Services de soins de santé offrant des soins essentiels aux patients vulnérables ou dans des milieux où la transmission est à risque élevé (p. ex. soins à domicile et en milieu communautaire, hospice, services de soins de santé pour les Premières Nations ou les populations autochtones, soins primaires pour les plus vulnérables)
- Milieux de vie collectifs en éclosion ou à risque d'éclosion (p. ex. établissements correctionnels, refuges, foyers de groupe, logements communautaires et logements supervisés)
- Ambulance, services médicaux d'urgence, premiers répondants appelés à transporter un cas confirmé, puis autres premiers répondants
- Populations vulnérables présentant un plus grand risque d'exposition, milieux non liés à la santé avec premiers cas suspectés et risque d'exposition plus élevé
- Communautés des Premières Nations qui ont des cas confirmés ou présumés ou qui sont éloignées ou rurales, et organisations autochtones offrant des services de volet 1

Volet 2

- Services de pathologie
- Services de coroner
- Installations de transformation des aliments
- Installations de traitement d'animaux vivants
- Services des déchets, de l'eau et des eaux usées
- Services de transport essentiel
- Services mortuaires
- Services de pharmacie

Volet 3

- Transports en commun
- Inspections, enquêtes et application de la loi
- Agents de probation et de libération conditionnelle
- Société d'aide à l'enfance (c.-à-d. services administratifs, pas de vie collective ou de soins)
- Services aux tribunaux
- Services d'aide aux victimes
- Problèmes liés au bien-être des animaux
- Établissements résidentiels ouverts en raison de la présence d'étudiants étrangers (p. ex. universités, collèges)
- Logistique et distribution

TROISIÈME étape : Appliquer les principes de la répartition secondaire

Passer à l'étape 3 seulement au besoin (c.-à-d. dans une situation de rareté extrême).

Le Centre des opérations d'urgence du Ministère élaborera des plans d'urgence aux fins d'affectation en cas de pénurie extrême.

1. Ces volets ne sont pas statiques; en cas d'éclosion, la priorisation évolue.
2. Ces principes devaient être respectés pour toutes les attributions d'EPI, mais les processus d'attribution d'EPI pouvaient varier d'une région à l'autre de la province.
3. Le besoin urgent doit être évalué comme **faible**, **modéré** ou **élevé**. Les facteurs à considérer pour effectuer ces évaluations sont les suivants : l'offre actuelle d'EPI dans chaque établissement et région; le taux de consommation (le taux de consommation d'EPI); l'utilisation prévue (trois ou sept jours); les cas confirmés de COVID-19 dans une région ou un établissement; le nombre de patients sous ventilation; s'il y a un centre d'évaluation dans la région ou attaché à un établissement; et la population de la région.

Annexe 5 : Critères d'audit

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

1. Des processus efficaces et efficients sont en place pour veiller à ce que la réserve d'équipement de protection individuelle du ministère de la Santé contre la pandémie soit surveillée, entretenue et prête à être utilisée en situation d'urgence.
2. Des processus de production de rapports efficaces et périodiques sont en place pour surveiller l'inventaire de l'équipement de protection individuelle des fournisseurs de soins de santé, y compris leur utilisation et leur approvisionnement, afin de procéder à une acquisition éclairée et à la distribution de la réserve du Ministère en cas de pandémie.
3. La structure de la chaîne d'approvisionnement du secteur des soins de santé de l'Ontario permet de répondre efficacement à la demande accrue d'équipement de protection individuelle en situation d'urgence.
4. Il existe des politiques efficaces pour s'assurer que le Ministère collabore de façon transparente avec le secteur des soins de santé lorsqu'il répond aux besoins en équipement de protection individuelle des fournisseurs de soins de santé pendant la COVID-19 et d'autres situations d'urgence.
5. Il existe des processus efficaces pour s'assurer que les fournisseurs de soins de santé tiennent en tout temps un inventaire suffisant de l'équipement de protection individuelle, afin d'être préparés en cas d'urgence et de fournir une formation adéquate et un accès à l'équipement de protection individuelle.

Annexe 6 : Détérioration associée à un EPI périmé, par type

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI	Détérioration potentielle de l'EPI périmé
Gants	Les matériaux se décomposent au fil du temps, y compris le caoutchouc synthétique et naturel (latex) des gants. Les gants conservés au-delà de leur date d'expiration peuvent devenir cassants et se déchirer ou se fissurer lorsqu'ils sont étirés.
Écrans faciaux	Ce n'est généralement pas l'écran, mais la sangle de tête qui se détériore avec le temps. Une sangle de tête périmée peut devenir cassante et sujette à se briser, ce qui pourrait briser le joint prévu.
Respirateurs N95/KN95	Les sangles sur les masques peuvent devenir cassantes et sujettes à se briser, ce qui pourrait briser le joint prévu.
Lunettes de protection	Les courroies des lunettes de protection peuvent devenir cassantes et susceptibles de se briser, ce qui pourrait briser le joint prévu.
Blouses	Les matériaux deviennent cassants au fil du temps et peuvent se briser ou se fissurer.
Masques chirurgicaux/d'intervention	Les sangles sur les masques peuvent devenir cassantes et sujettes à se briser, ce qui pourrait briser le joint prévu.

