



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Audit de l'optimisation
des ressources :
Programme de
vaccination contre
la COVID-19



Novembre 2022

Programme de vaccination contre la COVID-19

1.0 Résumé

Selon l'Organisation mondiale de la Santé et l'Agence de la santé publique du Canada, la vaccination contre la COVID-19 est l'un des moyens les plus efficaces de protéger la population contre les formes sévères de la maladie, les hospitalisations et les décès dus à la COVID-19. L'Ontario a commencé à administrer le vaccin contre la COVID-19 en décembre 2020. À la mi-août 2022, environ 35 millions de doses avaient été administrées aux Ontariens admissibles.

Alors que le gouvernement fédéral était responsable de l'achat des vaccins pour l'ensemble des provinces et territoires, en Ontario, le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général étaient chargés de coordonner la distribution des vaccins contre la COVID-19. Du 1^{er} avril 2020 au 31 mai 2022, les ministères ont dépensé environ 1,5 milliard de dollars pour la distribution des vaccins contre la COVID-19. Les activités comprenaient la distribution des vaccins aux sites de vaccination, la rémunération des vaccinoteurs et autres membres du personnel de soutien aux sites de vaccination, l'élaboration d'un système provincial de prise de rendez-vous et d'une base de données sur l'immunisation pour faire le suivi des stocks de vaccins et des dossiers de vaccination et l'analyse des données sur le programme de vaccination.

La mise en oeuvre d'un programme de vaccination de masse à mesure que la pandémie progressait était, en soi, un défi. Le gouvernement a fait appel à des experts en décembre 2020 pour appuyer

l'élaboration de son plan de vaccination et ses décisions concernant l'établissement des groupes prioritaires face à un approvisionnement limité en vaccins. À la mi-août 2022, plus de 80 % des Ontariens avaient reçu deux doses de vaccin et plus de 50 % avaient reçu une troisième dose ou une dose de rappel, soit des taux correspondant à ceux du Canada dans son ensemble, mais inférieurs à ceux du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Québec.

Notre audit a révélé que le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général n'ont pas toujours adopté les conseils des experts et des intervenants clés, des organismes de soins de santé et des travailleurs de la santé lors de l'élaboration de leurs stratégies de vaccination. Le ministère de la Santé a décidé de ne pas mettre en place une obligation de vaccination pour les travailleurs des hôpitaux, indiquant que sa décision était éclairée par l'analyse des preuves disponibles à ce moment-là par le médecin hygiéniste en chef, mais cette analyse ne nous a pas été fournie. En outre, lors de la détermination des populations à risque élevé dans le cadre de la stratégie des « points chauds » visant à établir un ordre de priorité pour la vaccination lorsque les doses se faisaient rares, le ministère de la Santé (le Ministère) n'a pas appliqué de façon uniforme la méthode de sélection choisie pour toutes les régions selon le code postal. Ainsi, huit quartiers à faible risque ont reçu des vaccins avant les quartiers à risque élevé, et neuf quartiers à risque élevé ont été exclus de la stratégie des points chauds.

Nous avons également appris que, même si la province avait une structure de gouvernance décrivant

les responsabilités et la production de rapports pour la prise de décisions de haut niveau, elle n'établissait pas de rapports hiérarchiques clairs pour les organismes comme les pharmacies, les hôpitaux et les bureaux de santé publique dans le contexte de la vaccination de masse. Cela a entraîné de la confusion dans certaines régions de la province. Nous avons sondé tous les bureaux de santé publique et leur avons demandé s'ils croyaient que le Ministère avait établi clairement les structures de responsabilité pour la distribution des vaccins contre la COVID-19. Parmi les répondants, 67 % ne pensaient pas que ce soit le cas. En outre, l'entité chargée d'enquêter sur les cas de fraude dans les pharmacies de l'Ontario n'a pas été clairement définie. Dans le cadre de deux incidents nécessitant une enquête identifiés par les bureaux de santé publique au cours de l'été 2022, il a fallu attendre une décision de l'équipe juridique du Ministère quant à savoir qui en serait responsable.

Notre travail nous a permis de constater que la province n'était pas toujours efficace dans sa stratégie de communication pour appuyer son programme de vaccination. Notre examen de l'approche adoptée par le Ministère pour communiquer des données de fait au public a révélé un manque d'organisation, de cohérence et de détails sur les avantages des vaccins et de la vaccination contre la COVID-19, ce qui laisse entendre que les Ontariens n'ont peut-être pas été aussi bien informés que possible dans leur prise de décisions. Nous avons constaté que le Ministère a raté des occasions d'éduquer et d'informer le public sur les avantages du vaccin contre la COVID-19. Par exemple, le Ministère n'a pas toujours fourni de renseignements clairs sur la nécessité d'obtenir des doses supplémentaires du vaccin et n'a pas lutté efficacement contre la désinformation au sujet du vaccin. Selon les spécialistes de la santé, l'approche de communication du gouvernement a parfois miné la confiance du public envers la vaccination. Le Ministère n'a pas expliqué clairement et efficacement son approche d'établissement de certains groupes prioritaires pour la vaccination lorsque les doses étaient rares. Il n'a pas non plus clairement répondu aux préoccupations de la population lorsque celle-ci s'appuyait sur des renseignements sans fondement au sujet du vaccin de

Moderna. Cela pourrait avoir contribué à un taux plus élevé de vaccins Moderna gaspillés, alors que celui-ci est à la fois sûr et efficace pour la plupart des groupes d'âge.

Il est essentiel de corriger ces problèmes pour être en mesure de réagir rapidement aux futures éclosions et de mettre en oeuvre les programmes de vaccination à grande échelle qui pourraient être nécessaires.

Voici d'autres problèmes importants relevés dans le cadre de notre audit :

- Des systèmes de prise de rendez-vous de vaccination décentralisés et incohérents ont mené à une certaine confusion et une mauvaise expérience pour l'utilisateur final.** Le ministère de la Santé a lancé le système provincial de prise de rendez-vous pour les vaccins contre la COVID-19 et l'InfoCentre le 15 mars 2021, soit plus de trois mois après l'administration du premier vaccin en Ontario. En plus du système provincial, de nombreux autres systèmes de prise de rendez-vous ont également été utilisés dans différents bureaux de santé publique, pharmacies et hôpitaux. Des mesures de contrôle incohérentes appliquées d'un système à l'autre ont créé des disparités dans l'accès au vaccin et une incapacité à s'assurer que les Ontariens les plus à risque recevaient les vaccins en priorité. Ces nombreux systèmes de prise de rendez-vous ont également encouragé les Ontariens à « magasiner » en prenant plusieurs rendez-vous pour tenter d'obtenir le rendez-vous le plus rapide ou une marque de vaccins précise. Ce phénomène a contribué à environ 227 000 rendez-vous manqués en 2021 et dans le réseau provincial seulement; des rendez-vous dont auraient pu profiter d'autres personnes ayant besoin d'un vaccin. L'absence continue de système centralisé de prise de rendez-vous (en août 2022) accroît le risque que le gaspillage inutile se poursuive à l'avenir, car de tels rendez-vous manqués peuvent entraîner un gaspillage accru des doses de vaccin.
- Le site Web provincial expliquant le processus de prise de rendez-vous pour se faire vacciner**

- contre la COVID-19 n'était proposé qu'en anglais et en français. En comparaison, le site Web de la Colombie-Britannique pouvait être consulté dans 14 autres langues.
- **Les médecins n'ont pas été incités à pratiquer la vaccination dans leurs cabinets.** La structure de rémunération du ministère de la Santé pourrait amener les médecins à préférer travailler dans les cliniques de vaccination de masse plutôt qu'à pratiquer la vaccination dans leur cabinet. Alors que les cabinets de soins primaires ont toujours été un lieu de confiance où les gens se rendent pour recevoir leurs vaccins de routine, en particulier pour les enfants, entre mars 2021 et mai 2022, à peine 3 000 médecins ont facturé à la province leurs services de vaccination contre la COVID-19 dans leurs cabinets alors que plus de 6 000 ont facturé des services liés à la COVID-19 dans des cliniques de vaccination de masse. Les médecins recevaient entre 170 \$ et 220 \$ l'heure pour administrer les vaccins dans les cliniques, contre 13 \$ par dose dans leur propre cabinet.
 - **Les vaccinateurs touchaient une rémunération différente selon leur profession et selon que le lieu de vaccination était administré par un organisme du secteur privé, un hôpital ou un bureau de santé publique.** Les médecins (170 \$ à 220 \$ l'heure) recevaient une rémunération beaucoup plus élevée que le personnel infirmier (32 \$ à 49 \$ l'heure) et les pharmaciens (30 \$ à 57 \$ l'heure) pour avoir offert leurs services dans des lieux administrés par les bureaux de santé publique et les hôpitaux. De plus, les exploitants du secteur privé payaient mieux certains professionnels que les organismes sans but lucratif. Par exemple, nous avons constaté qu'un pharmacien était payé 120 \$ l'heure par un exploitant du secteur privé (Calian) contre 62 \$ l'heure par un exploitant sans but lucratif (Croix-Rouge canadienne). Ni le ministère de la Santé ni le ministère du Solliciteur général n'ont encadré ces pratiques de façon à assurer une rémunération uniforme pour le même travail.
 - **Les données contenues dans la base de données sur les vaccins contre la COVID-19 de l'Ontario n'ont pas été saisies ou validées de façon uniforme.** Le ministère de la Santé n'a pas surveillé régulièrement les dossiers de la base de données sur l'immunisation pour repérer les dossiers inhabituels ou suspects avant décembre 2021. De plus, la fonction de gestion des stocks de la base de données sur l'immunisation n'a pas été intégrée à tous les systèmes de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, ce qui a entraîné des données d'inventaire incomplètes et des saisies manuelles inutiles dans les centres de distribution et les sites de vaccination. Il a donc été difficile pour le Ministère d'avoir une idée précise des stocks afin d'éclairer la prise de commandes et de réduire au minimum le gaspillage. Le Ministère n'a pas non plus profité de l'occasion pour recueillir et analyser des données importantes sur les risques afin de mieux éclairer les futurs efforts de vaccination.
 - **L'absence d'un registre contenant les dossiers de vaccination des Ontariens limite la capacité de la province à s'adapter rapidement aux éclosions futures et actuelles et a obligé le ministère de la Santé à créer une nouvelle base de données sur la COVID-19.** Le ministère de la Santé ne tient pas de dossiers de vaccination sur les Ontariens de tous âges, bien qu'il ait indiqué que cela faisait partie de son plan lors de notre audit de 2014 sur le programme d'immunisation. Entre 2010 et 2021, le Ministère a investi environ 170 millions de dollars en coûts de projet et d'exploitation pour le système Panorama, un registre pancanadien d'immunisation utilisé par les bureaux de santé publique pour consigner des données sur tous les vaccins figurant dans la *Loi sur l'immunisation des élèves*. Les données de Panorama sont toutefois incomplètes, puisque les médecins et les pharmaciens n'ont aucune obligation de déclarer les vaccins administrés aux bureaux de santé publique.

- **Au 30 juin 2022, l'Ontario avait gaspillé au moins 3,4 millions de doses de vaccins contre la COVID-19.** Il aurait été possible de réduire de moitié le gaspillage grâce à de meilleures prévisions sur les doses nécessaires. La province a gaspillé environ 9 % des vaccins fournis par le gouvernement fédéral de décembre 2020 à juin 2022, mais le gaspillage s'est chiffré à 38 % entre février et juin 2022 alors que la demande de doses de rappel était beaucoup plus faible que prévu. Le gaspillage des vaccins s'est même élevé à 20 % et 57 % chez deux organismes du secteur privé engagés par le ministère du Solliciteur général et le ministère de la Santé. Les contrats conclus avec eux ne comprenaient pas de clause portant sur la réduction du gaspillage.
- **La mise en application de l'obligation de vérifier la preuve de vaccination n'a pas été efficace.** Les agents d'exécution devaient s'annoncer au début d'une visite dans les établissements tenus de vérifier la preuve de vaccination des clients, comme les restaurants où il était permis de manger en salle; les agents n'ont donc pas pu observer les activités normales sans l'influence de leur présence ni vérifier si l'entreprise utilisait l'application VérifOntario rendue obligatoire au début de 2022.
- **Le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 n'était pas composé de suffisamment de représentants des bureaux de santé publique, responsables de la mise en oeuvre du programme de vaccination.** Le Groupe d'étude créé en novembre 2020, qui a guidé les premières étapes de la distribution des vaccins contre la COVID-19, n'était pas composé de suffisamment de représentants des bureaux de santé publique. Il a fallu plus d'un mois pour voir la participation du premier représentant d'un bureau de santé publique.

Le présent rapport contient 11 recommandations préconisant 33 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit. Nous reconnaissons que nous approchons de ce qui semble être la fin de la pandémie de COVID-19, mais ces recommandations

devraient être prises en compte dans le contexte des programmes de vaccination à l'appui des prochaines étapes de gestion de cette pandémie et à l'avenir. De plus, elles devraient être intégrées à un plan actualisé d'intervention en cas de pandémie afin que le gouvernement soit en mesure d'intervenir plus rapidement.

Conclusion globale

Notre audit a permis de conclure que le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général avaient établi un plan de vaccination des Ontariens visant à réduire la transmission de la COVID-19 ainsi que les hospitalisations et les décès dus à cette maladie, mais que les priorités du plan n'étaient pas appliquées uniformément dans toutes les régions de l'Ontario.

La stratégie des « points chauds », qui fait partie du plan global de vaccination provincial, a permis de définir les groupes prioritaires les plus à risque d'hospitalisation et de décès dus à la COVID-19 selon les avis de conseillers scientifiques. D'autres facteurs, comme l'ethnicité et la pauvreté, ont été appliqués pour améliorer l'équité. Même si la méthodologie englobait les facteurs de risque pertinents, le ministère de la Santé (le Ministère) ne l'a pas appliquée de façon uniforme. Par conséquent, huit collectivités à faible risque ont été incluses avant d'autres collectivités présentant un risque égal ou supérieur d'hospitalisation ou de décès, de pauvreté ou de concentration ethnique.

En outre, le Ministère n'a pas offert une rémunération uniforme pour le même travail réalisé par les vaccinateurs dans les diverses cliniques de vaccination. Les médecins, le personnel infirmier et les pharmaciens étaient rémunérés différemment pour faire le même travail d'administration des vaccins contre la COVID-19. De plus, en l'absence d'un seul registre d'immunisation intégré, on constate une augmentation des coûts et des risques d'erreur dans la saisie des données au sein de multiples systèmes, une impossibilité de mieux analyser les tendances et d'améliorer la capacité du Ministère à s'adapter rapidement aux futures éclosions.

Nous avons constaté que le processus de prise de rendez-vous pour les vaccins contre la COVID-19 du Ministère n'était pas organisé. L'absence d'un système central de prise de rendez-vous ou d'un système intégré aux autres systèmes de prise de rendez-vous utilisés par les pharmacies et d'autres fournisseurs de soins de santé a encouragé de nombreux Ontariens à prendre plusieurs rendez-vous à la fois. Cela a contribué à de forts taux de rendez-vous manqués, qui auraient pu servir à d'autres personnes.

Le Ministère n'a pas encore déterminé les causes du gaspillage parfois important dans certains bureaux de santé publique, entités du secteur privé qui administraient des cliniques de vaccination et autres exploitants de lieux de vaccination. Alors que la moyenne provinciale de gaspillage de vaccins contre la COVID-19 était d'environ 9 % entre décembre 2020 et juin 2022, une entreprise privée a gaspillé 57 % de ses stocks entre mai 2021 et mai 2022.

Même si, dans une certaine mesure, il était compréhensible que la province ne dispose pas d'un système parfait dès le lancement du programme de vaccination, il est important de corriger les faiblesses que nous avons relevées dans le présent rapport afin d'aider la province à être mieux équipée et préparée pour faire face à une éventuelle hausse de la demande de vaccins contre la COVID-19 et à de futures éclosions.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL

Le ministère de la Santé et celui du Solliciteur général remercient la vérificatrice générale de son travail dans l'élaboration de ce rapport et la formulation de recommandations pour éclairer l'avenir du programme de vaccination contre la COVID-19.

Le déploiement du programme ontarien de vaccination contre la COVID-19 en réponse à la pandémie était sans précédent. La province a travaillé avec le secteur de la santé pour vacciner le plus rapidement possible le plus d'Ontariens contre

la COVID-19, ce qui a permis de sauver des vies et de soutenir la reprise de l'économie.

La campagne de vaccination contre la COVID-19 a nécessité la collaboration et le leadership de nombreux partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux de la province. Les bureaux de santé publique, les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les premiers intervenants et de nombreux autres partenaires et travailleurs de première ligne ont déployé des efforts héroïques pour vacciner des millions d'Ontariens en quelques mois. La province a dirigé ces travaux de manière à sauver le plus de vies possible, notamment en vaccinant en priorité les personnes les plus à risque.

Dans un environnement en évolution constante, le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général ont adapté leurs approches pour tenir compte des renseignements accessibles à l'heure actuelle et ont été guidés par les conseils d'experts, particulièrement en l'absence de consensus scientifique, alors que de nouvelles preuves émergeaient constamment.

Le ministère de la Santé se réjouit de l'idée de continuer à travailler avec ses nombreux partenaires pour offrir aux Ontariens l'accès aux vaccins contre la COVID-19, et s'engage à tirer parti de ses succès à ce jour. Alors que le système de santé est en voie de se redresser et de se stabiliser, le ministère de la Santé compte bien appliquer les leçons tirées de la pandémie et du rapport de la vérificatrice générale. Conformément aux recommandations précises et comme il est indiqué dans les réponses à ces recommandations, ces leçons comprendront : l'élaboration d'un cadre de responsabilisation évolutif pour les situations de santé publique qui nécessitent des vaccins dans le cadre de l'adoption d'une intervention habituelle; l'amélioration des réservations et des processus connexes; l'amélioration des données sur la vaccination et des processus connexes; l'établissement de critères ou de conditions à envisager concernant la réintroduction

des exigences de preuve de vaccination; et l'amélioration continue des communications sur les vaccins.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu des vaccins contre la COVID-19

Selon l'Organisation mondiale de la Santé et l'Agence de la santé publique du Canada, la vaccination contre la COVID-19 est l'un des moyens les plus efficaces de protéger la population contre les formes sévères de la maladie, les hospitalisations et les décès dus à la COVID-19, bien que l'on constate encore des infections chez les personnes vaccinées.

Pendant la pandémie de COVID-19, de multiples variants préoccupants et souvent plus contagieux ont émergé, ce qui a renforcé l'importance de la vaccination. Les plus notables d'entre eux sont les variants Delta et Omicron qui sont plus transmissibles, et le variant Delta qui a entraîné des symptômes plus graves. L'OMS a déclaré Delta comme variant préoccupant le 11 mai 2021 et Omicron le 26 novembre 2021. En février 2022, l'OMS a publié une déclaration sur une nouvelle souche du variant Omicron, devenue la souche la plus dominante au niveau mondial au moment où nous avons terminé cet audit.

2.1.1 Programme de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario

Le Programme de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario a été lancé en décembre 2020. À la mi-juillet 2022, l'Ontario offrait une quatrième dose (aussi appelée deuxième dose de rappel) aux adultes de 18 ans et plus, cinq jours après que la Colombie-Britannique eut fait une annonce similaire. À la mi-août 2022, près de 35 millions de doses du vaccin contre la COVID-19 avaient été administrées en Ontario.

Comme le montre la **figure 1**, au 14 août 2022, environ 82 % des Ontariens âgés de cinq ans et plus avaient reçu un schéma vaccinal complet. L'Agence de la santé publique du Canada entend par là deux doses de vaccins approuvés, dont le Pfizer et/ou le Moderna, et une dose du vaccin de Johnson & Johnson. Environ 50 % des Ontariens avaient reçu leur troisième dose (aussi appelée première dose de rappel) et environ 13,4 % avaient reçu leur quatrième dose. Ces taux étaient relativement conformes ou légèrement supérieurs aux taux nationaux au Canada, qui étaient respectivement de 82 %, 50 % et 12 %.

À la mi-août 2022, l'adoption de la troisième dose dans d'autres pays était de 73 % chez les adultes de 18 ans et plus en Nouvelle-Zélande, de 69 % chez les personnes de 12 ans et plus au Royaume-Uni et de 72 % chez les personnes de 16 ans et plus en Australie, ce qui est supérieur au taux de 61 % chez les adultes de 18 ans et plus observé en Ontario.

2.1.2 Rôles et responsabilités en matière de distribution des vaccins contre la COVID-19 en Ontario

Le gouvernement fédéral a la responsabilité d'approuver l'utilisation des vaccins au Canada ainsi que d'acheter puis d'attribuer des vaccins aux provinces et aux territoires. En février 2022, l'utilisation de six vaccins a été approuvée au Canada; soit ceux d'AstraZeneca, de Janssen, de Moderna, de Pfizer-BioNTech ainsi que de Medicago et de Novavax, bien que peu de doses des deux derniers vaccins aient été administrées aux Ontariens à ce jour. Les vaccins Medicago et Novavax s'adressent principalement à ceux qui ne peuvent pas recevoir les vaccins Pfizer ou Moderna, souvent en raison d'ingrédients pouvant provoquer des réactions indésirables. L'**annexe 1** résume les taux d'efficacité et les effets secondaires des vaccins les plus couramment utilisés.

En Ontario, le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général assument ensemble la responsabilité de fournir les vaccins contre la COVID-19 aux Ontariens. La participation du ministère du Solliciteur général est liée à son rôle dans les

Figure 1 : Pourcentage de la population de cinq ans et plus vaccinée contre la COVID-19, au 14 août 2022 (%)

Source des données : Agence de la santé publique du Canada

Province ou territoire	Schéma vaccinal complet ¹	Trois doses (ou première dose de rappel)	Quatre doses (ou deuxième dose de rappel)
Terre-Neuve-et-Labrador	92,4	57,6	7,6
Île-du-Prince-Édouard	88	51,4	15,1
Nouvelle-Écosse	86,6	54,2	11,1
Nouveau-Brunswick	84	50,7	15,3
Colombie-Britannique	83,8	53,1	9,1
Québec	83,2	52,3	14,9
Yukon	82,2	48,3	12,3
Ontario	82	50,4	13,4
Manitoba	80,1	44,5	11,3
Territoires du Nord-Ouest	77,2	41,9	4
Saskatchewan	77	42,8	12
Alberta	76,8	38,8	8,5
Nunavut	74,7	38	s.o. 2
Canada	82	49,6	12,4

1. Primovaccination terminée – personne auparavant désignée « entièrement vacciné(e) » – avec deux doses de vaccin Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Novavax ou Medicago, ou une dose de Janssen. Les personnes modérément ou sévèrement immunodéprimées doivent recevoir une dose supplémentaire d'un vaccin à ARNm pour être considérées comme entièrement vaccinées.

2. Données non disponibles selon l'Agence de la santé publique du Canada.

interventions d'urgence et la sécurité communautaire. Le ministère de la Santé a coordonné et soutenu les 34 bureaux de santé publique, qui ont établi des partenariats avec des hôpitaux, des cabinets de médecins et d'autres établissements de soins primaires comme les centres de santé communautaire, les lieux de travail et les foyers de soins de longue durée. Les pharmacies ont commencé la vaccination un peu plus tard, en mars 2021, et assuraient encore ce service lorsque nous avons terminé cet audit.

La **figure 2** montre les parties qui participent à la planification, au financement et à la distribution des vaccins contre la COVID-19, ainsi qu'à leur administration en Ontario. L'**annexe 2** décrit plus en détail le rôle de chaque partie.

Au 31 mai 2022, le ministère de la Santé et celui du Solliciteur général avaient engagé 1,5 milliard de dollars de dépenses pour le programme de vaccination contre la COVID-19. L'**annexe 3** présente une ventilation de ces coûts.

2.2 Approvisionnement et distribution des vaccins

2.2.1 Transport, entreposage et durée de conservation des vaccins

Les vaccins fournis par le gouvernement fédéral sont manipulés par plusieurs parties, y compris le personnel des entrepôts et des distributeurs du secteur privé sous contrat avec le gouvernement, avant d'arriver sur les lieux de vaccination, comme le montre la **figure 3**.

Les vaccins doivent être maintenus à des températures très froides en tout temps, y compris pendant le transport. Ces températures varient selon la marque du vaccin. Les conseils sur les températures de conservation des vaccins, en particulier le Pfizer, ont changé depuis le début de la distribution des vaccins, passant de températures extrêmement basses tout au début à des températures de congélation normales plus tard.

Figure 2 : Le gouvernement de l'Ontario et ses partenaires participent à la distribution de vaccins contre la COVID-19 en Ontario

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

Fédéral	Provincial	Régional/local
<ul style="list-style-type: none"> • Services publics et Approvisionnement Canada • Comité consultatif national de l'immunisation • Agence de la santé publique du Canada • Santé Canada 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé¹ • Ministère du Solliciteur général¹ • Ministère des Services au public et aux entreprises • Autres ministères • Santé publique Ontario • Santé Ontario • Groupe d'étude ministériel sur la distribution des vaccins contre la COVID-19² • Ontario COVID-19 Science Advisory Table³ • Comité consultatif ontarien de l'immunisation • Children's Vaccine Table 	<ul style="list-style-type: none"> • Bureaux de santé publique • Pharmacies • Établissements de soins primaires • Hôpitaux • Équipes de Santé Ontario • Employeurs et autres tierces parties⁴ • Fournisseurs tiers de services logistiques et de mise en entropôt

Note : L'annexe 2 présente les rôles clés de chacune de ces entités.

1. Principales entités auditées dans le cadre de cet audit.

2. Organisation présidée par un retraité.

3. Organisme faisant partie de Santé publique Ontario depuis le 4 avril 2022. Dissolution à compter du 6 septembre 2022

4. Exemples : Croix-Rouge canadienne, Medavie, Ornge et Switch Health.

2.2.2 Plan de vaccination en trois phases de l'Ontario

En décembre 2020, l'Ontario a élaboré son plan initial de vaccination intitulé le Plan de vaccination en trois phases de l'Ontario. Il était fondé sur le Cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19 de l'Ontario.

Le Cadre éthique

Le Cadre éthique énonce les principes généraux de distribution des vaccins. Il met l'accent sur la réduction des effets néfastes et l'optimisation des bienfaits en réduisant de façon générale les maladies et les décès liés à la COVID-19 et en protégeant les personnes les plus à risque, plus précisément, en accordant la priorité aux personnes les plus à risque de maladies graves et de décès dus à la COVID-19 et aux personnes qui s'occupent d'elles. Il souligne également l'importance

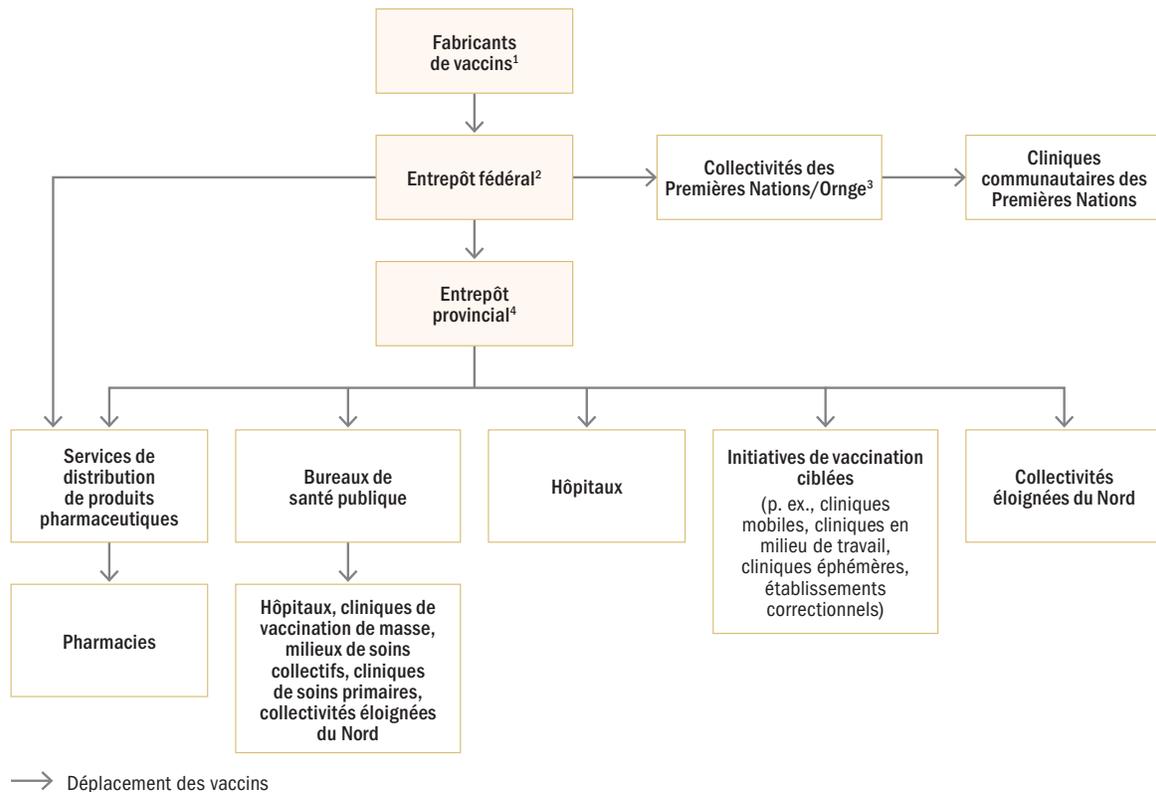
de l'équité, ce qui signifie distribuer les vaccins d'une manière qui atténue les disparités systémiques susceptibles de désavantager certaines personnes, notamment en fonction de la race, l'ethnicité, le sexe et le statut socioéconomique. Le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 (voir l'annexe 4 pour la liste complète des membres) et l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table (Science Table) (voir l'annexe 5 pour la liste complète des membres) ont fourni des commentaires sur ce cadre, qui comprenait six principes, comme le montre la figure 4. Le Groupe d'étude devait rendre des comptes au ministère de la Santé et au ministère du Solliciteur général.

La première dose

Le plan initial de vaccination avec la « première dose » était guidé par les objectifs généraux de prévention des décès, des maladies, des hospitalisations et des

Figure 3 : Aperçu du processus de distribution des vaccins en Ontario, mars 2022

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



1. Tous les vaccins livrés en Ontario ont été approuvés par Santé Canada et achetés par le gouvernement fédéral.
2. L'entrepôt fédéral est exploité par Innomar Strategies, qui fournit des services de soutien logistique et de chaîne d'approvisionnement pour l'expédition de vaccins.
3. Ornge (le fournisseur de services d'ambulance aérienne en Ontario) et un fournisseur de transport fédéral sont responsables du transport des vaccins dans le Nord de l'Ontario principalement par camion et parfois par avion.
4. L'entrepôt provincial est exploité par Andlauer Healthcare Group, qui fournit des services de soutien logistique et de chaîne d'approvisionnement pour l'expédition de vaccins.

admissions en unités de soins intensifs et de réduction de la transmission. La grande priorité en Ontario était de faire vacciner les professionnels de la santé qui fournissent des soins directs ainsi que le personnel hospitalier, y compris ceux qui ne fournissent pas de soins directs, comme le personnel des services de soutien hospitaliers dans les services d'entretien ou d'enregistrement des patients, en raison de leur risque de contracter la COVID-19. Par la suite, des groupes prioritaires ont été établis en fonction du risque d'exposition à la COVID-19 et de décès résultant de la maladie, à commencer par les résidents des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite à risque élevé, ainsi que les travailleurs et aînés en milieux de vie collectifs. La **figure 5** montre les points

saillants du plan provincial d'administration des premières doses de vaccins contre la COVID-19 en Ontario.

Les deuxième, troisième et quatrième doses

L'échéancier de l'Ontario pour l'admissibilité à la deuxième dose suivait un calendrier de priorité semblable au plan en trois phases pour la première dose. À la fin mai 2021, alors que les deux tiers des adultes de l'Ontario avaient reçu au moins une dose et que l'approvisionnement en vaccins était devenu constant, le ministère de la Santé a commencé à proposer des rendez-vous pour la deuxième dose à un intervalle de quatre semaines ou plus après la première dose pour les vaccins Pfizer ou Moderna

Figure 4 : Éléments du Cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec les renseignements transmis par le ministère de la Santé

Réduire les préjudices et optimiser les avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire de façon générale les maladies et les décès liés à la COVID-19 • Protéger les personnes les plus à risque de maladies graves et de décès attribuables à des facteurs biologiques, sociaux, géographiques et professionnels • Protéger les infrastructures essentielles • Promouvoir le bien-être social et économique
Équité	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter l'équité quant aux valeurs morales et aux droits de la personne de chacun • Distribuer des vaccins sans stigmatisation, préjugés ou discrimination • Ne pas créer de disparités en matière de maladies et de décès liés à la COVID-19, y compris les disparités quant aux déterminants sociaux de la santé liés au risque de maladies et de décès liés à la COVID-19, et s'employer activement à les réduire* • Veiller à ce que les groupes les plus lourdement touchés par la pandémie de COVID-19 tirent des avantages
Traitement équitable	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que chaque personne d'un groupe de priorité égale (et pour qui les vaccins sont considérés sans risque et efficaces) ait une chance égale d'être vaccinée • S'assurer que l'ambiguïté relative aux compétences n'entrave pas la distribution des vaccins • Assurer des processus inclusifs, uniformes, culturellement appropriés et sécuritaires pour la prise de décisions, la mise en oeuvre et la communication
Transparence	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les principes et les justifications sous-jacents, les processus décisionnels et les plans de priorisation et de distribution des vaccins contre la COVID-19 soient clairs, compréhensibles et communiqués au public
Légitimité	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre des décisions fondées sur les meilleures preuves scientifiques disponibles, les valeurs partagées et les commentaires des parties concernées, y compris celles qui sont traditionnellement sous-représentées • Tenir compte de la faisabilité et de la viabilité pour mieux s'assurer que les décisions ont les répercussions voulues • Dans la mesure du possible, compte tenu de l'urgence de la nécessité de distribuer les vaccins, faciliter la participation des parties concernées à la prise de décisions, à l'élaboration des processus décisionnels et à leur examen
Confiance du public	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les décisions et les processus décisionnels s'appuient sur les principes susmentionnés pour faire progresser les relations de cohésion sociale et renforcer la confiance du public à l'égard du programme de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario

* Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs non médicaux qui influent sur les résultats pour la santé, notamment le revenu, le niveau de scolarité ou l'emploi d'une personne.

et de 10 semaines pour l'AstraZeneca (intervalle passé ensuite à 12 semaines). La **figure 6** montre le calendrier d'administration de la deuxième dose.

Le Ministère a commencé à proposer la troisième dose du vaccin aux groupes à risque élevé, notamment les personnes modérément ou sévèrement immunodéprimées et celles âgées de 70 ans et plus, en septembre et en novembre 2021, respectivement, et a ouvert la vaccination à toutes les personnes de 18 ans et plus en décembre 2021, puis aux personnes âgées

de 12 à 18 ans en février 2022. En comparaison, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont toutes deux proposé la troisième dose aux adultes de 18 ans et plus à partir de janvier 2022 et aux personnes âgées de 12 à 18 ans en février 2022.

À la fin de décembre 2021, le Ministère a commencé à proposer la quatrième dose aux populations vulnérables, y compris les résidents des foyers de soins de longue durée et de résidences avec services. En avril 2022, il a élargi l'offre aux personnes de

Figure 5 : Plan de vaccination en trois phases de l'Ontario, décembre 2020

Source des données : Ministère de la Santé

Phase	1. Populations à risque élevé	2. Livraisons massives de vaccins	3. État stable ¹
Nombre de personnes	1,8 million	9 millions	Non précisé
Période visée	Décembre 2020 à mars 2021	Avril 2021 à juin 2021	À compter de juillet 2021
Populations admissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Hébergements collectifs pour les aînés • Travailleurs de la santé à risque élevé (c.-à-d., contact direct avec le client) • Premières Nations, Métis et Inuits adultes • Adultes recevant des soins chroniques à domicile • Adultes de 80 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> • Adultes de 55 ans et plus, par tranches décroissantes (c.-à-d., adultes de 50 ans et plus, puis adultes de 40 ans et plus, puis de 18 ans et plus) • Milieux collectifs à haut risque • Personnes ayant certains problèmes de santé² • Certains aidants essentiels • Personnes résidant dans des collectivités constituant des points chauds • Personnes ne pouvant travailler de la maison 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les autres Ontariens admissibles
Modes de prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniques en milieu hospitalier • Équipes mobiles • Cliniques sur place, y compris les cliniques de vaccination de masse 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipes mobiles • Cliniques sur place, y compris les cliniques de vaccination de masse • Pharmacies • Établissements de soins primaires • Cliniques éphémères • Cliniques en milieu de travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipes mobiles • Cliniques sur place, y compris les cliniques de vaccination de masse • Pharmacies • Établissements de soins primaires • Cliniques éphémères

1. La province prévoyait élargir la couverture à toute autre personne qui souhaitait être vaccinée et les lieux de vaccination aux lieux où les vaccins contre la grippe sont administrés, comme les pharmacies et les cabinets de médecins.
2. Au cours de cette phase, les personnes présentant certains problèmes de santé ont été jugées prioritaires en fonction de la gravité de leur état de santé afin de permettre la vaccination des groupes suivants, à compter des dates suivantes :
 - Au cours de la semaine du 26 avril 2021, les personnes présentant les « problèmes de santé les plus à risque », comme les receveurs d'une greffe d'organe et les femmes enceintes.
 - Au cours de la semaine du 3 mai 2021, les personnes ayant un « problème de santé à risque élevé » comme celles qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble du développement, celles qui subissent des traitements de chimiothérapie ou celles qui prennent des médicaments affaiblissant leur système immunitaire.
 - Au cours de la semaine du 10 mai 2021, les personnes ayant des « problèmes de santé à risque » comme celles atteintes de diabète, d'une maladie cardiaque ou d'un cancer.

plus de 60 ans ainsi qu'aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis et aux membres non autochtones de leur foyer âgés de 18 ans et plus, puis aux adultes âgés de 18 à 59 ans en juillet 2022.