Remarque : L'EPI périmé est détruit par une entreprise spécialisée dans les services de destruction. L'EPI ininflammable est détruit par incinération. Les désinfectants pour les mains, qui sont inflammables, ne peuvent pas être incinérés. Ils sont ramassés par l'entreprise de destruction et mélangés à d'autres boues inflammables (comme des peintures ou des adhésifs industriels), puis solidifiés et envoyés dans un site d'enfouissement de déchets dangereux, ou purgés dans de grands volumes de liquides inflammables (comme des alcools) et envoyés comme carburant de remplacement dans des fours de ciment.

Annexe 7 : Résumé des recommandations du groupe d'experts sur la stratégie de la chaîne d'approvisionnement pour le secteur des soins de santé 2017

Source des données : Ministère de la Santé

Recommandations

- 1 Une structure intégrée unique : Renseignements sur l'organisme
- 2 Mandat, portée et échelle de l'entité
- 3 Vers une participation plus complète aux soins de santé
- 4 Un modèle financier et opérationnel robuste
- 5 Renforcer l'engagement clinique
- 6 Renforcer la capacité d'entreprendre un approvisionnement axé sur la valeur
- 7 Acquisition de solutions et de produits novateurs
- 8 S'attaquer au contexte réglementaire
- 9 Cadre d'intégration et d'analyse des données, de rendement et de production de rapports
- 10 Mécanismes de rétroaction, de mobilisation et d'inclusion
- 11 Cadre de traçabilité complète des produits
- 12 Transition vers le nouveau modèle

Annexe 8a : Coût de l'EPI commandé par le ministère de la Santé, de mars à décembre 2020 (\$)

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Combinaisons et blouses	1 656 416	100 060 107	322 420 811	422 546 891	422 546 891	422 546 891	422 546 891	422 546 891	422 546 891	422 546 891
Écrans faciaux et lunettes de protection	3 571 000	38 224 500	38 224 500	38 224 500	38 224 500	38 224 500	38 224 500	38 224 500	38 224 500	38 224 500
Gants	3612 352	20 870 842	87 826 042	87 826 042	87 826 042	87 826 042	87 826 042	87 826 042	87 826 042	87 826 042
Désinfectant pour les mains	0	1 846 650	7 161 933	7 161 933	7 161 933	7 161 933	7 161 933	7 161 933	7 161 933	7 161 933
Masques	53 546 000	101 189 500	117 739 673	117 739 673	120 839 971	120 839 971	120 839 971	120 839 971	120 839 971	123 683 971
Respirateurs N95*	1 405 756	1 725 756	1 752 428	12 120 722	12 845 507	12 845 507	12 845 507	61 402 172	62 581 588	67 793 788
Autre	80 000	3 235 524	3 375 524	3 375 524	3 375 524	3 375 524	3 375 524	3 375 524	3 375 524	3 375 524
Total	63 871 524	267 152 879	578 500 912	688 995 285	692 820 369	692 820 369	692 820 369	741 377 034	742 556 450	750 612 650

* Le ministère de la Santé s'est également procuré 5 millions de respirateurs N95 supplémentaires pour 26,5 millions de dollars le 31 mai 2020 dans le cadre d'une initiative du gouvernement fédéral en dehors du processus d'approvisionnement RUS. Le Ministère a reçu la totalité des 5 millions de respirateurs au 31 décembre 2020.

Annexe 8b : Coût de l'EPI reçu par le ministère de la Santé, de mars à décembre 2020 (\$)

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Combinaisons et blouses	0	1 757 099	13 177 403	30 570 161	74 814 861	121 867 218	177 510 215	251 011 031	346 100 273	370 285 721
Écrans faciaux et lunettes de protection	0	1 890 625	6 316 496	12 216 968	19 609 280	28 244 096	32 019 776	32 085 440	32 085 440	37 931 360
Gants	1 375 619	2 537 454	2 537 454	3 119 534	3 701 614	4 574 734	5 354 734	11 418 551	17 813 173	25 713 769
Désinfectant pour les mains	0	0	1 559 723	7 105 013	7 105 013	7 105 013	7 105 013	7 105 013	7 105 013	7 105 013
Masques	0	9 855 260	26 980 083	46 991 758	61 458 048	77 120 976	84 860 136	100 956 407	107 454 967	115 338 117
Respirateurs N95*	0	168 992	427 889	1 110 046	4 156 131	4 713 095	18 958 691	20 405 248	44 726 439	59 912 585
Autre	0	139 274	289 859	568 239	618 079	2 853 343	2 853 343	2 887 391	2 887 391	2 987 569
Total	1 375 619	16 348 704	51 288 906	101 681 718	171 463 025	246 478 474	328 661 908	425 869 081	558 172 695	619 274 133

* Le ministère de la Santé s'est également procuré 5 millions de respirateurs N95 supplémentaires pour 26,5 millions de dollars le 31 mai 2020 dans le cadre d'une initiative du gouvernement fédéral en dehors du processus d'approvisionnement RUS. Le Ministère a reçu la totalité des 5 millions de respirateurs au 31 décembre 2020.