En septembre 2022, l'Ontario a commencé à proposer un nouveau vaccin « bivalent » contre la COVID-19, d'abord aux personnes de 70 ans et plus et aux autres populations vulnérables et plus tard ce même mois à toute personne de 18 ans et plus.

Le vaccin bivalent contre la COVID-19 contient une composante de la souche d'origine du virus afin d'offrir une protection générale contre la COVID-19, et une autre composante pour offrir une meilleure protection contre le variant Omicron.

Vaccination des peuples autochtones de l'Ontario

L'opération Remote Immunity était un plan de collaboration élaboré par le gouvernement fédéral,

Figure 6 : Calendrier d'admissibilité à la deuxième dose de l'Ontario

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec les renseignements transmis par le ministère de la Santé

À partir de la semaine du	Critères d'admissibilité
31 mai 2021*	Personnes de 80 ans et plus
4 juin 2021	Personnes de 70 ans et plus ainsi que les personnes ayant reçu la première dose le 18 avril ou avant
14 juin 2021	Personnes ayant reçu leur première dose au plus tard le 9 mai et vivant également dans les points chauds de Delta dans les bureaux de santé publique à Halton, Peel, Porcupine, Toronto, Waterloo, Wellington-Dufferin-Guelph et York
21 juin 2021	Personnes ayant reçu leur première dose le 9 mai ou avant
23 juin 2021	Personnes ayant reçu leur première dose au plus tard le 30 mai et vivant dans les points chauds de Delta, y compris les travailleurs essentiels qui ne peuvent pas travailler de la maison
28 juin 2021	Personnes ayant reçu leur première dose à partir du 31 mai pour tous les adultes de 18 ans et plus

* Au moment de l'annonce de mai 2021, l'Ontario avait déjà commencé à offrir la deuxième dose à intervalle raccourci à certains groupes de la phase 1 (comme le montre la figure 5), y compris les travailleurs de la santé à risque élevé, les résidents des foyers de soins de longue durée, les personnes souffrant de certains problèmes de santé et les populations autochtones.

Ornge (fournisseur de services d'ambulance aérienne en Ontario), les bureaux de santé publique du Nord, les autorités sanitaires des Premières Nations, la nation Nishnawbe-Aski et de nombreux ministères ontariens, y compris le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général, pour prioriser la vaccination contre la COVID-19 dans les collectivités des Premières Nations du Nord et des régions éloignées, où l'infection pourrait avoir des effets disproportionnés. Le gouvernement fédéral avait annoncé la fin du programme en février 2022. À ce moment-là, plus de 42 000 doses avaient été administrées dans ces collectivités. L'annexe 6 fournit plus de détails sur cette initiative.

Planification provinciale de la lutte contre la pandémie

Le Plan d'intervention en situation d'urgence du ministère de la Santé décrit les mesures que prendra le Ministère dans une situation d'urgence touchant le système de soins de santé et la santé de la population ontarienne. Il sert de document d'orientation quant à l'intervention du Ministère en cas de pandémie.

2.2.3 Stratégie des « points chauds » de la COVID-19

Le plan provincial de vaccination contre la COVID-19 (discuté à la section 2.2.2), élaboré en décembre 2020, était fondé sur une attribution régionale de vaccins

par habitant, la distribution subséquente reflétant les priorités détaillées dans son plan en trois phases.

Le 26 février 2021, l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table (Science Table) a publié un document résumant les preuves scientifiques existantes. Selon ce document, d'après les données recueillies entre janvier 2020 et janvier 2021, les personnes âgées et les personnes vivant dans des « quartiers urbains défavorisés et racialisés » ont été touchées par la COVID-19 de façon disproportionnée. Le groupe Science Table a recommandé à la province de tenir compte de ces deux facteurs lors de l'attribution des vaccins.

Environ six semaines plus tard, le 13 avril 2021, le ministère de la Santé a révisé la phase 2 de son plan de vaccination pour tenir compte des conclusions du mémoire du Science Table. Le plan provincial mis à jour accordait la priorité aux régions identifiées par 114 régions selon le code postal précises (« points chauds ») en fournissant environ 875 000 doses de vaccins à ces points chauds sur trois semaines. Les 900 000 autres doses ont été réparties équitablement entre les 34 bureaux de santé publique de la province, y compris ceux dont les collectivités constituaient des points chauds. Ces 114 collectivités constituant des points chauds sont situées dans 13 bureaux de santé publique, dont bon nombre dans de grands centres urbains, notamment Toronto, Peel et Ottawa. L'annexe 7 présente la liste de ces collectivités.

2.3 Solutions technologiques appuyant l'administration des vaccins contre la COVID-19

En mars 2021, le ministère de la Santé a mis en place le système provincial de prise de rendez-vous pour les vaccins. Le système en ligne visait à permettre aux clients de trouver facilement des lieux de vaccination autour d'une adresse ou d'un code postal donné. Les clients pouvaient alors soit prendre un rendez-vous directement par le système, soit appeler l'InfoCentre provincial pour la vaccination en composant un numéro sans frais. Lorsqu'une personne saisit les renseignements de sa carte Santé dans le système de prise de rendez-vous, une vérification de l'identité est effectuée automatiquement dans la base de données de l'Assurance-santé de l'Ontario. Toutefois, le Ministère n'a pas exigé que tous les lieux de vaccination utilisent ce système de prise de rendez-vous; par exemple, les pharmacies, de nombreux bureaux de santé publique et des hôpitaux ont choisi d'utiliser leurs propres systèmes élaborés localement.

Le Ministère a également établi une base de données sur les vaccins, COVaxON, pour faire le suivi des vaccins contre la COVID-19 administrés et de l'approvisionnement en vaccins. Toutes les doses administrées étant consignées dans cette base de données, on réduit le risque d'administrer plus de doses que ce qui est autorisé.

Le système provincial de prise de rendez-vous est intégré à la base de données sur les vaccins pour s'assurer qu'un intervalle suffisant est prévu entre les doses avant de permettre au client de reprendre un rendez-vous.

2.4 Administration des vaccins

2.4.1 Lieux de vaccination

Le nombre de lieux de vaccination a fluctué depuis le lancement du programme de vaccination contre la COVID-19. Au plus fort de l'activité, 3 270 lieux de vaccination (dont 70 % étaient des pharmacies) étaient en service dans la province. Les lieux de

vaccination comprenaient des cliniques de vaccination de masse dans les centres de congrès et les arènes de patinage, des cliniques éphémères, des événements communautaires, des cliniques en milieu de travail, des cliniques au volant, des cliniques mobiles, des hôpitaux, des pharmacies et des cabinets de médecins. Il était possible de se faire vacciner dans ces lieux sans rendez-vous, avec rendez-vous ou dans le cadre d'événements organisés parfois par des groupes religieux ou culturels locaux de la collectivité.

Ces lieux de vaccination étaient administrés par diverses entités des secteurs public et privé en Ontario. La **figure 7** montre les différentes entités proposant la vaccination dans ces lieux, la durée de leurs services d'administration des vaccins et les principaux modes de prestation exploités.

2.4.2 Vaccinateurs

Les vaccinateurs facturent leurs services selon plusieurs méthodes. Par exemple, les bureaux de santé publique facturent au ministère de la Santé (le Ministère) des services de vaccination en plus de leur financement opérationnel habituel. Les médecins qui fournissent des services de vaccination dans leur cabinet ou dans les cliniques de vaccination de masse facturent au Ministère par l'entremise du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RAMO); les montants facturés pour les services sont négociés entre le Ministère et l'Ontario Medical Association. Les pharmacies facturent au Ministère au moyen du Système du réseau de santé, le système utilisé pour les demandes de remboursement des régimes publics d'assurance-médicaments.

Habituellement, chaque lieu de vaccination fait préparer les doses et administrer les vaccins par des professionnels de la santé comme du personnel infirmier ou des pharmaciens, mais dans les plus petits centres, ces différents rôles peuvent être assumés par les mêmes personnes. Le personnel non clinique participe à l'organisation des activités dans chaque centre, y compris la saisie des données dans la base de données sur les vaccins.

Figure 7 : Fonctionnement des entités proposant la vaccination

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec les renseignements transmis par le ministère de la Santé

Entité de vaccination	Durée des services d'administration de vaccins ¹	Principaux modes de prestation
Secteur public		
Bureaux de santé publique (34) ²	Janv. 2021	Cliniques mobiles et éphémères (y compris dans les écoles, les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite, les résidences avec services et d'autres établissements de soins collectifs) et cliniques de vaccination de masse
Hôpitaux (86) ³	Déc. 2020	
Secteur privé		
Médecins (3 168) ⁴	Mars 2021	Cabinets de médecins
Pharmacies (2 974) ⁵	Mars 2021	Pharmacies
Switch Health (1)	Avr. à sept. 2021, déc. 2021	Cliniques de vaccination de masse au Centre international pour administrer la troisième dose au public avec un accès prioritaire offert aux populations vulnérables ou à risque désignées (décembre 2021 à février 2022) Clinique de vaccination à l'aéroport international Pearson de Toronto pour les travailleurs étrangers agricoles temporaires ⁶ (janvier à septembre 2022)
Croix-Rouge canadienne (1)	Mai 2021	Cliniques mobiles et éphémères pour les travailleurs essentiels, les collectivités à faible taux de vaccination et les populations vulnérables/à risque
Medavie (1)	Mai 2021	Cliniques mobiles et éphémères pour les travailleurs essentiels, les collectivités à faible taux de vaccination et les populations vulnérables/à risque
FH Santé (1)	8 janvier au 4 mars 2022	Cliniques éphémères avec un accès prioritaire offert aux travailleurs du secteur de l'éducation, mais ouvertes au grand public
Calian Inc. (1)	Janvier 2021	Soutien aux ressources humaines en santé pour accroître la capacité des cliniques de vaccination de masse et des cliniques éphémères dirigées par les bureaux de santé publique
Secteurs public et privé		
Divers professionnels embauchés par les milieux de travail et les employeurs	Avr-mai 2021	Cliniques dirigées par l'employeur et en milieu de travail

1. En raison de la plage de dates illimitée, en août 2022, l'administration du vaccin était en cours.

2. Nombre total de bureaux de santé publique qui offraient des vaccins.

3. Nombre total d'hôpitaux qui ont présenté des demandes de remboursement de dépenses au ministère de la Santé (le Ministère) de décembre 2020 à mai 2022. De nombreux hôpitaux coordonnaient l'administration des vaccins avec leurs bureaux de santé publique locaux.

4. Nombre total de médecins ayant présenté au Ministère des demandes de remboursement de services de vaccination offerts dans différents lieux, y compris leurs cabinets et le domicile des patients, jusqu'au 31 mai 2022.

5. D'après le nombre total de pharmacies qui offraient des services de vaccination contre la COVID-19 au 31 mai 2022, selon le Ministère.

6. Avec collations et services de traduction offerts pour encourager la fréquentation à la clinique de vaccination.

La **figure 8** montre la rentabilité de chaque lieu de vaccination pendant les périodes de volume élevé et faible, et la **figure 9** montre les dépenses déclarées par les bureaux de santé publique engagées dans le cadre du programme de vaccination.

2.4.3 Effets secondaires suivant l'immunisation

Santé publique Ontario assure la surveillance provinciale des effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI), définit comme tout événement médical fâcheux qui se produit à la

Figure 8 : Rentabilité de l'entité de vaccination, par période

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec les renseignements transmis par le ministère du Solliciteur général

Période ¹	Secteur public			Secteur privé					
	Bureaux de santé publique ²	Hôpitaux	Médecins ³	Pharmacies ³	Switch Health ⁴	Croix rouge canadienne ⁴	Medavie ⁴	FH Health ⁴	
Coût moyen par dose (\$)	a	42	21	13	13	362	104	80	s.o.
	b	60	60	13	13	1 119	1 017	124	s.o.
	c	69	21	13	13	189	76	40	46
	d	77	120	13	13	840	421	97	239
Total des coûts (en milliers de dollars)	a	417 123	120 710	3 980	41 526	2 569	2 782	1 747	s.o.
	b	99 202	35 874	598	19 582	666	1 233	1 971	s.o.
	c	196 186	21 803	2 977	31 034	10 126	1 378	1 187	344
	d	84 300	21 3245	558	13 923	3 989	3 083	3 472	333
Doses totales (en milliers)	a	9 894	5 672	306	3 195	7	27	22	s.o.
	b	1 647	595	46	1 507	1	1	16	s.o.
	c	2 841	1 014	229	2 389	54	18	30	8
	d	1 078	178	43	1 071	5	7	35	1

1. Les différentes périodes sont définies comme suit :

- De décembre 2020 à juillet 2021 : période chargée avec le déploiement des deux premières doses dans les lieux où les réserves de vaccins étaient initialement insuffisantes et la demande constamment élevée.
- D'août à novembre 2021 : la période de ralentissement a commencé en août puisque le taux de vaccination avec la première et la deuxième dose avait atteint 80 % et 70 %, respectivement. Au cours de cette période, les ministères ont lancé leur « stratégie Dernier maillon » pour accroître l'utilisation des vaccins et cibler les collectivités et les groupes dont le taux de vaccination était plus faible.
- De décembre 2021 à janvier 2022 : avec l'arrivée du variant Omicron hautement transmissible et les nouvelles données scientifiques sur l'efficacité décroissante de la primovaccination, la province avait ouvert l'admissibilité aux troisièmes doses.
- De février à mai 2022 : la demande avait ralenti en février puisque la plupart des Ontariens admissibles qui souhaitaient recevoir une troisième dose en avaient reçu une. Par ailleurs, durant cette période, de nombreuses personnes avaient contracté la COVID-19 et devaient attendre les trois mois recommandés avant de recevoir une troisième dose.

2. Les coûts par mois sont calculés en tant que coûts trimestriels calculés au prorata des doses mensuelles. Les coûts totaux de vaccination par les bureaux de santé publique comprennent ce qui suit :

- les coûts engagés directement par les bureaux de santé publique et déclarés au ministère de la Santé aux fins de remboursement, dont la majorité sont liés au personnel (y compris leur propre personnel, le personnel redéployé par les municipalités, les hôpitaux et les partenaires de soins de santé et le personnel des organismes privés);
- les coûts engagés par le ministère du Solliciteur général pour les vaccinés et le personnel de soutien affecté par une entreprise privée (Calian) afin de soutenir les cliniques des bureaux de santé publique;
- les coûts engagés par le ministère de la Santé pour rémunérer les médecins offrant des services de vaccination ou de supervision dans les cliniques des bureaux de santé publique.

3. Les vaccins administrés par les médecins (depuis décembre 2020) et dans les pharmacies (depuis mars 2021) sont remboursés par la province à raison de 13 \$ par dose. Les coûts ne varient pas d'une période à l'autre.

4. Les coûts payés aux entreprises du secteur privé comprennent les coûts qui ne sont habituellement pas versés aux bureaux de santé publique et aux hôpitaux, comme la location d'installations. Ces entreprises ont contribué à renforcer la capacité en période de débordement et ont organisé des cliniques pour les populations difficiles à rejoindre.

5. En octobre 2022, le ministère de la Santé avait finalisé ce financement, mais ne l'avait pas encore approuvé ou transmis aux hôpitaux.

suite de l'administration d'un vaccin et qui ne peut pas clairement être attribué à d'autres causes. Cela correspond à la définition de l'Organisation mondiale de la Santé.

Les bureaux locaux de santé publique reçoivent les rapports de signalement des ESSI des fournisseurs

de soins de santé et, plus rarement, des personnes vaccinées. La **figure 10** montre le processus de transmission d'informations sur les ESSI. Le bureau local de santé publique peut enquêter si d'autres renseignements sont nécessaires, puis les détails pertinents sont saisis dans le Système de gestion des

Figure 9 : Rentabilité des bureaux de santé publique, par région, de janvier 2021 à juin 2022

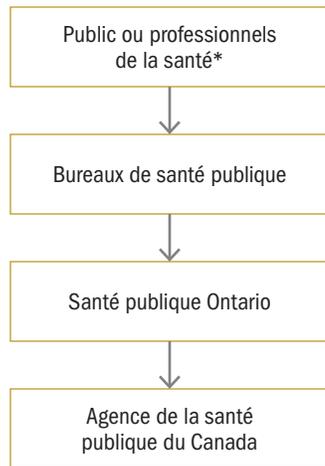
Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec les renseignements transmis par le ministère de la Santé

Bureau de santé publique	Total des coûts* (en milliers de dollars)	Doses totales (en milliers)	Coût par dose (\$)
Région de Halton	63 134	729	87
Peel	127 717	1 620	79
Haldimand-Norfolk	6 190	91	68
Sudbury et districts	23 816	349	68
Toronto	119 991	1 777	68
Huron Perth	14 915	226	66
Région de Waterloo	32 458	508	64
Région de Durham	47 078	810	58
Ottawa	79 680	1 429	56
Région de York	61 812	1 136	54
Moyenne	804 657	15 582	52
Est de l'Ontario	14 692	293	50
Ville de Hamilton	31 789	642	50
Wellington-Dufferin-Guelph	22 391	458	49
Comté de Windsor-Essex	10 489	225	47
Région de Niagara	17 465	395	44
Middlesex-London	23 850	550	43
Kingston, Frontenac et Lennox et Addington	8 602	238	36
North Bay-Parry Sound	7 293	209	35
Porcupine	4 893	147	33
Lambton	6 961	217	32
Peterborough	6 642	213	31
Timiskaming	1 720	57	30
Sud-Ouest	8 847	312	28
Leeds, Grenville et Lanark	7 226	263	27
Haliburton, Kawartha, Pine Ridge	5 467	204	27
Algoma	4 723	183	26
Thunder Bay	5 132	207	25
Chatham-Kent	4 100	183	22
Renfrew	3 370	156	22
Comté de Brant	5 987	282	21
Grey Bruce	4 434	214	21
Nord-Ouest	3 108	166	19
Hastings-Prince Edward	4 852	266	18
Simcoe Muskoka	13 834	829	17

* Les coûts totaux sont les coûts engagés par les bureaux de santé publique et déclarés par eux-mêmes au ministère de la Santé aux fins de remboursement. Ils ne comprennent pas le soutien en personnel des entreprises privées payées par le ministère du Solliciteur général ou les médecins payés par le ministère de la Santé. Les dépenses totales des bureaux de santé publique ne représentent pas non plus les dépenses totales engagées par le ministère de la Santé, car certaines de ces dépenses auront été couvertes par les budgets de base/de fonctionnement des bureaux de santé publique, qui sont actuellement partagés entre le ministère de la Santé et les municipalités, et par le financement ponctuel des coûts exceptionnels, assumés à 100 % par le ministère de la Santé.

Figure 10 : Aperçu du processus de transmission d'informations dans le cadre de la déclaration des effets secondaires suivant l'immunisation

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



* Cela peut comprendre les établissements de vaccination comme les hôpitaux, les cliniques de vaccination de masse et les pharmacies et ceux qui fournissent des services de santé au public comme les fournisseurs de soins de santé primaires.

cas et des contacts aux fins de déclaration provinciale. Ce système gère également les cas de patients testés positifs pour la COVID-19 au moyen d'un test confirmé en laboratoire, ainsi que leurs contacts.

Entre le 13 décembre 2020 et le 1^{er} août 2022, Santé publique Ontario a reçu au total 21 237 signalements d'ESSI, comme le montre la **figure 11**, ce qui représente environ 0,06 % des quelque 34 millions de doses de vaccins contre la COVID-19 administrées à cette période. Cela comprend les « effets secondaires d'importance particulière » (ESIP) tels que définis par l'Agence de la santé publique du Canada.

2.5 Obligations et politiques en matière de vaccination

2.5.1 Obligations et politiques en matière de vaccination dans certains milieux

Alors que les obligations de vaccination exigeaient que les travailleurs soient vaccinés avec deux doses pour pouvoir travailler, les politiques en matière de vaccination permettaient aux travailleurs non vaccinés

d'effectuer un test de dépistage de la COVID-19 pour pouvoir travailler.

Les foyers de soins de longue durée étaient les seuls milieux dans lesquels la province avait mis en oeuvre une obligation de vaccination. En mai 2021, le ministère des Soins de longue durée a émis une directive ministérielle qui exigeait que tous les foyers de soins de longue durée mettent en place des politiques de vaccination d'ici juillet 2021. Ces politiques permettaient aux travailleurs qui n'avaient pas le schéma vaccinal complet de continuer à travailler, y compris à des postes offrant des soins directs, tant qu'ils suivaient un cours de formation sur la vaccination contre la COVID-19 et fournissaient des résultats de tests négatifs (c.-à-d., des tests de dépistage rapides d'antigènes réalisés sur place, aussi appelés tests rapides). En octobre 2021, le Ministère a mis à jour la directive et a ordonné à l'ensemble du personnel, des entrepreneurs, des étudiants et des bénévoles fournissant des services dans des foyers de soins de longue durée de se faire vacciner avec deux doses d'ici décembre 2021. Cette directive a été mise à jour en décembre 2021 pour exiger une troisième dose pour les mêmes groupes ainsi que pour les visiteurs des foyers. En tout, l'obligation de vaccination dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario a été en vigueur de décembre 2021 à mars 2022. En comparaison, la Colombie-Britannique a mis en place son obligation de vaccination dans les foyers de soins de longue durée en octobre 2021 et ne l'avait pas encore levée en août 2022; l'Alberta l'a mise en place en novembre 2021 et l'a levée en juillet 2022.

2.5.2 Passeport vaccinal

Entre le 22 septembre 2021 et le 28 février 2022, les Ontariens devaient présenter une preuve de vaccination, communément désignée sous le nom de « passeport vaccinal », pour entrer dans certains lieux en intérieur constituant un risque élevé, y compris l'intérieur des restaurants et des bars, des boîtes de nuit, des salles de réunion et d'événements, des installations de sports et de conditionnement physique, des événements sportifs, des casinos, des concerts,

Figure 11 : Effets secondaires suivant l'immunisation contre la COVID-19 en Ontario, du 13 décembre 2020 au 1^{er} août 2022

Source des données : Santé publique Ontario

Effets secondaires – 21 237 cas signalés à Santé publique Ontario (63,2 cas pour 100 000 doses administrées)

- 20 049 cas, soit environ 94 %, concernaient des effets non graves, comme la douleur au point d'administration du vaccin, la fièvre, les éruptions cutanées.
- 1 188 cas, soit environ 6 %, concernaient des effets graves¹; 27 de ces signalements concernaient des décès associés sur le plan temporel à l'administration de vaccins contre la COVID-19 qui répondaient à la définition provinciale des cas aux fins de surveillance.
- 4 cas chez les enfants de moins de 5 ans²
- 271 cas chez les enfants entre 5 et 11 ans
- 738 cas chez les jeunes entre 12 à 17 ans
- 14 523 cas chez les personnes entre 18 et 59 ans
- 5 701 cas chez les personnes de 60 ans et plus

Parmi les « effets secondaires d'importance particulière », on compte :

- 21 signalements de thrombose avec le syndrome de thrombocytopénie (aussi appelé caillots sanguins) après l'administration du vaccin d'AstraZeneca
 - 16 de ces cas ont été confirmés comme étant une thrombocytopénie thrombotique immunitaire induite par le vaccin
- 782 signalements de myocardite (inflammation du muscle cardiaque) ou de péricardite (inflammation de la membrane autour du cœur) à la suite de l'administration de vaccins à ARNm contre la COVID-19
 - Les taux de déclaration les plus élevés ont été observés chez les plus jeunes (12 à 17 ans et 18 à 24 ans), chez les hommes et après l'administration de la deuxième dose de la primovaccination.

1. Les ESSI graves sont définis selon la définition standard de l'Organisation mondiale de la Santé [traduction] : un ESSI qui entraîne la mort, qui met la vie en danger, qui nécessite une hospitalisation ou prolonge une hospitalisation existante, qui entraîne une incapacité ou une invalidité persistante ou importante, ou encore une anomalie congénitale ou un défaut de naissance. En raison des limites des données et de la période de suivi relativement brève des ESSI déclarés en Ontario, les signalements qui répondent à une définition d'ESSI grave sont généralement associés à une hospitalisation ou à un décès.
2. Quatre cas d'ESSI sont survenus chez des enfants de quatre ans qui étaient admissibles en 2021 parce qu'ils auraient cinq ans à la fin de 2021.

des théâtres et des cinémas. L'**annexe 8** indique la chronologie des événements depuis l'annonce de l'obligation de fournir une preuve de vaccination jusqu'à la levée de cette exigence.

2.6 Compétence législative et exigences

Les lois et les règlements relatifs à la vaccination contre la COVID-19 sont présentés à l'**annexe 9**. Certaines lois sont en place depuis bien avant le début de la pandémie de COVID-19, alors que certaines ont été élaborées pendant la pandémie pour y faire face. Ces lois établissent les pouvoirs des médecins hygiénistes locaux de l'Ontario ainsi que du médecin hygiéniste en chef, et établissent de nouvelles règles pour favoriser le

déconfinement sécuritaire de la province en exigeant que certaines entreprises ou organisations vérifient la preuve de vaccination contre la COVID-19 des clients pour être autorisées à ouvrir. Les lois permettent également d'assurer une meilleure collecte des données en lien avec la vaccination contre la COVID-19. Elles prévoyaient la mise en place du passeport vaccinal dans les lieux publics comme les restaurants, les salles de conditionnement physique et les cinémas.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général, de concert avec d'autres intervenants comme les bureaux de santé

publique, ont établi des processus et des politiques rentables conformément aux lois pertinentes pour :

- élaborer et mettre en oeuvre un plan de vaccination juste, équitable et rentable visant à réduire le plus possible la transmission de la COVID-19 ainsi que les hospitalisations et les décès;
- superviser l'exécution coordonnée du programme de vaccination contre la COVID-19;
- évaluer l'efficacité du programme et en rendre compte publiquement.

Notre audit ne portait pas sur l'évaluation de l'efficacité, l'innocuité, l'approbation ou l'approvisionnement des vaccins; ces responsabilités relèvent du gouvernement fédéral. Nous nous sommes concentrés principalement sur les activités menées par le ministère de la Santé et le ministre du Solliciteur général pour permettre la distribution des vaccins contre la COVID-19 et celles menées pendant cette période, mais pas sur les évaluations des domaines indiqués à l'**annexe 10**.

Lors de la planification de notre travail, nous avons défini les critères (voir l'**Annexe 11**) que nous utiliserions pour atteindre l'objectif de notre audit. Ces critères reposent notamment sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables, des études internes et externes, et des pratiques exemplaires. Les cadres supérieurs du ministère de la Santé et du ministre du Solliciteur général ont passé en revue nos objectifs et les critères connexes, après quoi ils ont convenu de leur pertinence.

Nous avons effectué notre audit entre janvier 2022 et août 2022. La direction du ministère de la Santé et du Solliciteur général ont indiqué par écrit le 22 novembre 2022, nous avoir fourni toute l'information dont ils disposaient qui pourrait avoir une incidence importante sur les constatations ou la conclusion du présent rapport.

Dans ces deux ministères, nous avons :

- passé en revue les lois et règlements applicables ainsi que les documents consistant principalement en des directives, des cadres stratégiques et des lignes directrices, des ententes, des procès-verbaux de réunions, des notes de synthèse et des rapports d'information;

- examiné les mécanismes de contrôle des technologies de l'information comme ceux qui contrôlent l'inclusion des dossiers de vaccination dans la base de données sur les vaccins contre la COVID-19 (COVaxON);
- interrogé le personnel responsable de la surveillance générale et du financement du programme de vaccination contre la COVID-19 afin de comprendre les processus et les défis actuels;
- obtenu des données et des rapports sur la vaccination contre la COVID-19 pour repérer les anomalies dans les données, comme les cas où des vaccins ont été administrés à des populations qui n'étaient pas admissibles;
- obtenu des données et des rapports sur les paiements versés aux médecins et aux organismes qui fournissaient des services de vaccination afin de rapprocher leurs factures adressées aux ministères et le volume de services fournis consigné dans la base de données sur les vaccins.

Nous avons également interrogé des représentants de plusieurs organismes. Cette liste est indiquée à l'**annexe 12**.

Pour comprendre les préoccupations et les points de vue locaux sur la distribution des vaccins et l'ampleur de la participation des bureaux de santé publique, nous avons parlé à sept médecins hygiénistes (Est de l'Ontario, Grey Bruce, Nord-Ouest, Peel, Toronto, Wellington-Dufferin-Guelph, Windsor Essex) et avons sondé les 34 bureaux de santé publique. Au total, 88 % des bureaux de santé publique ont répondu à notre sondage (soit 30 bureaux).

Afin de recueillir leurs points de vue sur les décisions du gouvernement concernant l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 aux Ontariens, nous avons sollicité l'avis de 10 spécialistes de l'épidémiologie, des maladies infectieuses, de la santé publique et des sciences du comportement, y compris des personnes ayant des points de vue d'experts en matière de collectivités marginalisées, de pédiatrie et de lieux d'habitation collectifs de gériatrie, dont certaines étaient membres de l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table (Science Table). Nous avons

sondé huit de ces experts, soit ceux qui connaissaient bien le programme de vaccination de l'Ontario, mais qui n'ont pas participé à la prise de décisions directes concernant ce programme. Six d'entre eux ont répondu à notre sondage. Nous avons également interrogé l'ancien directeur scientifique du Science Table.

De plus, nous avons effectué des visites sur place dans les lieux suivants :

- 17 cliniques de vaccination, en effectuant à la fois des observations ouvertes pour en apprendre davantage sur la manipulation des vaccins, le flux des clients et la communication de l'information, et des observations à leur insu pour évaluer l'ampleur de la fréquentation des lieux;
- une installation d'entreposage dans un hôpital du Réseau universitaire de santé de Toronto; des services de distribution de produits pharmaceutiques exploités par McKesson Canada et Shoppers Drug Mart; et le principal centre de distribution provincial, Andlauer Healthcare Group, pour observer les processus d'entreposage, de chaîne de froid et de distribution.

Nous avons coordonné nos activités avec celles de l'équipe d'audit des contrats et de l'approvisionnement liés à la COVID-19 pour évaluer les processus de sélection et de surveillance des deux ministères des fournisseurs du secteur privé qui exploitaient des lieux de vaccination.

Nous avons également mené des recherches à partir des programmes de vaccination contre la COVID-19 d'autres provinces pour définir les domaines d'amélioration de l'Ontario.

Nous avons reçu plusieurs observations écrites du public concernant le programme de vaccination contre la COVID-19 en 2021 et 2022, et nous en avons tenu compte dans la planification de cet audit. Ces observations ont été regroupées par thèmes à l'**annexe 13**.

Nous avons fait notre travail 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 de vérification et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Dans cette démarche, nous avons également obtenu un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, par conséquent, maintient un système complet de contrôle de la qualité qui comprend des politiques et des procédures documentées concernant la conformité aux règles de conduite professionnelle, aux normes professionnelles et aux exigences juridiques et réglementaires pertinentes.

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

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Distribution et adoption des vaccins

4.1.1 La distribution des vaccins n'est pas toujours équitable

À bien des égards, le ministère de la Santé (le Ministère), en partenariat avec le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 (le Groupe d'étude), a distribué les vaccins contre la COVID-19 aux personnes les plus à risque de maladies graves et de décès, selon les principes énoncés dans le Cadre éthique élaboré par le Groupe d'étude. Toutefois, pour les résidents des foyers de soins de longue durée et ceux vivant dans des collectivités plus à risque de contracter la COVID-19, la répartition n'était pas toujours conforme à cet objectif.

Des travailleurs de la santé vaccinés avant les résidents des foyers de soins de longue durée malgré les conseils des spécialistes

Certains travailleurs de la santé ont reçu leur première dose de vaccin contre la COVID-19 avant les résidents des foyers de soins de longue durée, même si de nombreux groupes de spécialistes, dont le Comité consultatif national de l'immunisation, le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 en Ontario (Groupe d'étude) et l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table (Science Table), ont déterminé à quel point il était important de vacciner en priorité les résidents des foyers de soins de longue durée.

Le groupe Science Table a publié un mémoire le 21 janvier 2021 dans lequel il souligne que le Ministère devrait accélérer la distribution des vaccins pour s'assurer que tous les résidents des foyers de soins de longue durée auraient reçu la première dose d'un vaccin contre la COVID-19 d'ici le 31 janvier 2021 afin de prévenir 600 cas de COVID-19 et 115 décès prévus d'ici le 31 mars 2021.

Toutefois, en raison de contraintes logistiques, le déploiement du plan de vaccination des résidents des foyers de soins de longue durée n'a toutefois commencé que vers le 30 décembre 2020 et n'a été achevé que le 14 février 2021, soit environ deux semaines après l'échéance cible fixée par le Science Table. Comme le montre l'**annexe 14**, le Groupe d'étude avait annoncé qu'environ le tiers des résidents et du personnel s'étaient vu offrir la première dose de vaccin contre la COVID-19 au 15 janvier 2021. Ce taux est passé à 50 % le 21 janvier 2021 et à 100 % le 14 février 2021.

Bien que l'Ontario ait également reçu des doses du vaccin Pfizer à la mi-décembre 2020, celles-ci nécessitaient une congélation à des températures très basses et leur transport hors des hôpitaux ou des lieux de vaccination centralisés n'a pas été approuvé, car les températures requises ne pouvaient pas être maintenues. Toutes les doses du vaccin Pfizer ont donc été mises à la disposition des travailleurs de la santé et du personnel des foyers de soins de longue durée qui pouvaient se rendre dans un hôpital ou un lieu de vaccination à proximité.

Entre-temps, nous avons constaté que l'Ontario avait reçu son premier envoi de doses du vaccin Moderna le 30 décembre 2020, et que le transport vers les foyers de soins de longue durée avait été approuvé.

La sélection des collectivités constituant des « points chauds » est généralement cohérente, mais on constate certaines iniquités

Au printemps 2021, le ministère de la Santé (le Ministère), en collaboration avec le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 (Groupe d'étude) a donné la priorité à la distribution des vaccins contre la COVID-19 dans 114 collectivités constituant des « points chauds ». Comme il est mentionné à la **section 2.2.3**, le Ministère a fourni environ 875 000 doses, soit 44 % de tous les vaccins disponibles pour ces points chauds sur trois semaines en avril et en mai 2021. Nous avons constaté que le Ministère n'appliquait pas les méthodes de sélection de façon uniforme, de sorte que certaines collectivités à risque élevé n'ont pas été servies en priorité. Cela a eu une incidence sur l'objectif en matière d'équité énoncé dans le Cadre éthique. En outre, le Ministère n'a pas clairement indiqué comment les données scientifiques étaient utilisées pour appuyer la sélection des régions selon le code postal désignées comme des points chauds, créant une certaine confusion au sein de la population quant aux raisons pour lesquelles certaines collectivités avaient été sélectionnées et d'autres exclues.

À l'été 2020, le Ministère a évalué toutes les 509 régions selon le code postal de l'Ontario en fonction de trois facteurs de risque : les difficultés matérielles (la pauvreté), la concentration ethnique et les besoins élevés en matière de tests de dépistage de la COVID-19 définis comme une incidence élevée de cas positifs de COVID-19 combinée à de faibles taux de dépistage. Selon le Ministère, cette évaluation, conjuguée aux discussions avec les bureaux de santé publique, a révélé que 32 régions selon le code postal étaient plus touchées que d'autres par la COVID-19. Par conséquent, le Ministère a annoncé en décembre 2020 la stratégie pour les collectivités prioritaires, qui désignait 32 régions selon le code postal présentant

des besoins élevés en matière de dépistage et une forte concentration ethnique ainsi que de la pauvreté dans les collectivités des bureaux de santé publique de Toronto, de Peel, de York et d'Ottawa. Ces bureaux de santé publique ont alors bénéficié de plus de ressources dédiées aux activités adaptées de sensibilisation communautaire, à un meilleur accès au dépistage et au soutien global pour la gestion des cas.

En février 2021, un autre exercice de classement des risques a eu lieu. Le groupe Science Table a classé toutes les 509 régions selon le code postal de l'Ontario en fonction des risques d'hospitalisation ou de décès dus à la COVID-19. Le groupe Science Table estimait que ces deux facteurs de risque étaient les indicateurs les plus fiables des risques liés à la COVID-19 pour une collectivité.