Annexe 8c : Nombre d'EPI commandés par le ministère de la Santé, de mars à décembre 2020

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Combinaisons et blouses	514 980	9 525 165	29 167 165	42 208 365	42 208 365	42 208 365	42 208 365	42 208 365	42 208 365	42 208 365
Écrans faciaux	1 398 000	12 898 000	12 898 000	12 898 000	12 898 000	12 898 000	12 898 000	12 898 000	12 898 000	12 898 000
Gants	47 371 460	240 897 460	766 974 260	766 974 260	766 974 260	766 974 260	766 974 260	766 974 260	766 974 260	766 974 260
Désinfectant pour les mains	0	158.120	908.512	908.512	908.512	908.512	908.512	908.512	908.512	908.512
Masques	84 400 000	144 246 000	166 046 000	166 046 000	166 492 000	166 492 000	166 492 000	166 492 000	166 492 000	176 492 000
Respirateurs N95*	721.020	741.020	743.760	1 734 680	1 812 340	1 812 341	1 812 342	7 988 380	10 769 940	11 399 940
Autre	4 000	25 791	2 025 791	2 025 791	2 025 791	2 025 791	2 025 791	2 025 791	2 025 791	2 025 791
Total	134 409 460	408 491 556	978 763 488	992 795 608	993 319 268	993 319 269	993 319 270	999 495 308	1 002 276 868	1 012 906 868

* Le ministère de la Santé s'est également procuré 5 millions de respirateurs N95 supplémentaires pour 26,5 millions de dollars le 31 mai 2020 dans le cadre d'une initiative du gouvernement fédéral en dehors du processus d'approvisionnement RUS. Le Ministère a reçu la totalité des 5 millions de respirateurs au 31 décembre 2020.

Annexe 8d : Nombre d'EPI reçus par le ministère de la Santé, de mars à décembre 2020

Source des données : Ministère de la Santé

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Combinaisons et blouses	0	189 575	1 390 323	3 229 259	7 279 113	11 707 142	17 483 029	25 772 155	37 172 190	39 134 808
Écrans faciaux	0	428 375	1 785 555	3 946 715	6 471 035	9 500 795	10 825 595	10 848 635	10 848 635	12 899 835
Gants	9 393 320	22 392 820	22 392 820	30 952 820	39 512 820	52 352 820	58 602 820	120 339 820	182 939 320	250 653 820
Désinfectant pour les mains	0	0	190 800	896 028	896 028	896 028	896 028	896 028	896 028	896 028
Masques	0	15 430 000	36 340 550	66 741 050	86 978 450	110 321 945	119 759 945	143 827 435	154 899 435	169 016 435
Respirateurs N95*	0	52 450	74 940	106 854	478 742	540 546	2 210 666	2 807 366	5 981 833	7 819 064
Autre	0	6 113	178 241	1 304 241	2 016 241	2 017 882	2 017 882	2 017 986	2 017 986	2 018 292
Total	9 393 320	38 499 333	62 353 229	107 176 967	143 632 429	187 337 158	211 795 965	306 509 425	394 755 427	482 438 282

* Le ministère de la Santé s'est également procuré 5 millions de respirateurs N95 supplémentaires pour 26,5 millions de dollars le 31 mai 2020 dans le cadre d'une initiative du gouvernement fédéral en dehors du processus d'approvisionnement RUS. Le Ministère a reçu la totalité des 5 millions de respirateurs au 31 décembre 2020.

Annexe 9 : Nombre d'EPI fournis par le gouvernement du Canada à l'Ontario, cumulatif, de mars à décembre 2020

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Écrans faciaux/ lunettes de protection	0	0	809 472	2 681 074	3 454 610	4 453 642	7 326 026	7 332 826	7 356 051	7 356 051
Gants	0	4 114 830	6 215 830	18 996 980	43 729 980	69 498 180	98 077 180	140 111 580	208 198 180	250 559 180
Blouses/ combinaisons	0	0	119 050	551 826	1 922 119	2 916 223	3 294 453	3 791 263	5 318 507	5 741 007
Désinfectant pour les mains	0	1 581	9 602	403 274	732 014	948 648	948 648	948 648	948 648	948 648
Masques	0	7 632 600	10 066 600	15 616 800	27 798 800	38 840 300	41 306 300	41 323 200	50 494 700	52 343 700
Respirateurs N95	0	160 300	236 843	241 943	1 571 703	4 987 723	7 418 123	7 635 963	14 043 563	14 377 363
Autre	0	426 960	2 585 480	2 962 040	2 968 600	6 860 740	6 860 740	6 860 740	8 659 780	8 659 780
Total	0	12 336 271	20 042 877	41 453 937	82 177 826	128 505 456	165 231 470	208 004 220	295 019 429	339 985 729

Remarque : Le gouvernement de l'Ontario n'a pas eu à payer pour la réserve d'équipement de protection individuelle transférée par le gouvernement fédéral.