Après avoir reçu le classement du Science Table, le Groupe d'étude a sélectionné 114 régions selon le code postal désignées comme « points chauds de la COVID-19 » selon une approche en fonction de trois critères de risque :

- **Risque 1** : 74 (65 % des 114) régions selon le code postal ont été choisies, car elles représentaient le risque le plus élevé d'hospitalisation et de décès dus à la COVID-19 selon le classement du groupe Science Table.
- **Risque 2** : 32 (28 % des 114) régions selon le code postal ont été ajoutées, car elles représentaient un risque élevé d'hospitalisation et de décès dus à la COVID-19 selon le classement du groupe Science Table, ainsi qu'un risque élevé de concentration ethnique et de la pauvreté.
- **Risque 3** : huit (7 % des 114) régions selon le code postal ont été sélectionnées, car elles faisaient déjà partie de la stratégie pour les collectivités prioritaires.

Nous avons examiné les points chauds choisis par le Groupe d'étude et constaté que la méthodologie globale comprenait des facteurs de risque pertinents, mais qu'elle n'était pas appliquée de façon uniforme à toutes les régions. Les anomalies des régions selon le code postal incluses et exclues sont décrites à la **figure 12** et indiquées ci-dessous.

Figure 12 : Collectivités exclues ou incluses dans la stratégie de signalement de la COVID-19 et justification du ministère de la Santé

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

Risque 1 : Hospitalisation ou décès liés à la COVID-19	
Classée à un niveau élevé, mais exclue (5)²	Classée à un niveau faible, mais incluse (8)³
NOP (comté de Kent)	K1V (Ottawa)
N8R (Windsor)	N8X (Windsor)
L2H (Niagara Falls)	N8Y (Windsor)
L7B (King City)	L3T (Région de York Est)
L7E (Peel)	L6E (Région de York Est)
	L4B (Région de York Ouest)
	L4E (Région de York Ouest)
	L6C (Région de York Est)
Risque 2 : Pauvreté ou concentration ethnique⁴	
Classée à un niveau élevé, mais exclue (4)⁵	
L9T (Milton)	
L8M (Hamilton)	
L8P (Hamilton)	
L3R (Région de York Est)	
Risque 3 : Besoins en matière de tests (Stratégie pour les collectivités hautement prioritaires)⁶	

1. Risque 1 : Le risque d'hospitalisation ou de décès était le premier et le plus important élément pris en compte dans l'établissement de l'ordre de priorité.
2. Ces collectivités ont été exclues même si elles présentent un risque plus élevé d'hospitalisation ou de décès à la COVID-19. Ils ne se sont pas classés à un niveau élevé pour la pauvreté ou la concentration ethnique.
3. Le ministère de la Santé a inclus ces collectivités parce qu'elles faisaient partie de la stratégie pour les collectivités prioritaires et qu'elles avaient des besoins cernés grâce aux données des tests de dépistage de la COVID-19 de l'été 2020 ainsi qu'à la concentration de pauvreté ou d'origine ethnique (risque 3). Le Ministère a expliqué que ces éléments étaient protégés par des droits acquis dans la stratégie des points chauds, à titre de troisième considération après les risques 1 et 2.
4. Risque 2 : La concentration élevée de pauvreté ou de concentration ethnique était la prochaine considération dans l'attribution de la priorité, après le risque 1.
5. Ces collectivités ont été exclues malgré un risque égal ou supérieur d'hospitalisation ou de décès (risque 1) et de pauvreté ou de concentration ethnique (risque 2) que les huit collectivités incluses dans le risque 3. Le Ministère a indiqué que ces collectivités ne faisaient pas partie de la stratégie pour les collectivités prioritaires; par conséquent, elles n'ont pas été évaluées davantage pour le risque 2 ou le risque 1.
6. Risque 3 : Les besoins élevés de dépistage de la COVID-19, définis comme une forte incidence de cas positifs de COVID-19, combinés à de faibles taux de dépistage étaient la troisième et dernière considération dans l'attribution de la priorité, après le risque 2.

- Lorsqu'il a élargi la sélection des points chauds pour inclure les régions selon le code postal qui répondaient aux critères de risque 1 et 2, le Ministère a exclu cinq régions selon le code postal présentant un risque élevé d'hospitalisation ou de décès en raison de la COVID-19 parce qu'elles ne présentaient pas un risque suffisamment élevé de pauvreté ou de concentration ethnique.
- Lorsqu'il a élargi la sélection des points chauds pour inclure les régions selon le code postal qui répondaient aux critères de risque 3, le Ministère a inclus huit régions dans la stratégie pour les collectivités prioritaires, même si elles ne présentaient pas un risque élevé d'hospitalisation ou de décès lié à la COVID-19. Cinq de ces régions selon le code postal se trouvent dans la région de York, les autres sont à Ottawa et à Windsor. Le Ministère a expliqué que ces huit régions selon le code postal à faible risque avaient été incluses dans la stratégie des points chauds finale parce qu'elles étaient protégées par des droits acquis en vertu de la stratégie pour les collectivités prioritaires. Toutefois, une partie des données et des analyses appuyant la stratégie pour les collectivités prioritaires provenait des bureaux de santé publique; le Ministère ne pouvait donc pas fournir ces analyses au moment de la présente vérification.
- Nous avons déterminé que quatre régions selon le code postal étaient exclues même si elles présentaient un risque plus élevé d'hospitalisation ou de décès et de pauvreté ou de concentration ethnique que les huit régions selon le code postal à faible risque qui étaient protégées par des droits acquis en vertu de la stratégie des points chauds.

RECOMMANDATION 1

Afin que lors d'éclotions futures et en cas de rareté des vaccins, les populations à risque élevé reçoivent les vaccins en fonction des besoins prioritaires, le

ministère de la Santé, de concert avec le ministère du Solliciteur général, devrait intégrer dans son plan d'intervention en cas de pandémie la nécessité d'appliquer de façon uniforme les méthodes de priorisation reposant sur des données scientifiques et de rendre ces renseignements publics.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation et continuera de protéger les populations à risque élevé – y compris les résidents des foyers de soins de longue durée, les travailleurs de la santé et les personnes ayant des problèmes de santé ou des facteurs sociaux à risque qui les placent à risque élevé de formes graves de la maladie – grâce à l'accès à des vaccins sûrs et efficaces. Cela répond à l'objectif global de la province qui consiste à prévenir les décès, les maladies graves, les hospitalisations et les admissions à l'unité de soins intensifs.

Au début de la campagne de vaccination contre la COVID-19, le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 a élaboré un cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19 qui visait à orienter les décisions de priorisation et de distribution des vaccins contre la COVID-19. Ce cadre diffusé publiquement a favorisé l'uniformité, l'intendance, la responsabilisation et la confiance du public à l'égard du programme de vaccination contre la COVID-19 de la province.

Conformément au cadre d'éthique, l'Ontario a élaboré la stratégie des points chauds pour accorder la priorité à la vaccination des collectivités à risque élevé. Les collectivités constituant des points chauds ont été sélectionnées en fonction de la présence de la COVID-19 (à l'époque), des indicateurs de difficultés matérielles et du fait que les collectivités aient été désignées auparavant comme étant des collectivités prioritaires.

Pour les interventions futures en cas de pandémie, le Ministère continuera d'utiliser des données scientifiques pour orienter la priorisation des stratégies de vaccination de masse, qui seront

intégrées aux plans d'intervention comme le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe et veillera à ce que cette information soit accessible au public.

4.1.2 Les responsabilités relatives à la distribution des vaccins ne sont pas toujours bien coordonnées

Cadre de responsabilisation incomplet pour toutes les parties participant à la distribution des vaccins et à la mise en oeuvre du programme de vaccination

Même si la province disposait d'une structure de gouvernance décrivant les responsabilités et les rapports hiérarchiques à l'appui de la prise de décisions de haut niveau, cette structure ne comprenait pas les organismes comme les hôpitaux, les bureaux de santé publique et les pharmacies qui faisaient partie intégrante de la campagne de vaccination contre la COVID-19 avant l'arrivée des vaccins en Ontario. Les bureaux de santé publique et les autres personnes qui ont participé à la distribution des vaccins ne savaient donc pas exactement quelles étaient leurs responsabilités à un moment où il était essentiel de pouvoir intervenir rapidement.

Un décret de 2009 prévoit les affectations en vigueur pour divers ministères dans différents types de situations d'urgence. Selon ce document, le ministère de la Santé est généralement responsable de toutes les situations d'urgence sanitaire. Toutefois, le ministère du Solliciteur général nous a informés que dans le contexte de la pandémie, les vaccins et les lieux de vaccination nécessitaient davantage de soutien logistique et de sécurité. Par conséquent, le ministère du Solliciteur général a dirigé le programme de vaccination conjointement avec le ministère de la Santé, en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des urgences*.

Le ministère du Solliciteur général nous a également informés qu'en raison de la COVID-19, une approche pangouvernementale de gestion des urgences et une importante collaboration intergouvernementale et interministérielle avaient dû être mises en place. Toutefois, en l'absence d'un cadre de responsabilisation

définissant pleinement les responsabilités et les rapports hiérarchiques de toutes les parties concernées, nous avons constaté qu'il y avait confusion parmi les principales parties, comme les bureaux de santé publique, les hôpitaux et les pharmacies.

Nous avons sondé les 34 bureaux de santé publique et leur avons demandé s'ils croyaient que le Ministère avait établi clairement les structures de responsabilité pour les intervenants participant à la distribution des vaccins contre la COVID-19, comme les bureaux de santé publique, les hôpitaux, les pharmacies, les fournisseurs du secteur privé et divers ministères. Parmi les répondants, 67 % ne pensaient pas que ce soit le cas, tandis que 13 % pensaient que c'était le cas et 20 % n'avaient pas d'opinion à ce sujet. La moitié des répondants estimaient également que la province n'avait pas clairement indiqué aux partenaires de la distribution des vaccins que les bureaux de santé publique devaient prendre la tête des aspects opérationnels, comme la mise en place de cliniques et la répartition des stocks au sein d'un bureau de santé publique, tandis que 33 % pensaient que c'était le cas et 17 % étaient restés neutres. Par exemple, au début de la distribution des vaccins, les hôpitaux étaient les seules entités possédant des congélateurs permettant d'entreposer les vaccins. Ils ont donc pris le contrôle des stocks de vaccins. La province n'avait pas clairement confié aux bureaux de santé publique la responsabilité de gérer les stocks. Par conséquent, la capacité de ces derniers à distribuer les vaccins là où ils estimaient que les besoins étaient plus pressants a été amoindrie. Six bureaux de santé publique ont indiqué que le fait que les vaccins soient entreposés dans les hôpitaux a entraîné des complications dans la prise de décisions relatives aux stocks. Par exemple, certains hôpitaux ont affirmé aux bureaux de santé publique qu'ils détermineraient comment utiliser les doses, étant donné qu'elles étaient entreposées dans leurs établissements.

Bien qu'on ait demandé aux bureaux de santé publique de coordonner la distribution des vaccins dans leurs régions, le ministère de la Santé a souvent déterminé lui-même de quelle manière d'autres partenaires de prestation de services viendraient

compléter les efforts des bureaux de santé publique. Par exemple, le Ministère a choisi les pharmacies en fonction de facteurs comme leur participation aux programmes antérieurs de vaccination contre la grippe. Les pharmacies n'étaient pas nécessairement situées aux meilleurs endroits pour accroître l'accès au vaccin contre la COVID-19. Cinq bureaux de santé publique ont indiqué qu'une approche plus adaptée aurait dû être appliquée dans leurs régions pour favoriser une répartition plus équitable entre les régions rurales et les régions à faible revenu.

L'Ontario Medical Association (OMA) a souligné que la province avait mis du temps avant d'inclure les médecins de famille comme vaccinateurs en plus des pharmacies, ce qui a laissé peu de temps aux médecins pour se préparer et planifier leurs actions. L'OMA a également souligné le rôle que chacun jouait pour toucher les différentes populations, affirmant que les pharmacies étaient bien placées pour les personnes qui voulaient se faire vacciner, et que les fournisseurs de soins primaires étaient bien placés pour s'adresser aux personnes qui en avaient besoin.

Notre audit a révélé une certaine confusion quant à l'entité chargée d'enquêter sur les cas de fraude dans la base de données sur les vaccins impliquant des pharmacies de l'Ontario. Au cours de l'été 2022, il y a eu deux incidents nécessitant une enquête identifiés par les bureaux de santé publique. Il a alors fallu attendre une décision de l'équipe juridique du ministère de la Santé quant à savoir qui serait responsable de l'enquête. Pendant ce temps, il était encore possible que des activités frauduleuses en lien avec la base de données soient commises. Il est donc possible que des personnes non vaccinées aient eu accès à des lieux où une preuve de vaccination était exigée. Le Ministère a depuis établi un processus d'enquête sur les pharmacies, mais celui-ci n'était toujours pas mis en oeuvre à la fin de notre audit. Le risque de fraude dans la base de données sur les vaccins est abordé plus en détail à la **section 4.4.1**.

À mesure que le programme de vaccination contre la COVID-19 passe d'un modèle d'intervention en cas de pandémie à une intervention plus habituelle, ces lacunes en matière de responsabilisation doivent

être comblées pour définir clairement la façon dont la vaccination contre la COVID-19 s'intégrera au programme de vaccination systématique existant de la province.

Le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins n'était pas composé de suffisamment de représentants des bureaux de santé publique

Il a fallu plus d'un mois après sa création pour que le Groupe d'étude sur la distribution de vaccins contre la COVID-19 n'inscrive des représentants des bureaux de santé publique. Il s'agit d'un délai important compte tenu de la nécessité de déterminer urgemment les lieux de distribution prioritaires à un moment où l'approvisionnement en vaccins était rare. Les bureaux de santé publique sont principalement responsables de la mise en oeuvre des programmes de vaccination en Ontario. Plus de la moitié des bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que le Groupe d'étude aurait dû intégrer l'expertise en médecine préventive des bureaux de santé publique dès le début. En outre, il n'y avait pas de représentants de Santé publique Ontario au sein du Groupe d'étude. Bien qu'ils aient participé à certains groupes d'étude, ses représentants nous ont informés qu'ils auraient pu apporter plus d'expertise scientifique et technique et de soutien aux décisions relatives à la distribution des vaccins. Cela concorde avec les constatations de notre Rapport spécial sur la planification et la prise de décisions face à l'écllosion de 2020, dans lequel nous avons noté que Santé publique Ontario avait joué un rôle plus effacé, malgré le fait que l'organisme avait été expressément créé après l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 pour fournir une expertise scientifique et technique en période d'urgence sanitaire.

Le même rapport d'audit soulignait également que les experts en santé publique n'avaient pas joué un rôle de premier plan dans les mesures d'intervention de la province. Nous avons constaté que même si un médecin hygiéniste local (qui est devenu par la suite le médecin hygiéniste en chef de la province) a finalement rejoint le Groupe d'étude, sa nomination a

eu lieu le 8 janvier 2021, soit plus d'un mois après que le reste du Groupe d'étude eut commencé ses travaux le 4 décembre 2020. En raison de l'urgence et de la nécessité d'établir des priorités en matière d'accès aux vaccins, il était d'autant plus essentiel de disposer de l'expertise de décideurs qui comprennent les principes du Cadre éthique (décrit à la **section 2.2.2**) et d'un accès équitable à la vaccination pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Nous avons demandé aux 34 bureaux de santé publique si le Groupe d'étude disposait de l'expertise appropriée et s'en était servi pour éclairer ses décisions. Parmi les bureaux de santé publique qui ont répondu, 57 % ont jugé que ce n'était pas le cas, 10 % ont déclaré que c'était le cas et 33 % n'avaient pas d'opinion à ce sujet. Tous les bureaux de santé publique qui ont jugé que ce n'était pas le cas ont indiqué que le groupe avait besoin de spécialistes en santé publique et en médecine préventive. Nous avons également sondé des experts médicaux à ce sujet et, si 17 % des répondants ont estimé que le groupe disposait de l'expertise appropriée et s'en était servi, 33 % estimaient que ce n'était pas le cas et les 50 % restants n'avaient pas d'opinion à ce sujet. Par exemple, un expert nous a informés de ce qui suit : [traduction] « Le problème n'était pas l'accès à l'expertise... Le problème était que les dirigeants du Groupe d'étude ne connaissaient pas ou ne reconnaissaient pas la nature de l'expertise requise. Ils en savaient trop peu pour comprendre ce qu'ils devaient savoir. » (Pour une description des experts interrogés, voir la **section 3.0.**)

Nous avons également trouvé difficile d'évaluer l'efficacité du Groupe d'étude. Lorsque nous avons demandé au ministère de la Santé et au ministère du Solliciteur général s'ils avaient suivi tous les conseils du Groupe d'étude, ils nous ont informés qu'ils avaient tenu compte de tous les conseils fournis par le Groupe d'étude ainsi que d'autres facteurs au moment de prendre des décisions sur le programme de vaccination. Les ministères nous ont informés que les mesures proposées par le Groupe de travail étaient généralement conformes aux mesures prises en fin de compte par le gouvernement, mais que les ministères ne consignaient pas ces renseignements pour le démontrer.

Plusieurs experts médicaux et bureaux de santé publique ont également remis en question le choix de nomination du dirigeant du Groupe d'étude. Bien qu'ils aient reconnu que l'expertise logistique d'un général à la retraite était précieuse, ils auraient préféré que le dirigeant du Groupe dispose d'une expérience en santé publique. Ils étaient préoccupés par le manque de compréhension du système de distribution des vaccins en Ontario et d'expérience liée aux cliniques de vaccination de masse. Cette expertise aurait pu permettre une mise en oeuvre plus efficace. Notre Rapport spécial sur la planification et la prise de décisions face à l'éclosion de 2020 soulève un problème semblable concernant le Groupe de commandement pour le secteur de la santé créé par le ministère de la Santé.

Nous avons sondé les 34 bureaux de santé publique et leur avons demandé si la province avait pris une décision appropriée en nommant un général à la retraite pour diriger le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins. Parmi les répondants, 67 % ont jugé que ce n'était pas le cas, alors que 10 % ont estimé que c'était le cas, tandis que 23 % n'avaient pas d'opinion à ce sujet. Nous avons également sondé des experts médicaux à ce sujet et 50 % des répondants ont jugé que ce n'était pas le cas et les 50 % restants n'avaient pas d'opinion.

RECOMMANDATION 2

Afin de mieux réagir aux éclosions de maladies et de faire passer le programme de vaccination contre la COVID-19 d'un modèle d'intervention en cas de pandémie à une intervention habituelle, le ministère de la Santé devrait :

- établir un cadre de responsabilisation clair et adaptable qui englobe toutes les parties concernées pour les situations de santé publique nécessitant la prise de mesures d'urgence concernant les vaccins;
- intégrer le cadre et l'exigence de l'examiner chaque année pour en assurer la pertinence dans son futur plan d'intervention en cas de pandémie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation et continuera de mettre en oeuvre son cadre de responsabilisation évolutif à mesure qu'il passera d'une intervention en cas de pandémie à une intervention habituelle. Le programme de vaccination contre la COVID-19 a nécessité la collaboration de nombreux ministères, organismes, ordres de gouvernement et partenaires. Le cadre de gouvernance des vaccins contre la COVID-19 de la province a orienté la mise en oeuvre du programme de vaccins contre la COVID-19 et a permis de veiller à ce que les partenaires clés comprennent leurs rôles et responsabilités dans le cadre du programme.

À l'heure actuelle, le Ministère est en phase de « rétablissement », ce qui signifie qu'il reprend ses activités régulières et appuie la stabilisation du secteur de la santé. À mesure que la transition vers l'intervention habituelle sera terminée, le cadre de responsabilisation sera examiné sur une base annuelle et adapté au besoin.

4.1.3 Le taux de vaccination de la première dose de rappel pour les jeunes adultes était seulement de 40 % à l'été 2022 au moment de l'apparition d'un variant très contagieux

Absence d'objectifs établis pour orienter les mesures relatives aux troisième et quatrième doses

Depuis décembre 2021, le but du ministère de la Santé relatif aux rappels est d'assurer une couverture vaccinale optimale le plus rapidement possible, mais il n'a pas établi d'objectif précis en matière de taux de vaccination ni de délai pour y parvenir. Le Ministère nous a informés qu'il ne s'était pas fixé d'objectifs plus précis parce qu'à son avis, les cibles étaient problématiques étant donné la transmissibilité accrue du variant Omicron par rapport aux variants précédents de la COVID-19. Ainsi, plusieurs personnes doivent retarder leur dose en raison d'une infection récente. De plus, il a senti que la population était fatiguée et peu intéressée par des

doses supplémentaires du vaccin contre la COVID-19. Toutefois, sans objectif en matière de couverture vaccinale, le Ministère n'a pas pu commander de manière efficace des vaccins contre la COVID-19 en quantité suffisante pour les Ontariens tout en limitant le gaspillage. Le Ministère nous a informés que, d'après son expérience, la prévision de la demande est plus efficace que l'atteinte d'un objectif minimal de gaspillage.

Par contre, le Ministère a établi des objectifs en matière de vaccination des adultes de 18 ans et plus au moyen de la première et de la deuxième dose, et les a atteints, comme indiqué à l'**annexe 15**.

Santé publique Ontario a analysé l'incidence de la première dose de rappel (ou de la troisième dose) sur la réduction des hospitalisations. Entre le 15 décembre 2021 et le 27 mars 2022, alors qu'Omicron était la souche dominante, environ 5 848 hospitalisations ont pu être évitées chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

Comme indiqué à la **section 2.1.1**, à la mi-août 2022, l'Ontario avait pris du retard par rapport à la Colombie-Britannique, au Québec et aux provinces de l'Atlantique quant à sa couverture vaccinale avec la troisième dose. À cette période, 50 % des Ontariens avaient reçu la troisième dose. Nous avons examiné les taux de vaccination par groupe d'âge et constaté que même si les personnes âgées affichaient des taux plus élevés pour les troisième doses (au moins 80 % des personnes de 60 ans et plus), les taux des jeunes Ontariens étaient plus faibles, allant de 40 % pour les personnes de 18 à 29 ans à 64 % pour les personnes de 50 à 59 ans, comme le montre la **figure 13**.

Si les experts ont indiqué que l'infection due au variant Omicron, apparu fin 2021, conférait une immunité pendant trois mois, repoussant pour certains la nécessité de recevoir une troisième dose, dans la plupart des cas, il aurait été possible d'obtenir une troisième dose à la mi-août 2022.

Par ailleurs, à la mi-août 2022, moins de 40 % des enfants de cinq à 11 ans avaient reçu la deuxième dose.

Parallèlement, le Comité consultatif national de l'immunisation a formulé des recommandations sur le calendrier des troisième et quatrième doses pour certains groupes en 2022 (voir l'**annexe 16**).

Figure 13 : Taux de vaccination en Ontario selon la dose et le groupe d'âge, en août 2022 (%)

Source des données : Ministère de la Santé

Groupe d'âge	Première dose	Deuxième dose	Troisième dose
5 - 11	58	38	Voir note
12 - 17	91	94	19
18 - 29	90	87	40
30 - 39	92	89	48
40 - 49	91	90	55
50 - 59	92	90	64
60 - 69	98	97	80
70 - 79	100	100	90
80 et plus	100	100	91

Note : 335 enfants, soit 0,03 % des enfants de 5 à 11 ans, avaient reçu la troisième dose au 18 août 2022 en raison de leur immunodéficience.

Toutefois, le Ministère n'a pas établi de cibles de taux de couverture ni de délais, de sorte qu'il n'a pas pu mesurer les taux de couverture vaccinale par rapport aux cibles pour déterminer les mesures correctives nécessaires.

Taux de vaccination inconnus pour la plupart des groupes présentant des facteurs de risque

Si le facteur de risque le plus important pour la COVID-19 est l'âge, des problèmes de santé peuvent aussi rendre certaines personnes plus vulnérables à la COVID-19. L'enseignement en classe se poursuit à l'automne et à l'hiver 2022 et nous restons plus à l'intérieur pendant cette période. Par conséquent, il pourrait être intéressant d'utiliser des données locales sur les taux de vaccination et des objectifs relatifs aux groupes présentant des facteurs de risques accrus pour orienter les efforts de vaccination en faveur des personnes les plus vulnérables en Ontario. Le ministère des Soins de longue durée consigne les taux de vaccination des résidents en foyers de soins de longue durée, mais le ministère de la Santé ne tient pas de dossier similaire sur les personnes immunodéprimées ou qui vivent dans d'autres milieux collectifs. L'absence de collecte de données dans ce domaine est abordée à la **section 4.4.1**.

RECOMMANDATION 3

Pour protéger les Ontariens, en particulier ceux qui présentent un risque accru de développer une forme grave de la COVID-19, le ministère de la Santé devrait :

- demander des conseils d'experts et établir des objectifs appropriés en matière de vaccination sûre par groupe de risque;
- recueillir les données sur les taux de vaccination et les mesurer par rapport aux objectifs établis;
- mettre à jour sa stratégie de vaccination en temps opportun selon les nouveaux renseignements obtenus.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation et continuera de travailler avec ses partenaires fédéraux et provinciaux à l'élaboration de cibles fondées sur des données probantes par groupe de risque et à l'établissement de cibles, le cas échéant, fondées sur les directives cliniques, les données épidémiologiques et les objectifs stratégiques. Cela comprend une collaboration et des discussions continues avec la structure du Réseau pancanadien de santé publique (p. ex. le Comité canadien sur l'immunisation), Santé publique Ontario et le Comité consultatif ontarien de l'immunisation.

Le Ministère continuera de collaborer avec l'ICES pour recueillir, mesurer et surveiller les taux de vaccination des groupes à risque élevé en Ontario. Le Ministère continuera de communiquer régulièrement les taux de vaccination des groupes à risque élevé aux principaux intervenants participant à la distribution de vaccins contre la COVID-19, aux responsables cliniques des programmes provinciaux de Santé Ontario, aux bureaux de santé publique, aux pharmacies, aux fournisseurs de soins primaires et aux hôpitaux.

À la lumière de ces collaborations, ainsi que des renseignements épidémiologiques faisant l'objet d'une surveillance par le bureau du médecin

hygiéniste en chef de l'Ontario, le Ministère continue d'examiner et de mettre à jour les directives sur les vaccins contre la COVID-19 et les recommandations pour les groupes à risque élevé sur une base régulière.

4.2 Prise de rendez-vous pour les vaccins

4.2.1 Le système provincial de prise de rendez-vous a été lancé trois mois après l'arrivée des vaccins, ce qui a donné lieu à un manque de coordination du système

L'Ontario a reçu son premier lot de vaccins à la mi-décembre 2020. Le ministère de la Santé n'a lancé le système provincial de prise de rendez-vous pour les vaccins que le 15 mars 2021. Ce système comprend les rendez-vous pris par le biais du site Web provincial de prise de rendez-vous de vaccination et ceux pris par téléphone en composant le numéro sans frais de l'InfoCentre provincial pour la vaccination. Comme la vaccination a commencé en Ontario en décembre 2020, avant la mise en oeuvre du système provincial de prise de rendez-vous, de nombreux bureaux de santé publique et autres exploitants de lieux de vaccination ont mis au point leurs propres outils de prise de rendez-vous.

Selon les experts médicaux et le personnel des bureaux de santé publique, le gouvernement provincial aurait dû mettre en place un système centralisé de prise de rendez-vous plus tôt. Nous avons demandé aux 34 bureaux de santé publique s'ils croyaient que le gouvernement provincial avait mis en place le système de prise de rendez-vous à temps. Parmi les répondants, 73 % ont jugé que le système n'avait pas été prêt à temps, alors que seulement 17 % ont estimé que c'était le cas et 10 % n'avaient aucune opinion à ce sujet.

De plus, 83 % des répondants des bureaux de santé publique ont affirmé avoir consacré du temps, des efforts et des ressources à la création de leur propre système de prise de rendez-vous pour les vaccins.

En avril 2021, 13 des 34 bureaux de santé publique (38 %) utilisaient le système provincial pour la

prise de rendez-vous en ligne et par téléphone, six (18 %) utilisaient le système provincial en ligne, mais continuaient d'assurer la réservation par téléphone par le biais de leurs propres services d'accueil et 15 (44 %) avaient choisi d'utiliser leurs propres outils de prise de rendez-vous en ligne et services d'accueil pour la prise de rendez-vous par téléphone.

En avril 2022, 16 (47 %) bureaux de santé publique utilisaient le système provincial de prise de rendez-vous, les 18 autres (53 %) préférant utiliser leurs propres outils et services d'accueil pour la prise de rendez-vous par téléphone. Nous avons sondé tous les bureaux de santé publique et leur avons demandé s'ils croyaient que la province aurait dû exiger l'utilisation de son système de prise de rendez-vous à l'échelle de la province. Il est intéressant de noter que seulement 27 % environ des bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage étaient d'accord avec cela, alors que 58 % n'étaient pas d'accord. Plusieurs bureaux de santé publique ont indiqué que l'utilisation de leur propre système de prise de rendez-vous leur permettait de s'adapter aux circonstances locales. Environ 23 % des bureaux de santé publique n'avaient pas d'opinion à ce sujet.

En comparaison, la plupart des autres exploitants de lieux de vaccination n'utilisaient pas non plus le système provincial de prise de rendez-vous. La plupart des hôpitaux utilisaient leurs propres outils de prise de rendez-vous pour les vaccins, à l'exception de six hôpitaux qui utilisaient le système provincial au moment de notre audit. Les pharmacies et les établissements de soins primaires utilisaient leur propre système de prise de rendez-vous.

Le Ministère a déclaré ignorer le nombre de systèmes différents utilisés dans la province pour les rendez-vous de vaccination contre la COVID-19. Le système provincial de prise de rendez-vous demeure décentralisé.

En comparaison, la Nouvelle-Écosse et le Québec avaient mis en place un système centralisé de prise de rendez-vous dès l'arrivée des vaccins. De plus, dans le système de la Nouvelle-Écosse, les clients indiquent leur âge et leur code postal et le système leur fournit une liste des prochains rendez-vous disponibles et des

lieux associés. Nous avons également été informés que le système de l'Alberta permettait la prise de rendez-vous dans les pharmacies depuis le 23 août 2021.

4.2.2 Le manque d'uniformité quant à l'admissibilité dans plusieurs systèmes de prise de rendez-vous a entraîné de la confusion, une mauvaise expérience pour les utilisateurs, des problèmes d'accès et des occasions manquées de collecte de données sur la santé

Bien que le système provincial de prise de rendez-vous pour les vaccins permette au ministère de la Santé de contrôler les critères d'admissibilité des exploitants de lieux de vaccination, d'autres exploitants utilisent leur propre système de prise de rendez-vous, comme certains bureaux de santé publique, la plupart des hôpitaux et toutes les pharmacies, et pourraient assouplir le calendrier de disponibilité des vaccins contre la COVID-19 pour les populations admissibles. Dans certains cas, cela a permis aux personnes qui avaient pris des rendez-vous au moyen de ces systèmes d'obtenir un rendez-vous avant celles qui avaient pris des rendez-vous au moyen du système provincial. Le personnel du Ministère a confirmé que même si les exploitants qui utilisaient leur propre système de prise de rendez-vous étaient tenus de respecter les règles d'admissibilité fournies par le Ministère, les systèmes décentralisés avaient miné sa capacité à contrôler les décisions en matière d'admissibilité à la vaccination pour certains groupes. Plus de 70 % des bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage ont constaté que les multiples systèmes de prise de rendez-vous créaient de la confusion chez les Ontariens. En outre, certains bureaux de santé publique ont répondu que cette multitude de systèmes empêchait la collecte de données sur les déterminants sociaux de la santé qui permettent de mieux répondre aux préoccupations en matière d'équité, et faussait les données sur le nombre de rendez-vous pris à cause des personnes qui avaient le temps et les ressources pour prendre plusieurs rendez-vous en même temps.

L'absence d'un système centralisé, surtout au début du déploiement lorsque les vaccins étaient rares, a entraîné un manque d'uniformité dans les contrôles

et les vérifications lors de la prise de rendez-vous pour les groupes prioritaires, comme les travailleurs de la santé et les personnes immunodéprimées, pour s'assurer que les personnes appartenant à ces groupes prioritaires étaient les seules personnes autorisées à prendre rendez-vous. Selon les bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage, 80 % des bureaux de santé publique avaient établi des processus d'inscription et environ 87 % avaient établi des processus sur place pour vérifier la priorité lorsque les vaccins étaient rares. Les deux tiers des experts médicaux qui ont répondu à notre sondage ont également indiqué que les multiples systèmes de prise de rendez-vous pour les vaccins avaient causé de la confusion chez les Ontariens, réduit la capacité d'obtenir rapidement un rendez-vous, miné la confiance du public envers le gouvernement de l'Ontario et nuï à la bonne réputation de ce dernier. La moitié des experts médicaux interrogés ont indiqué que cela avait nuï à l'offre équitable de vaccins et augmenté le nombre de rendez-vous manqués en raison du « magasinage » de vaccin.

Les critères évoluant rapidement, le Ministère a mis en place un suivi de l'admissibilité par bureau de santé publique afin d'aider le personnel du centre d'appels du ministère des Services au public et aux entreprises à orienter les personnes appelant de tout l'Ontario pour obtenir un vaccin. Par exemple, le 4 avril 2021, sur les 34 bureaux de santé publique, deux prenaient les rendez-vous pour les personnes de 60 ans et plus, quatre pour les personnes de 65 ans et plus, 26 pour les personnes de 70 ans et plus et deux pour les personnes de 75 ans et plus.

Certains hôpitaux demandaient aux personnes d'utiliser le système provincial de prise de rendez-vous, même lorsque le bureau de santé publique auquel ils appartiennent ne l'utilisait pas. Une personne vivant à proximité de l'hôpital devait donc penser à vérifier à la fois le système provincial de prise de rendez-vous et le site Web de l'hôpital pour s'assurer de voir toutes les disponibilités près de chez elle.

4.2.3 En raison de l'absence de système centralisé de prise de rendez-vous, une même personne pouvait prendre plusieurs rendez-vous, menant à des rendez-vous manqués à des moments critiques

Le grand nombre de systèmes non coordonnés, conçus par différents exploitants de lieux de vaccination appliquant différemment les critères d'admissibilité, a permis aux Ontariens de « magasiner » des vaccins ou de prendre plus d'un rendez-vous à la fois. Cela a entraîné de nombreux rendez-vous manqués.

Le « magasinage » de vaccins a nui à l'efficacité de la prise de rendez-vous. Un rendez-vous manqué représente une occasion perdue pour une autre personne de se faire vacciner plus tôt. Nous avons sondé les 34 bureaux de santé publique et constaté que 80 % de ceux qui ont répondu estimaient que la multitude de systèmes de prise de rendez-vous avait donné lieu à un nombre élevé de rendez-vous manqués en raison du « magasinage » de vaccins.

À la mi-juin 2021, le ministère de la Santé a partiellement traité le problème des multiples rendez-vous en programmant dans le système provincial une fonction de vérification quotidienne de la base de données sur les vaccins afin d'annuler tout rendez-vous d'une personne qui avait déjà reçu la dose. Toutefois, cette méthode permet de repérer seulement les rendez-vous pris par l'intermédiaire du système provincial de prise de rendez-vous et ne fonctionne pas lorsque plusieurs rendez-vous ont été pris par d'autres systèmes.

Selon les données fournies par le Ministère, en 2021, plus de 227 000 rendez-vous manqués ont été pris par le biais du système provincial. Ce nombre n'inclut pas les rendez-vous manqués pris par les systèmes des pharmacies, des hôpitaux, des établissements de soins primaires et des bureaux de santé publique.

Nous avons sondé les 34 bureaux de santé publique pour leur demander s'ils aimeraient que les futures améliorations apportées au système limitent la prise de rendez-vous en double. Parmi les répondants, 90 % ont déclaré qu'ils aimeraient cela et 10 % n'avaient aucune

opinion à ce sujet. Les deux tiers des experts médicaux ayant répondu ont également déclaré qu'ils aimeraient cela.

4.2.4 Un organisme tiers est intervenu pour aider la population à prendre les rendez-vous de vaccination

Le ministère de la Santé n'a pas évalué l'utilité d'organismes comme Vaccine Hunters Canada pour aider les Ontariens à trouver rapidement des rendez-vous de vaccination, ni la façon dont ils ont pu contribuer à améliorer l'équité et les leçons qui pourraient être tirées.

Pour aider la population à accéder plus facilement aux rendez-vous de vaccination, Vaccine Hunters Canada (un groupe de bénévoles de partout au Canada et de nombreux bénévoles en Ontario) a mis au point des outils et utilisé les médias sociaux pour aider les Canadiens à s'y retrouver en matière d'admissibilité et de prise de rendez-vous. Vaccine Hunters Canada a été créé en mars 2021. Il s'agit d'un service communautaire indépendant et non partisan dirigé par des bénévoles, fondé par un Ontarien responsable qui a eu de la difficulté à trouver des rendez-vous de vaccination pour ses parents et qui a constaté des lacunes en matière de coordination. En mars 2022, l'organisme a réduit ses activités, car ses services étaient moins utiles à mesure que la demande en vaccins diminuait.