Annexe 10a : Coût de l'EPI commandé par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs, de mars à décembre 2020 (\$)

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Combinaisons	0	947 285	5 790 204	6 789 204	6 789 204	6 789 204	6 789 204	8 468 204	8 468 204	8 468 204
Écrans faciaux et lunettes de protection	64 512	14 025 201	14 573 449	14 573 449	14 573 449	14 573 449	14 573 449	16 083 949	16 231 261	17 363 089
Gants	7 700	821 685	4 920 916	4 970 481	5 245 481	41 011 477	49 805 977	49 931 417	59 128 817	59 128 817
Désinfectant pour les mains	11 566 624	46 990 640	47 701 978	48 261 185	48 788 001	48 792 241	62 036 186	75 317 544	76 861 544	91 461 544
Masques	33 340 000	100 789 516	125 327 016	129 287 016	129 287 016	141 202 016	141 383 626	141 383 626	141 383 626	154 936 986
Respirateurs N95	0	4 362 975	4 362 975	4 362 975	4 362 975	4 362 975	4 362 975	4 362 975	4 362 975	4 362 975
Autre*	4 800 000	13 412 114	14 015 952	14 015 952	14 015 952	16 847 874	23 877 157	27 780 018	27 780 018	28 551 568
Total	49 778 836	181 349 416	216 692 490	222 260 262	223 062 078	273 579 236	302 828 574	323 327 733	334 216 445	364 273 183

* Autre comprend les cadres, les bandeaux, les visières, les lingettes désinfectantes et les produits de nettoyage.

Annexe 10b : Coût de l'EPI reçu par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs, de mars à décembre 2020 (\$)

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Combinaisons	0	107 285	115 664	222 301	1 394 585	5 095 885	5 869 206	6 589 205	6 589 205	6 589 205
Écrans faciaux et lunettes de protection	0	2 416 969	8 067 660	12 696 780	13 909 848	14 573 448	14 573 448	14 976 948	16 030 496	16 412 916
Gants	20 938	675 255	901 178	947 316	1 262 276	1 458 607	4 140 895	4 827 494	9 888 059	14 944 476
Désinfectant pour les mains	8 565	2 911 677	12 601 492	14 143 362	14 423 270	23 318 366	39 810 077	46 073 560	62 517 789	88 394 264
Masques	2 789	4 601 041	33 401 261	70 354 436	92 326 410	112 357 214	129 811 905	133 178 212	134 403 399	134 403 399
Respirateurs N95	0	404 043	792 481	1 170 186	2 073 111	2 778 611	2 780 116	2 780 116	2 780 116	2 956 491
Autre*	1 476	2 438 237	4 874 845	8 373 127	9 583 676	11 317 508	17 683 980	20 602 517	24 732 863	26 678 919
Total	33 768	13 554 507	60 754 581	107 907 508	134 973 176	17 0899 639	214 669 627	229 028 052	256 941 927	290 379 670

* Autre comprend les cadres, les bandeaux, les visières, les lingettes désinfectantes et les produits de nettoyage.

Annexe 10c : Nombre d'EPI commandés par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs, de mars à décembre 2020

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Combinaisons	0	106 500	319 100	419 100	419 100	419 100	419 100	649 100	649 100	649 100
Écrans faciaux et lunettes de protection	20 160	3 708 720	3 927 420	3 927 420	3 927 420	3 927 420	3 927 420	4 227 420	4 276 524	4 596 300
Gants	25 000	6 967 300	49 747 700	50 347 700	53 097 700	259 271 700	315 121 700	315 905 700	367 865 700	367 865 700
Désinfectant pour les mains	1 060 000	7 456 196	7 506 236	7 516 419	7 528 245	7 528 302	9 219 902	10 212 642	10 372 642	11 372 642
Masques	17 500 000	73 139 660	98 639 660	102 639 660	102 639 660	109 189 660	109 329 360	109 329 360	109 329 360	114 728 520
Respirateurs N95	0	4 265 000	4 265 000	4 265 000	4 265 000	4 265 000	4 265 000	4 265 000	4 265 000	4 265 000
Autre*	120 000	2 483 103	7 295 671	7 295 671	7 295 671	7 785 899	8 236 279	8 487 783	8 487 783	8 602 887
Total	18 725 160	98 126 479	171 700 787	176 410 970	179 172 796	392 387 081	450 518 761	453 077 005	505 246 109	512 080 149

* Autre comprend les cadres, les bandeaux, les visières, les lingettes désinfectantes et les produits de nettoyage.

Annexe 10d : Nombre d'EPI reçus par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs, de mars à décembre 2020

Source des données : Ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs

Type d'EPI	Vague 1					Vague 2				
	31 mars	30 avril	31 mai	30 juin	31 juillet	31 août	30 sept.	31 oct.	30 nov.	31 déc.
Combinaisons	0	46 500	47 100	50 045	154 830	343 342	381 957	419 100	419 100	419 100
Écrans faciaux et lunettes de protection	0	487 220	1 875 735	3 447 964	3 816 821	3 927 421	3 927 421	3 994 088	4 230 771	4 312 238
Gants	106 007	5 788 221	8 185 121	8 744 902	11 827 902	13 618 832	29 830 732	35 847 504	62 370 058	89 114 202
Désinfectant pour les mains	1 459	429 069	2 375 809	2 428 381	2 513 387	4 333 409	5 736 688	6 365 304	8 108 225	11 214 647
Masques	396	3 026 854	26 436 765	58 212 456	77 067 304	91 279 799	102 413 031	104 107 422	104 676 218	104 676 218
Respirateurs N95	0	87 133	167 133	219 426	1 019 266	2 019 266	2 021 399	2 021 399	2 021 399	2 271 399
Autre*	322	52 907	136 248	285 335	334 644	3 369 604	4 800 252	6 051 256	6 186 812	6 318 629
Total	108 184	9 917 904	39 223 911	73 388 509	96 734 154	118 891 673	149 111 480	158 806 073	188 012 583	218 326 433

* Autre comprend les cadres, les bandeaux, les visières, les lingettes désinfectantes et les produits de nettoyage.