Le fondateur de Vaccine Hunters Canada a mis sur pied un forum en ligne à l'aide de Discord et un compte Twitter et a commencé à utiliser des plateformes populaires de médias sociaux comme Instagram, Facebook, Snapchat et TikTok pour informer les gens sur les rendez-vous de vaccination disponibles. Sur ces plateformes, des bénévoles qui se sont joints à lui et des membres de la population indiquaient les rendez-vous disponibles par région. Ils indiquaient également les rendez-vous annulés pour combler les créneaux libres. L'un des outils les plus populaires utilisés par l'organisme était son forum en ligne, où les Ontariens pouvaient choisir leur province et leur région pour être informés sur les créneaux de vaccination libres.

Vaccine Hunters Canada a également tenté de contribuer à regrouper les renseignements sur les créneaux libres au moyen de l'outil « Trouvez votre immunisation », une application Web. Cet outil a permis aux personnes à la recherche de rendez-vous de vaccination d'obtenir un accès simplifié à certains rendez-vous en pharmacie grâce à des partenariats avec des fournisseurs comme Sobeys et Walmart.

Vaccine Hunters Canada s'est également associé à la cité de Toronto qui, à la fin de chaque journée, transmettait l'information sur les rendez-vous disponibles à la clinique de vaccination de la ville pour le lendemain.

Le ministère de la Santé de l'Ontario nous a informés qu'il avait pris la décision délibérée de ne pas communiquer avec Vaccine Hunters Canada et de ne pas mentionner cet organisme lors des conférences de presse, parce qu'il ne voulait pas manifester de préférence pour un tiers qui tentait d'aider les Ontariens à coordonner leurs rendez-vous.

4.2.5 Les sites Web provinciaux et locaux d'information sur les rendez-vous n'étaient pas accessibles à tous les Ontariens

Les renseignements en ligne sur le processus de prise de rendez-vous pour les vaccins étaient disponibles en anglais et en français, mais pas dans d'autres langues

Le site Web du gouvernement de l'Ontario fournit des renseignements sur le processus de prise de rendez-vous pour les vaccins contre la COVID-19, mais seulement en anglais et en français. Selon les données du recensement de 2016, 3,7 millions d'Ontariens, soit environ 28 % de la population, ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais. En comparaison, le site Web de la Colombie-Britannique sur le processus de prise de rendez-vous pouvait être consulté dans 14 autres langues, dont le tagalog, le russe, le mandarin, le cantonais et le farsi. Les sites Web de l'Alberta sur la COVID-19 comprenaient un accès direct à des ressources disponibles dans plus d'une douzaine de langues.

Le Ministère a eu recours à l'InfoCentre provincial pour la vaccination, qui permettait d'accéder à des services téléphoniques traduits dans plus de

300 langues. Nous avons toutefois constaté qu'il n'y avait aucune référence à l'InfoCentre sur la page Web d'information générale sur la COVID-19 du Ministère ou sur sa page Web sur la prise de rendez-vous pour les vaccins. La page Web sur le vaccin contre la COVID-19 du Ministère mentionne la capacité de l'InfoCentre à offrir des services dans plus de 300 langues seulement au bas de la page, loin du bouton « Prendre un rendez-vous ».

Le système de prise de rendez-vous n'a pas été conçu de façon à s'assurer que les groupes prioritaires obtiendraient les rendez-vous en premier

Le 15 décembre 2020, l'Ontario Medical Association (OMA) a publié de façon proactive un livre blanc intitulé « Shining a Light at the End of the Tunnel—Guiding Considerations for a Safe, Accessible and Equitable COVID-19 Vaccination Framework in Ontario ». Le document contenait des recommandations de l'OMA fondées sur sa vaste connaissance du système de soins de santé, y compris la nécessité d'intégrer les systèmes d'information, la surveillance et le contrôle, la distribution et l'administration des vaccins, la définition des populations prioritaires, ainsi que la sensibilisation du public et la réduction de la réticence face à la vaccination. L'annexe 17 présente les recommandations de l'Association.

Ce livre blanc recommandait au gouvernement d'utiliser un système intégré d'information en ligne pour les rendez-vous de vaccination, qui devrait aussi tenir compte des différences en matière d'accès à la technologie et de littératie numérique pour s'assurer que [traduction] « ce système n'exclut pas certains patients, en particulier ceux qui pourraient être les plus vulnérables ». Nous avons sondé des experts médicaux pour savoir s'ils estimaient que le système provincial de prise de rendez-vous pour les vaccins était convivial et accessible pour les Ontariens de tous âges et de tous statuts socioéconomiques; 67 % ont jugé que ce n'était pas le cas. L'un d'eux a fait remarquer ce qui suit : [traduction] « Il était clair que les aînés résidant dans la collectivité, en particulier dans les quartiers pauvres, ne recevaient pas leurs vaccins aussi rapidement que les personnes connaissant bien

Internet dans les quartiers aisés ». Un autre a précisé ce qui suit : [traduction] « C'était une approche de type Hunger Games favorisant ceux qui avaient le temps et les ressources nécessaires pour faire face aux créneaux limités. [...] ceux qui en avaient le moins besoin recevaient le vaccin en premier, parce qu'ils avaient le privilège d'avoir une éducation, du temps et des outils ».

Un bureau de santé publique (Wellington-Dufferin-Guelph) a partiellement répondu à cette préoccupation en utilisant un système de préinscription, dans le cadre duquel les Ontariens de cette région souhaitant obtenir des vaccins pouvaient préinscrire leur profil en ligne et étaient contactés lorsque leur tour était venu de se faire vacciner, en fonction de leur profil de risque. Ce système visait à s'assurer que les personnes les plus prioritaires auraient accès à des rendez-vous de vaccination, quelle que soit leur connaissance de la technologie. Il a également permis au bureau de santé d'identifier les collectivités locales où les taux de préinscription étaient plus faibles, indiquant un besoin de sensibilisation.

Nous avons sondé les 34 bureaux de santé publique pour leur demander s'ils aimeraient qu'une fonction de préinscription soit intégrée au système provincial de prise de rendez-vous. Parmi les répondants, 47 % le souhaitaient et 23 % ne le souhaitaient pas. Les 30 % restants n'avaient aucune opinion à ce sujet. Plus de 80 % des experts médicaux ayant répondu souhaitaient l'intégration d'une telle fonction.

RECOMMANDATION 4

Afin de promouvoir l'efficacité et l'équité en matière de prise de rendez-vous pour le programme actuel de vaccination contre la COVID-19 et tout programme provincial de vaccination de masse à venir, le ministère de la Santé devrait :

- travailler de concert avec les exploitants des lieux de vaccination, y compris les bureaux de santé publique, les hôpitaux et les pharmacies, pour assurer l'application uniforme des critères d'admissibilité aux vaccins sur tous les sites de prise de rendez-vous;

- élaborer et mettre en oeuvre des options technologiques semblables à celles utilisées par Vaccine Hunters Canada pour aider le public à trouver des créneaux de rendez-vous de vaccination de façon centralisée;
- évaluer la faisabilité de l'identification et de la préinscription des personnes à risque élevé afin qu'elles obtiennent la priorité pour les rendez-vous de vaccination et l'intégrer à son futur plan d'intervention en cas de pandémie;
- élaborer une stratégie de communication en ligne pour la prise de rendez-vous dans le cadre du programme de vaccination de masse afin de tenir compte des langues autres que le français et l'anglais, et l'intégrer à son plan d'intervention en cas de pandémie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation et continue de coordonner avec les exploitants de sites de vaccination l'application uniforme des critères d'admissibilité par de multiples canaux et continuera d'évaluer et d'explorer d'autres méthodes pour harmoniser l'application des critères d'admissibilité sur tous les sites de prise de rendez-vous.

Le Ministère évaluera la valeur de la création d'une solution technologique pour aider le public à trouver des rendez-vous de vaccination de manière centralisée si l'offre de vaccins est insuffisante pour répondre à la demande.

Le Ministère continue d'adopter les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation, qui détermine quelles populations sont considérées comme présentant un risque élevé. Le Ministère continuera d'évaluer et d'explorer les possibilités d'inciter les personnes à risque élevé à se faire vacciner, y compris par une évaluation de la possibilité d'utiliser un système de préinscription en Ontario.

Le Ministère continuera d'évaluer et d'explorer les possibilités d'élargir la sélection de langues

offerte aux personnes qui prennent des rendez-vous de vaccination, notamment en procédant à une évaluation des autres provinces et régions de l'Ontario qui offrent un service dans des langues autres que le français et l'anglais pour la prise de rendez-vous. Tout au long du programme de vaccination, l'InfoCentre provincial pour la vaccination a offert des réservations dans 300 langues aux clients dont le bureau de santé publique utilisait le système provincial de réservation. La province a créé des ressources en plusieurs langues à divers moments du programme de vaccination (p. ex. langues autochtones, espagnol, arabe, etc.), notamment sur la façon de prendre un rendez-vous de vaccination, et continuera de le faire.

4.3 Lieux de vaccination et administration des vaccins

4.3.1 Les taux et méthodes de rémunération variaient entre les vaccinateurs

Des taux de rémunération très variés ont été appliqués pour les services de vaccination des exploitants des lieux de vaccination

Comme prévu, notre analyse des coûts par dose dans l'ensemble des entités du secteur public et du secteur privé, comme il est mentionné à la **section 2.4.2**, a révélé que les coûts par dose sont considérablement plus élevés durant les périodes de faible demande comparativement aux périodes de forte demande en raison des économies d'échelle réalisées dans ce dernier cas et des charges fixes comme le loyer, la publicité, les TI et la dotation en personnel.

Dans l'ensemble, notre analyse a également révélé que les bureaux de santé publique, les hôpitaux, les pharmacies, les cabinets de médecins et d'autres établissements de soins primaires, à l'origine de la majorité des vaccins administrés par la province, sont plus rentables que les cliniques privées engagées par les ministères. Les bureaux de santé publique et les hôpitaux font fonctionner des cliniques de vaccination de masse, qui sont les modes de prestation les plus économiques et qui permettent de vacciner de

nombreuses personnes en même temps. Les cabinets de médecins et les pharmacies sont remboursés par la province à un taux de 13 \$ par dose administrée, peu importe les coûts qu'ils engagent pour offrir les services de vaccination.

Les entreprises du secteur privé ont principalement été engagées par les ministères pour fournir un soutien aux bureaux de santé publique pour la vaccination des populations difficiles à atteindre ou prioritaires, comme les travailleurs étrangers temporaires, les travailleurs essentiels qui ne peuvent pas travailler à leur domicile et les collectivités où le taux de vaccination est faible. On s'attendait à ce que les coûts par dose associés à ces entreprises soient plus élevés que ceux des intervenants du secteur public en raison des défis posés par l'accès à ces populations; toutefois, notre analyse indique des variations importantes des coûts par dose, comme le montre la **figure 8**.

Des variations des coûts par dose ont également été observées d'un bureau de santé publique à l'autre. Notre analyse des dépenses déclarées par les bureaux de santé publique engagées dans le cadre de la vaccination, comme le montre la **figure 9**, a révélé que les coûts par dose variaient considérablement, allant de 17 \$ à 87 \$, pour une moyenne de 52 \$ par dose. Selon le ministère de la Santé, la majorité de ces coûts sont liés au personnel, comme les vaccinateurs et le personnel de soutien des cliniques. Le Ministère a expliqué que les coûts associés à la prestation du programme de vaccination contre la COVID-19 variaient en fonction des conditions locales dans les bureaux de santé publique comme la capacité existante, l'infrastructure disponible, les besoins uniques de la population, la géographie, le soutien de l'administration municipale et l'aide des hôpitaux locaux, des établissements de soins primaires et des pharmacies.

Bien que nous reconnaissons que le Ministère était confronté à des contraintes de temps sans précédent en raison de la pandémie, à l'avenir, il serait prudent pour le Ministère de trouver des modes de prestation plus économiques et de faire appel à des bénévoles, particulièrement en période de crise, pour les futures campagnes de vaccination de masse.

Le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général ont versé des taux de rémunération très différents aux vaccinateurs selon la profession ou le lieu de vaccination

Nous avons constaté que le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général ont versé des taux différents aux vaccinateurs selon leur profession et selon qu'ils travaillaient dans un lieu exploité par un organisme du secteur privé, un hôpital ou un bureau de santé publique. Les médecins ont reçu une rémunération beaucoup plus élevée que le personnel infirmier et les pharmaciens pour avoir vacciné le public dans des lieux de vaccination exploités par les bureaux de santé publique et les hôpitaux. Lorsque des organismes du secteur privé ont affecté du personnel à des lieux de vaccination exploités par des bureaux de santé publique ou des hôpitaux, ces employés

étaient rémunérés plus que ceux qui travaillaient dans des organismes publics ou sans but lucratif comme des bureaux de santé publique ou des hôpitaux et qui étaient rémunérés directement par ces organismes. Les taux de rémunération pour les services de vaccination sont indiqués à la **figure 14**.

Le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général n'ont pas supervisé les processus de paiement pour assurer la rémunération équitable et raisonnable des vaccinateurs. Par exemple, même si le ministère de la Santé nous a informés qu'il payait les médecins plus que le personnel infirmier parce que les médecins sont généralement mieux payés, il n'avait pas réalisé d'analyse pour démontrer que cette pratique était juste étant donné que les professionnels de la santé accomplissaient tous cette tâche dans les lieux de vaccination. De plus, au 31 juillet 2020, le ministère

Figure 14 : Comparaison des taux horaires de rémunération pour certains vaccinateurs dans certains milieux (\$)

Source des données : Ministère de la Santé, ministère du Solliciteur général et cinq bureaux de santé publique choisis

	Médecins	Pharmaciens	Personnel infirmier autorisé	Personnel infirmier auxiliaire autorisé	Ambulancier paramédical
Clinique de vaccination avec vaccinateurs ¹ affectés par une entreprise du secteur privé ²	s.o. 3	120	120	82	95
Clinique mobile de vaccination exploitée par un organisme sans but lucratif ¹	62	62	62	62	62
Clinique de vaccination de masse ou clinique mobile/éphémère exploitée par un bureau de santé publique ^{4, 5}	170	30	33 - 49	25 - 37	30 - 49
Clinique de vaccination de masse ou clinique mobile/éphémère exploitée par un hôpital ^{4, 6}	170	43 - 57	32 - 49	30 - 31	s.o. 7

1. Le taux horaire indiqué s'applique aux journées de travail allant jusqu'à 12 heures par jour, quand le vaccinateur habite à moins de 100 km de la clinique à laquelle il a été affecté. Le tarif augmente si les vaccinateurs ne vivent pas dans un rayon de 100 km de la clinique, travaillent lors des jours fériés ou travaillent plus de 12 heures par jour.
2. Le ministère du Solliciteur général a conclu une entente contractuelle avec cette entreprise en avril 2021 pour l'affectation de vaccinateurs et de personnel de soutien dans diverses cliniques de la province exploitées par les bureaux de santé publique, les hôpitaux et la province.
3. Conformément aux modalités de l'entente contractuelle, les médecins ont assuré une supervision médicale à un taux horaire de 250 \$, mais pas de services de vaccination. La surveillance médicale comprend un encadrement médical et des soins renforcés pour les patients à la clinique, au besoin.
4. Le tarif horaire indiqué correspond aux services fournis du lundi au vendredi de 7 h à 17 h. Le tarif augmente si les vaccinateurs travaillent les jours fériés ou entre 17 h à 7 h.
5. Données fournies par cinq bureaux de santé publique que nous avons interrogés pour obtenir des renseignements sur la rémunération des vaccinateurs. Ces bureaux de santé publique sont situés dans différentes régions de l'Ontario. La fourchette représente les taux les plus bas et les plus élevés parmi toutes les réponses que nous avons reçues. En plus des cinq professions énumérées, les bureaux de santé publique ont également fait appel à du personnel infirmier à la retraite, à des médecins à la retraite, à des étudiants vétérinaires, à des étudiants en pharmacie et en soins infirmiers, à des dentistes et à des pompiers. Les bureaux de santé publique leur versaient un taux horaire standard allant de 21 à 30 \$, peu importe leur profession.
6. Données tirées de documents accessibles au public comme les conventions collectives et les offres d'emploi pour un échantillon de cinq hôpitaux.
7. Les ambulanciers paramédicaux étaient employés par la municipalité ou les bureaux locaux de santé publique.

de la Santé avait déjà versé 642 millions de dollars en avance sans intérêt aux émetteurs de factures admissibles dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, y compris les médecins, pour régler tout problème de trésorerie qui aurait pu survenir au cours des premiers stades de l'éclosion de COVID-19. Ce paiement est décrit dans notre Rapport spécial sur la gestion des dépenses en matière de santé liées à la COVID-19, publié en 2020.

À l'avenir, la rémunération équitable dans tous les modèles de cliniques de vaccination utilisés pour administrer le vaccin contre la COVID-19 au public doit être considérée comme un enjeu important.

Dans le but de régler la question de la rémunération inéquitable entre les différents professionnels de la santé qui exécutaient la même tâche d'administration des vaccins, un bureau de santé publique avec qui nous avons parlé a payé tous les vaccinateurs selon un taux horaire standard établi dans les arrangements en matière de rémunération, peu importe la profession du vaccinateur.

Les médecins ne sont pas incités financièrement à vacciner à leur cabinet

Les cabinets de soins primaires étaient considérés comme un lieu propice à la lutte contre la réticence face à la vaccination grâce à la confiance accordée aux médecins. Les médecins pouvaient travailler à leur propre cabinet, ainsi que dans les cliniques de vaccination de masse exploitées par les bureaux de santé publique ou les hôpitaux. Nous avons toutefois constaté que la structure de facturation établie par le ministère de la Santé n'incitait pas les médecins à offrir des services de vaccination dans leurs cabinets. En fait, le Ministère n'avait pas comparé les avantages de la vaccination dans les cliniques de vaccination de masse à ceux des cabinets de médecins.

Le Ministère rémunérait les médecins entre 170 \$ et 220 \$ l'heure en vertu de l'entente négociée par le Ministère pour travailler dans des centres de vaccination exploités par un bureau de santé publique ou un hôpital. En comparaison, les médecins qui vaccinent les patients dans leur propre cabinet reçoivent 13 \$ par dose, un tarif également destiné à couvrir les frais généraux et administratifs liés à la

vaccination, comme le personnel chargé de la saisie des données. L'écart important entre ces taux versés aux médecins pourrait avoir dissuadé ces derniers de vacciner leurs patients dans leur cabinet. Le Ministère nous a informés qu'il n'avait aucun objectif stratégique quant à la vaccination par les médecins dans leur cabinet ou dans des cliniques de vaccination de masse, et qu'il n'avait aucune analyse à cet effet, y compris les dépenses et le temps consacré selon chaque modèle, pour justifier les écarts de rémunération.