Annexe 11 : Chronologie des principaux événements de propagation mondiale de la COVID-19, de décembre 2019 à décembre 2020

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Date	Événement
8 déc. 2019	Un patient de Wuhan, en Chine, demande l'aide médicale pour des symptômes s'apparentant à une pneumonie, dont la cause a été confirmée par la COVID-19.
31 déc. 2019	Les autorités chinoises informent l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) d'un regroupement de cas de pneumonie de cause inconnue dans la province de Wuhan. Ce regroupement de cas a été identifié par la suite comme la COVID-19.
12 janv. 2020	La Chine partage la séquence génétique de la COVID-19 avec d'autres pays.
13 janv. 2020	L'OMS rapporte le premier cas de COVID-19 hors de la Chine (en Thaïlande).
Mi-janvier	La Chine commence à cesser d'exporter les équipements de protection individuelle (EPI) produits dans ses usines afin de répondre à la demande intérieure croissante.
24 janv. 2020	La plupart des fabricants d'EPI en Chine réduisent leur production ou arrêtent leurs activités pour les vacances annuelles d'une semaine dans le cadre du Nouvel An lunaire.
27 janv. 2020	L'Ontario confirme son premier cas de COVID-19. Le virus est également confirmé dans 13 pays du monde, surtout en Asie.
30 janv. 2020	L'OMS déclare que la COVID-19 constitue une urgence mondiale. Le virus est confirmé dans 20 pays.
7 févr. 2020	L'OMS annonce que la demande mondiale d'EPI a augmenté de 100 fois, avec des prix jusqu'à 20 fois plus élevés que la normale. Les commandes d'EPI sont en attente de quatre à six mois.
9 févr. 2020	Le gouvernement du Canada expédie 16 tonnes d'EPI à la Chine, y compris des vêtements, des écrans faciaux, des masques, des lunettes de protection et des gants.
10 févr. 2020	Le gouvernement chinois commence à importer des EPI d'Europe, du Japon et des États-Unis pour aider à combler un manque à gagner dans son approvisionnement intérieur.
28 févr. 2020	Le ministère de la Santé de l'Ontario met en place le groupe de commandement pour le secteur de la santé afin de donner des conseils au ministère de la Santé, au conseil des ministres et au premier ministre.* Le groupe de commandement de la santé tient sa première réunion.
1 ^{er} mars 2020	La COVID-19 est confirmée dans 64 pays du monde.
2 mars 2020	Le gouvernement provincial a fait sa première demande d'EPI au gouvernement fédéral. L'Ontario a reçu des envois continus d'EPI du gouvernement fédéral à compter de mars 2020.
3 mars 2020	L'OMS prévient qu'une perturbation grave et croissante de l'approvisionnement mondial en EPI – causée par la hausse de la demande, l'achat de panique, l'accumulation de stocks et la mauvaise utilisation – met des vies en danger du fait de la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses. L'OMS appelle l'industrie et les gouvernements à augmenter de 40 % la fabrication d'EPI pour répondre à la demande mondiale croissante.
11 mars 2020	L'OMS déclare qu'il y a pandémie mondiale de COVID-19.
11 mars 2020	L'Ontario enregistre son premier décès attribué à la COVID-19.
12 mars 2020	Le ministère de la Santé communique avec le Réseau universitaire de santé pour obtenir de l'aide dans l'approvisionnement en EPI.
13 mars 2020	Une urgence de santé publique est déclarée au Québec en vertu de la <i>Loi sur la santé publique</i> . Les mesures d'urgence prévues par la Loi sur la santé publique du Québec visent une vaste gamme de secteurs, comme la capacité de fermer les écoles et les garderies et de limiter la taille des rassemblements à l'intérieur.
14 mars 2020	Les membres de l'Union européenne et ses partenaires de libre-échange, dont le Royaume-Uni, mettent en oeuvre un règlement encadrant l'exportation vers d'autres pays d'EPI, dont les respirateurs N95 fabriqués au Royaume-Uni et largement utilisés par les fournisseurs de soins de santé ontariens.

Date	Événement
16 mars 2020	L'Île-du-Prince-Édouard déclare l'état d'urgence de santé publique.
17 mars 2020	L'agent de santé provincial de la Colombie-Britannique déclare que la pandémie de COVID-19 constitue une urgence en vertu de la <i>Public Health Act</i> , ce qui renforce sa capacité de rendre des ordonnances d'urgence.
17 mars 2020	Le gouvernement albertain déclare l'état d'urgence de santé publique.
17 mars 2020	Le gouvernement de l'Ontario déclare une urgence en application du paragraphe 7.0.1 (1) de la <i>Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence</i> .
18 mars 2020	Le gouvernement de la Colombie-Britannique a également déclaré l'état d'urgence en vertu de la <i>Emergency Program Act</i> en vigueur là-bas, ce qui lui a permis de prendre des règlements supplémentaires comme des mesures d'application de la loi en lien avec les rassemblements et les événements.
18 mars 2020	Le gouvernement de la Saskatchewan déclare l'état d'urgence provincial.
18 mars 2020	Terre-Neuve-et-Labrador déclare l'état d'urgence.
18 mars 2020	Les Territoires du Nord-Ouest déclarent l'état d'urgence.
19 mars 2020	Le Nouveau-Brunswick déclare l'état d'urgence.
20 mars 2020	Le gouvernement du Manitoba déclare l'état d'urgence.
21 mars 2020	Le gouvernement de l'Ontario lance le portail Web L'Ontario, ensemble afin de le mettre en contact avec des fabricants, des entrepreneurs et des innovateurs locaux pour approvisionner en fournitures et en équipement essentiels dans le but de soutenir les travailleurs de la santé de première ligne.
22 mars 2020	La Nouvelle-Écosse déclare l'état d'urgence.
24 mars 2020	Le gouvernement de l'Ontario ordonne la fermeture de toutes les entreprises non essentielles de la province.
24 mars 2020	La COVID-19 est confirmée dans 170 pays à travers le monde.
27 mars 2020	Le Yukon déclare l'état d'urgence.
27 mars 2020	Le ministre de la Santé de l'Ontario émet un arrêté sur les fournitures et l'équipement essentiels, en vertu duquel le secteur de la santé doit déclarer quotidiennement son niveau d'inventaire d'EPI.
29 mars 2020	Les Pays-Bas rappellent 600 000 respirateurs N95 venus de Chine en raison de leur piètre qualité : les masques ne s'ajustaient pas bien et les filtres ne fonctionnaient pas correctement.
1 ^{er} avril 2020	Le gouvernement ontarien annonce 50 millions de dollars pour le fonds L'Ontario, ensemble. Le fonds verse des subventions couvrant jusqu'à 75 % des coûts admissibles, jusqu'à concurrence de 2,5 millions de dollars, aux entreprises locales pour qu'elles investissent dans l'équipement et la technologie afin de produire de l'équipement médical ainsi que des fournitures et des services essentiels à l'appui de la santé et de la sécurité des Ontariens et des travailleurs de la santé de première ligne.
1 ^{er} avril 2020	En raison des plaintes d'acheteurs européens qui reçoivent des EPI de qualité inférieure, le gouvernement chinois interdit l'exportation d'EPI par des entreprises non autorisées. Sur les 102 entreprises chinoises qui étaient auparavant autorisées à exporter des EPI, seulement 21 détiennent un permis. Les 81 autres fabricants doivent demander un permis pour continuer à exporter leurs EPI.
3 avril 2020	Les États-Unis invoquent la <i>Defense Production Act</i> pour interdire à 3M et aux autres fabricants d'exporter des EPI au Canada et en Amérique latine.
6 avril 2020	3M conclut une entente avec le gouvernement américain qui permettra l'exportation de respirateurs N95 vers l'Ontario et le reste du Canada.
7 avril 2020	Le groupe de contrôle de la COVID-19 tient une première réunion, dirigée par le ministère des Services gouvernementaux et des Services aux consommateurs et le ministère de la Santé. Le groupe de contrôle doit coordonner la surveillance, l'accès et la distribution des EPI en réponse à la COVID-19.
9 avril 2020	Le ministère de la Santé envoie la première des six notes de service au Secrétariat du Conseil du Trésor pour faire le point sur tous les approvisionnements urgents.
10 avril 2020	Le groupe de contrôle de la COVID-19 commence à attribuer chaque semaine les EPI.
22 avril 2020	L'Ontario demande un soutien militaire pour les foyers de soins de longue durée.
24 avril 2020	Un arrêté d'urgence est émis pour le déploiement des ressources dans les foyers de soins de longue durée.

Date	Événement
27 avril 2020	« Un cadre pour la réouverture de notre province » est publié et établit la disponibilité de l'EPI comme critère de mise à jour des consignes de santé publique. Le premier ministre présente une demande d'aide au gouvernement fédéral pour l'achat d'EPI.
8 mai 2020	Certaines entreprises peuvent rouvrir leurs portes, y compris les jardineries et les pépinières.
14 mai 2020	Dans le cadre du site L'Ontario, ensemble, le gouvernement lance le répertoire des fournisseurs d'EPI en milieu de travail avec 55 fournisseurs présélectionnés pour appuyer la réouverture des entreprises.
14 mai 2020	La diffusion publique du cadre éthique d'attribution est incluse dans une note de décision du groupe de contrôle comme l'une des « prochaines étapes »; toutefois, le cadre n'est pas affiché publiquement sur un site Web ou largement diffusé.
19 mai 2020	L'Ontario amorce l'étape 1 de la réouverture.
20 mai 2020	Le gouvernement fédéral encourage les couvre-visages publics lorsque l'éloignement physique n'est pas possible dans le cadre de la réouverture de l'économie.
8 juin 2020	La ministre de la Santé émet un deuxième arrêté (mis à jour) sur les fournitures et l'équipement essentiels. Cela remplace l'arrêté de la ministre du 24 mars et réduit l'obligation pour le secteur de la santé de déclarer son niveau d'inventaire d'EPI de façon quotidienne à deux fois par semaine.
12 juin 2020	24 bureaux de santé publique amorcent l'étape 2 de la réouverture.
19 juin 2020	Tous les autres bureaux de santé publique (à l'exception de la circonscription sanitaire régionale de Peel, du Bureau de santé publique de Toronto et de Windsor-Essex) passent à l'étape 2 de la réouverture.
24 et 25 juin 2020	La circonscription sanitaire régionale de Peel, le Bureau de santé publique de Toronto et Windsor-Essex (sauf Leamington et Kingsville) amorcent l'étape 2 de la réouverture.
7 juil. 2020	Leamington et Kingsville amorcent l'étape 2 de la réouverture.
17 juil. 2020	24 bureaux régionaux de santé publique amorcent l'étape 3 de la réouverture.
24 juil. 2020	Tous les autres bureaux de santé publique (à l'exception de ceux de Peel, de Toronto et de Windsor-Essex) passent à l'étape 3 de la réouverture.
31 juil. 2020	La circonscription sanitaire régionale de Peel et le Bureau de santé publique de Toronto amorcent l'étape 3 de la réouverture.
5 août 2020	L'Ontario annonce le lancement d'un programme transitoire de soutien aux EPI pour les fournisseurs de services de santé communautaires et les fournisseurs de soins primaires.
10 août 2020	Le MSGSC commence à exécuter les commandes d'EPI à l'appui de la réouverture des écoles, ce qui touche près de 5 000 écoles de la province et près de 2 000 lieux de livraison.
12 août 2020	La région de Windsor-Essex amorce l'étape 3; toutes les régions en sont maintenant à l'étape 3.
21 août 2020	L'Ontario annonce son partenariat avec le gouvernement fédéral et 3M Canada pour une nouvelle installation de fabrication de respirateurs N95. Les installations agrandies devraient produire 156 millions de respirateurs chaque année pour soutenir la demande du secteur privé, de l'Ontario et du gouvernement fédéral à compter du début de 2021.
27 août 2020	Un protocole d'entente (PE) est signé pour officialiser et reconnaître les rôles du ministère de la Santé, de Santé Ontario et du Réseau universitaire de santé dans le processus d'approvisionnement en EPI.
17 sept. 2020	Le groupe de contrôle, qui était coprésidé par le ministère de la Santé et le MSGSC, est désormais présidé uniquement par le MSGSC.
1 ^{er} oct. 2020	L'Ontario entreprend une entente d'un an avec Metro Logistics Inc. pour les services d'entreposage et de distribution.
5 oct. 2020	La directive n° 5 actualisée vise à améliorer les mesures de santé et de sécurité requises pour les patients et les travailleurs du secteur de la santé pendant la deuxième vague de COVID-19. S'applique aux professionnels de la santé réglementés (p. ex. infirmières) et aux travailleurs de la santé (p. ex. préposés aux bénéficiaires) et impose des précautions plus importantes (comme la disponibilité de respirateurs N95 au besoin).
29 oct. 2020	Un soutien provincial est offert aux foyers de soins de longue durée qui ne sont pas en mesure d'obtenir des services d'essai d'ajustement de l'EPI par d'autres moyens.

Date	Événement
5 nov. 2020	ApprovisiOntario est établi à titre d'organisme intégré de la chaîne d'approvisionnement pour moderniser la chaîne d'approvisionnement de l'Ontario.
16 nov. 2020	L'Ontario annonce le premier fournisseur retenu à partir d'un processus d'approvisionnement concurrentiel pour les masques chirurgicaux fabriqués en Ontario : PRIMED Canada.
7 déc. 2020	Le MSGSC lance un projet pilote sur le portail d'approvisionnement en EPI afin d'appuyer la commande d'EPI et de FEE (fournitures et équipement essentiels). Le projet pilote se limite à quatre ministères et le système n'est pas mis en oeuvre pour tous les clients.
10 déc. 2020	La distribution commence pour les fournitures liées à l'administration des vaccins et l'EPI connexe.
30 déc. 2020	La province publie le cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19, qui a été élaboré en partenariat avec le Groupe de travail sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 pour orienter la priorisation et la distribution des vaccins à l'échelle de la province.

Événement lié aux EPI

* Voir le chapitre 2 du *Rapport spécial 2020 sur la préparation et la gestion en lien avec la COVID-19*, du Bureau de la vérificatrice générale : Planification et prise de décisions face à l'écllosion, Annexe 9, pour une liste des sous-groupes formés sous la gouverne du groupe de commandement pour le secteur de la santé.

Annexe 12 : Membres du groupe de collaboration

Source des données : Ministère de la Santé

Nom du membre	Affiliation des membres	Date d'adhésion	État au 31 mars 2021
Helen Angus (présidente)	Sous-ministre, ministère de la Santé	Mars 2020	Encore membre
Alison Blair	Ministère de la Santé	Mars 2020	Encore membre
Melanie Fraser	Ministère de la Santé	Mars 2020	Encore membre
Lisa Levin	AdvantAge	Mars 2020	Encore membre
Kavita Mehta	Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario	Avril 2020	Encore membre
Adrianna Tetley	Alliance Ontario	Mars 2020	N'est plus membre
Sarah Hobbs	Alliance Ontario	Oct. 2020	Encore membre
Adrienne Spafford	Dépendances et santé mentale Ontario	Mars 2020	Encore membre
Julie Toole	Association des sages-femmes de l'Ontario	Mai 2020	Encore membre
Kimberly Moran	Santé mentale pour enfants Ontario	Mars 2020	N'est plus membre
Camille Quenneville	Association canadienne pour la santé mentale, Ontario	Mars 2020	Encore membre
Dr Paul Roumeliotis	Conseil des médecins-hygiénistes	Mars 2020	Encore membre
Sue VanderBent	Home Care Ontario	Mars 2020	Encore membre
Caroline Lidstone	Conseil des soins de santé primaires autochtones	Avril 2020	Encore membre
Dana Cooper	NPAO	Juin 2020	Encore membre
Peter Dundas	Ontario Association of Paramedic Chiefs	Oct. 2020	Encore membre
Leanne Clarke	Ontario College of Family Physicians	Mars 2020	Encore membre
Deborah Simon	Association ontarienne de soutien communautaire	Mars 2020	Encore membre
Michael Hurley	Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario	Mars 2020	Encore membre
Anthony Dale	Association des hôpitaux de l'Ontario	Mars 2020	Encore membre
Tamarah Harel	Association des hôpitaux de l'Ontario	Janv. 2021	Encore membre
Donna Duncan	Ontario Long-Term Care Association	Mars 2020	Encore membre
Wiesia Kubicka	Ontario Long-Term Care Association	Mars 2020	Encore membre
Allan O'Dette	Association médicale de l'Ontario	Mars 2020	Encore membre
Vicki McKenna	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario	Mars 2020	Encore membre
Allan Malek	Ontario Pharmacists Association	Mars 2020	N'est plus membre
Corinne Radake	Ontario Pharmacists Association	Avril 2020	N'est plus membre
Warren Smokey Thomas	Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario	Mars 2020	Encore membre
Cathy Hecimovich	Ontario Retirement Communities Association	Mars 2020	Encore membre
Rhonda Trowell	Professional Association of Residents of Ontario	Juin 2020	Encore membre
Dre Anthea Lafreniere	Professional Association of Residents of Ontario	Avril 2020	N'est plus membre
Henrietta Van Hulle	Association de santé et sécurité des services publics	Mars 2020	Encore membre
Jay O'Neill	Office de réglementation des maisons de retraite	Mars 2020	N'est plus membre
Doris Grinspun	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	Mars 2020	Encore membre
Dianne Martin	Registered Practical Nurses Association of Ontario	Mars 2020	Encore membre
Jacinthe Desaulniers	Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario	Avril 2020	Encore membre
Sue Jones	Société de la thérapie respiratoire de l'Ontario	Mars 2020	N'est plus membre

Nom du membre	Affiliation des membres	Date d'adhésion	État au 31 mars 2021
Sharleen Stewart	SEIU Healthcare	Mars 2020	Encore membre
Alisha Tharani	Centre de toxicomanie et de santé mentale	Mars 2020	Encore membre
Wade Hillier	Office de réglementation des maisons de retraite	Mars 2021	Encore membre
Renata Rea	Société de la thérapie respiratoire de l'Ontario	Févr. 2021	Encore membre
Colleen Geiger (APPSO)	Santé publique Ontario	Sept. 2020	Encore membre
Vanessa Allen	Santé publique Ontario	Sept. 2020	Encore membre
Miranda Ferrier	Ontario Personal Support Workers Association	Avril 2020	N'est plus membre
Katha Fortier	UNIFOR	Janv. 2021	Encore membre
Sophie Dennis	UNIFOR	Nov. 2020	Encore membre
Jim Wright	Association médicale de l'Ontario	Mars 2020	Encore membre
Anna Greenberg	Santé Ontario	Avril 2020	Encore membre
Catherine Brown	Santé Ontario	Avril 2020	Encore membre
Nancy Cupido	Home Care Ontario	Févr. 2021	Encore membre
David Hallet	Ministère de la Santé	Mars 2020	N'est plus membre
Bernita Drenth	Drenth Consultants Inc.	Avril 2020	Encore membre

Remarque : Rôle de soutien seulement – Hanna Ziada, gestionnaire, Direction générale des politiques stratégiques, ministère de la Santé



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

20, rue Dundas Ouest, bureau 1530
Toronto (Ontario)
M5G 2C2
www.auditor.on.ca

ISSN 1911-7078 (En ligne)
ISBN 978-1-4868-5669-5
(PDF, 2021 ed.)

Photos en couverture :
© iStockphoto.com/Juanmonino