Le Ministère a créé deux codes de facturation horaire liés à toutes les tâches effectuées par les médecins dans le cadre de la COVID-19 : H409A (170 \$ l'heure pour les heures normales de travail en semaine) et H410A (220 \$ l'heure pour le travail effectué à l'extérieur des heures normales de bureau, du lundi au vendredi). Ces deux codes peuvent être utilisés par les médecins pour facturer à la province non seulement leurs services d'administration des vaccins, de supervision et de surveillance des effets secondaires dans les lieux de vaccination, mais aussi les services d'évaluation de la COVID-19 gérés par les hôpitaux. En raison de l'absence de codes de facturation distincts pour les autres services médicaux liés à la COVID-19, le Ministère n'a pas été en mesure de déterminer quelle part du financement a été affectée à la vaccination des patients et quelle part à l'évaluation des patients.

À partir de mars 2021, les médecins ont commencé à administrer les vaccins contre la COVID-19 dans leurs cabinets. La **figure 15** compare les statistiques des médecins qui ont facturé à l'heure pour leur travail auprès des bureaux de santé publique et des hôpitaux et de ceux qui ont facturé à la dose administrée dans leur cabinet de mars 2021 à mai 2022. Au cours de cette période, plus de 6 000 médecins ont facturé à la province au taux horaire pour des tâches liées à la COVID-19, alors qu'un peu plus de 3 000 ont facturé des honoraires à la province pour l'administration de vaccins dans leur cabinet.

Nous avons sondé les 34 bureaux de santé publique pour connaître leur avis sur la façon dont les médecins étaient rémunérés. Parmi les bureaux de santé publique qui ont répondu, 40 % estimaient que les médecins étaient surpayés pour leur travail dans les cliniques de vaccination de masse et que leur charge

Figure 15 : Facturation des médecins pour les services de vaccination, de supervision et de surveillance, de mars 2021 à mai 2022

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec les renseignements transmis par le ministère de la Santé

Lieu de travail	Facture des médecins (no)	Taux de rémunération (\$)	Montant moyen facturé par médecin	Total des factures des médecins	Montant total facturé (en millions de dollars)	Montant moyen facturé par médecin (\$)
Lieu de vaccination ou centre d'évaluation exploité par un hôpital	4 3391	170 \$ par heure (journée), 220 \$ par heure (après les heures normales)	160 heures	695 998 heures	132	30 488
Lieu de vaccination ou centre d'évaluation exploité par un bureau de santé publique ²	3 4721	170 \$ par heure (journée), 220 \$ par heure (après les heures normales)	114 heures	394 158 heures	77	22 124
Cabinet de médecin	3 168	13 \$ par dose	197 doses	623 711 doses	8	2 565

1. 1 690 médecins ont facturé le travail effectué pour les bureaux de santé publique et les hôpitaux et sont donc inclus dans les deux totaux.

2. Nous avons inclus des données sur les médecins spécialisés en médecine familiale ou générale seulement, car ces médecins sont plus susceptibles d'avoir également un cabinet de soins primaires. Cette facturation inclut non seulement les services de vaccination contre la COVID-19 assurés dans les cliniques, mais aussi les services de supervision et de surveillance dans ces cliniques (bureaux de santé publique et hôpitaux), ainsi que le travail effectué dans les centres d'évaluation de la COVID-19 (hôpitaux seulement).

de travail ne correspondait pas à leur rémunération. Neuf employés des bureaux de santé publique avaient entendu des médecins dire que la différence de rémunération les avait incités à travailler dans des cliniques de vaccination de masse plutôt que dans leurs propres cabinets.

Lorsqu'on leur a demandé de commenter les difficultés rencontrées pendant la distribution des vaccins et le soutien supplémentaire qu'ils aimeraient obtenir de la province, neuf bureaux de santé publique ont signalé que le manque de participation des médecins et des cabinets de soins primaires était un problème majeur, car ces cabinets étaient un lieu de confiance où les gens se rendent pour recevoir leurs vaccins, en particulier pour les enfants. Les bureaux de santé publique ont également affirmé que les médecins n'étaient pas suffisamment incités à vacciner dans leurs propres cabinets. En outre, les bureaux de santé publique ont indiqué que les taux de rémunération des médecins pour le travail effectué dans les cliniques ont entraîné une baisse du moral chez les autres vaccinateurs travaillant dans les mêmes établissements qui étaient payés beaucoup moins bien et qui se sentaient déjà épuisés et sous-estimés.

4.3.2 Faiblesse du processus de rapprochement pour les entités proposant la vaccination rémunérées en fonction du volume de vaccination

Nous avons constaté que le ministère de la Santé et le ministère du Solliciteur général ne rapprochaient pas systématiquement les paiements versés aux pharmacies et aux autres entités proposant la vaccination qui facturent aux ministères en fonction du nombre de doses administrées. Un tel exercice permettrait de confirmer que les ministères ne paient que pour les services que les Ontariens reçoivent.

- Le ministère de la Santé a versé plus de 8 millions de dollars aux médecins pour avoir administré des vaccins dans un lieu qu'ils ont choisi, en général dans leurs cabinets, entre mars 2021 et mai 2022, mais il n'a pas rapproché ces paiements avec les doses administrées telles qu'elles sont consignées dans la base de données sur les vaccins. Le Ministère a examiné les paiements versés à ces médecins et a repéré celui qui a émis le plus de factures. Ce médecin a été prié de fournir une preuve de vaccination pour les doses administrées dans son cabinet entre

mai 2021 et février 2022. Le Ministère a constaté que le lieu de vaccination indiqué dans la base de données était un centre de vaccination de masse et non le cabinet du médecin. Cette constatation a nécessité un suivi supplémentaire; l'affaire n'était toujours pas résolue en août 2022.

- Le ministre du Solliciteur général a examiné un rapport sur les doses quotidiennes administrées par chaque centre FH Health pour s'assurer que les dépenses étaient raisonnables par rapport au volume de vaccination. Toutefois, ce rapport a été préparé par FH Health et n'a pas été vérifié à l'aide des dossiers de la base de données sur les vaccins pour en assurer l'exactitude. Nous avons examiné la facturation de FH Health par rapport à la base de données sur les vaccins et avons constaté que la facturation était raisonnable.

4.3.3 Les effets secondaires ne faisaient pas l'objet d'une surveillance régulière dans tous les lieux de vaccination

Le ministère de la Santé et Santé publique Ontario ne font pas le suivi des tendances en matière d'effets secondaires suivant l'immunisation ou d'infections post-vaccinales dans tous les lieux de vaccination afin de détecter des problèmes éventuels concernant les lieux ou les vaccinateurs. Les infections post-vaccinales surviennent lorsqu'une personne vaccinée est infectée par la maladie contre laquelle elle a été vaccinée.

Santé publique Ontario assure la surveillance des infections post-vaccinales et des effets secondaires suivant l'immunisation et publie des rapports publics à ce sujet (chaque semaine, puis toutes les deux semaines). L'organisme n'analyse toutefois pas les données pour dégager des tendances liées à des lieux de vaccination ou des vaccinateurs en particulier.

Santé publique Ontario nous a informés que la détermination de ces tendances dans les cas suivant la vaccination dans une clinique en particulier peut donner des résultats déformés en raison de facteurs non liés aux lieux de vaccination ou aux vaccinateurs. Par exemple, il est possible qu'un lieu de vaccination cible un groupe présentant un risque accru ou un groupe d'âge plus susceptible d'avoir une baisse de

l'immunité, se traduisant potentiellement par un plus grand nombre de cas d'infections post-vaccinales au sein d'une certaine population. Les analyses des cas d'infections post-vaccinales par numéro de lot devraient comporter les mêmes limites et difficultés, en plus de celles liées à la variabilité de la taille des lots et à la répartition des lots de vaccins entre plusieurs provinces et territoires au Canada. Toutefois, ces types d'analyses pourraient quand même indiquer au Ministère les éléments préoccupants sur lesquels enquêter, compte tenu de la nature délicate des vaccins et de l'élargissement de l'admissibilité des vaccinateurs.

4.3.4 Aucun système évolutif d'administration de masse n'a été élaboré pour une utilisation future en cas d'urgence

Au cours du déploiement du programme de vaccination, le ministère de la Santé n'a pas pleinement étudié les moyens de rendre les lieux de vaccination en Ontario plus efficaces. Ces travaux pourraient permettre de déterminer, par exemple, la rapidité du processus de dépistage, d'enregistrement et de vaccination, et le temps passé à attendre entre les étapes.

Les médias ont fait état d'importantes files d'attente devant les lieux de vaccination en hiver, où l'on retrouvait souvent des aînés vulnérables à mobilité réduite. Par exemple, au début de mars 2021, les personnes ayant pris rendez-vous dans un lieu de vaccination à Newmarket dédié aux personnes de 80 ans et plus ont dû attendre à l'extérieur; le rapport a aussi noté que la distance physique dans la file d'attente n'était pas suffisante. De plus, lorsque la demande de vaccins a explosé à la fin de décembre 2021 lors de la distribution des troisièmes doses, des personnes ayant un rendez-vous dans une clinique de vaccination de masse d'Ottawa ont dû attendre jusqu'à deux heures, à l'extérieur.

Le Ministère a étudié les processus, les procédures, les dispositions et les pratiques dans neuf cliniques de vaccination de masse différentes entre l'été 2021 et décembre 2021. Cette étude, finalisée en juillet 2022, portait sur :

- les avantages et les inconvénients de chaque modèle de clinique de vaccination de masse, comme le montre la **figure 16**;
- l'efficacité mesurée par le nombre de doses de vaccin administrées par membre du personnel par heure selon chaque modèle;
- le temps moyen passé dans une clinique entre l'arrivée à la clinique, l'enregistrement et l'administration du vaccin, y compris le temps d'attente entre les étapes, mais sans tenir compte de la période d'observation post-vaccinale et du temps dans la file d'attente avant l'enregistrement;
- les mesures qualitatives incluant les protocoles de sécurité liés à la COVID-19, la sécurité (par exemple, protection contre les manifestants anti-vaccination), la facilité d'accès et la charge de travail du personnel.

Le Ministère a reconnu les limites de l'étude puisqu'elle portait seulement sur neuf cliniques ayant un fort volume d'activités jugées plus performantes selon les données de la base de données déclarées. L'étude n'a pas évalué les cliniques à rendement faible qui auraient probablement le plus profité de connaître les points à améliorer. De plus, le rapport indique que les périodes examinées étaient différentes pour chaque clinique et que le déploiement de la dose de rappel en décembre 2021 n'était pris en compte que pour certaines des cliniques étudiées.

Un tiers des experts médicaux qui ont répondu à notre sondage n'étaient pas d'accord pour dire que le gouvernement provincial avait établi un modèle flexible de clinique de vaccination pouvant être adapté à l'avenir si des vaccinations de masse étaient nécessaires. Un expert a souligné ce qui suit [traduction] : « Je ne vois pas de modèle clair, je vois un imbroglio sans coordination ». Un autre a déclaré ce qui suit [traduction] : « Je pense que les médecins de famille et les pharmaciens devraient être [...] des vaccinateurs [...] le système des files d'attente pour la vaccination de masse s'est avéré inefficace, et les personnes âgées ou handicapées ou les personnes qui travaillent de longues heures n'y avaient pas accès ».

Au 31 août 2022, le Ministère n'avait pas transmis l'étude et ses recommandations aux bureaux de santé publique pour les aider à planifier la hausse de la demande de vaccination prévue à l'automne dans le cadre du nouveau rappel du vaccin bivalent contre la COVID-19. De plus, à ce moment-là, le Ministère n'avait toujours pas l'intention de demander aux bureaux de santé publique de faire des rapports sur les indicateurs de rendement élaborés dans le cadre de l'étude, comme la mesure des doses de vaccins administrées par membre du personnel par heure et le temps moyen passé par un client à la clinique depuis son arrivée jusqu'à sa vaccination. Le Ministère s'inquiétait du fardeau administratif que cela représenterait pour les bureaux de santé publique.

Figure 16 : Modèles de cliniques de vaccination de masse examinés par le ministère de la Santé

Source des données : Ministère de la Santé

Modèle de clinique	Description
Traditionnel	Chaque étape du processus (c.-à-d., l'enregistrement, l'administration du vaccin, la période d'observation post-vaccinale) a lieu à un poste différent et les clients passent d'un poste à l'autre.
Centre circulaire ou « Hockey hub »	Les clients restent assis dans le même siège tout au long du processus de vaccination et les vaccinateurs et le personnel de soutien viennent les voir pour les enregistrer, administrer le vaccin et les garder en observation après la vaccination. Les sièges des clients sont disposés en cercles.
Service de vaccination à l'auto	Les clients restent dans leur véhicule tout au long du processus.

RECOMMANDATION 5

Afin que les paiements versés aux entités proposant la vaccination soient proportionnels au rendement et aux résultats attendus, le ministère de la Santé, de concert avec le ministre du Solliciteur général, devrait :

- examiner les différences de rémunération des professionnels de la santé et mettre à jour les taux de rémunération pour gérer les écarts lors des futures campagnes de vaccination;
- créer des codes distincts de facturation pour les différents services fournis par les médecins dans le cadre de futures campagnes de vaccination afin de permettre une analyse significative des services précis et intégrer ce processus à son plan d'intervention en cas de pandémie;
- rapprocher les paiements versés aux entités proposant la vaccination qui facturent par doses administrées avec les données sur la vaccination consignées au moins une fois par trimestre;
- élaborer des indicateurs de rendement qui permettent de mesurer l'efficacité de lieux de vaccination de masse, recueillir ces données et comparer les lieux de vaccination au moins deux fois par année pour en tirer des leçons et apporter des améliorations.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

La rémunération des professionnels de la santé, qu'il s'agisse d'activités liées à la pandémie ou de tâches courantes, est sujette à de nombreuses influences, y compris, sans s'y limiter, les conventions collectives, les négociations avec les associations professionnelles, les facteurs liés au marché du travail, les entreprises du secteur privé qui établissent les tarifs d'agence (qui peuvent différer de la rémunération versée au personnel d'agence), les normes sectorielles et les descriptions de tâches. Le ministère de la Santé examinera les taux d'indemnisation pour les prochaines campagnes de vaccination en tenant compte de ces facteurs.

Le Ministère évaluera la faisabilité et la nécessité de codes de facturation plus détaillés pour les interventions de vaccination futures en cas de pandémie en fonction de son expérience pendant la pandémie de COVID-19. Les codes de facturation et la rémunération des médecins font l'objet de négociations entre le Ministère et l'Ontario Medical Association.

Même si le rapprochement direct entre les données sur la vaccination et les systèmes de facturation sera limité, le Ministère surveillera mieux les volumes de vaccins et les paiements au moyen des systèmes disponibles afin de cerner les risques dans le cadre de sa gestion du financement des vaccins.

Le Ministère collaborera avec les bureaux de santé publique qui continuent d'offrir des cliniques de vaccination de masse afin d'élaborer une mesure de l'efficacité et de la mettre à l'essai.

4.4 Base de données sur les vaccins

4.4.1 Les données consignées dans la base de données sur les vaccins n'ont pas été mises à jour et validées de façon uniforme

Base de données sur l'immunisation créée sans contrôles et processus suffisants pour déceler les entrées erronées

Le ministère de la Santé n'avait pas de processus pour valider ou vérifier régulièrement les entrées erronées possibles avant décembre 2021, malgré le risque important d'entrées inexacts dès le début du déploiement de la campagne de vaccination à la fin de 2020.

Bien que le Ministère surveille la base de données sur les vaccins pour repérer les atteintes éventuelles à la sécurité provenant de sources externes, il n'a pas fait grand-chose pour valider de façon proactive les dossiers saisis dans la base de données. Entre novembre 2021 et juin 2022, les bureaux de santé publique et le public ont signalé 11 cas d'activités frauduleuses dans la base de données du Ministère. Ces activités comprenaient la falsification de dossiers

de vaccination, la modification de dossiers existants et l'utilisation de renseignements personnels pour des activités malveillantes comme l'hameçonnage. Le Ministère compte sur certains exploitants de lieux de vaccination, comme les bureaux de santé publique, les hôpitaux et les pharmacies, pour entreprendre leurs propres enquêtes. Les enquêtes sont souvent déclenchées par des plaintes ou des signalements du public. Le Ministère n'effectue pas lui-même d'enquêtes réelles et n'offre qu'un soutien administratif en fournissant les rapports demandés aux bureaux de santé publique et aux autres partenaires pour les aider à mener à bien leurs propres enquêtes. Toutefois, cela pose un problème si l'exploitant du lieu de vaccination est à l'origine de l'activité suspecte, par exemple dans les pharmacies, comme discuté à la **section 4.1.2**.

Depuis décembre 2021, le Ministère surveille les dossiers de la base de données sur les vaccins pour repérer toute activité inhabituelle ou suspecte (par exemple, un compte d'utilisateur consulté à partir de plusieurs endroits ou un nombre élevé de dossiers consultés par les utilisateurs finaux). Ce système de surveillance a toutefois été instauré trois mois après l'entrée en vigueur de l'obligation de présenter une preuve de vaccination en septembre 2021. Le Ministère nous a confirmé qu'une fois qu'un dossier frauduleux – comme une preuve de vaccination – a été créé, il n'est plus possible de révoquer le code QR généré par le système. Ceci signifie qu'une personne ayant un code QR généré à partir de renseignements falsifiés pourra continuer à utiliser ledit code, ce qui pourrait accroître le risque pour le public. (Pour en savoir plus sur la preuve de vaccination, consultez la **section 4.6.1**.)

Les renseignements sur le profil des patients ne sont pas systématiquement saisis dans la base de données sur les vaccins, ce qui nuit à la capacité d'identifier les zones et les groupes à risque élevé

La base de données sur les vaccins comporte plusieurs limites quant à sa capacité de recueillir des données importantes, ce qui a empêché de cibler efficacement les populations à risque élevé.

La base de données sur les vaccins de l'Ontario a été élaborée rapidement pour répondre aux besoins en information liés à la vaccination de masse en période

de pandémie. Le ministère de la Santé a indiqué qu'il avait mis à jour la base de données au fur et à mesure que les besoins étaient déterminés par le personnel du programme. Des experts en santé publique ont indiqué que les renseignements sociodémographiques, comme la race, la taille du ménage et le revenu total, aident à identifier les populations marginalisées et facilitent la distribution équitable des vaccins. Même si la base de données a été conçue pour consigner ces renseignements, le Ministère n'a pas exigé qu'ils soient collectés et de nombreux lieux de vaccination ne les ont pas recueillis. Nous avons analysé tous les dossiers de la base de données de décembre 2020 à mai 2022 et avons constaté qu'environ 95 % ne contenaient aucun renseignement sociodémographique. Parmi les dossiers qui comprenaient ces renseignements, nous avons constaté que certaines données manquaient. Par exemple, 18 % de ces dossiers ne contenaient pas de données sur l'ethnicité du client et dans environ 10 %, le revenu total du ménage n'était pas indiqué. En août 2022, au cours de notre audit, le Ministère a ajouté une composante à la base de données qui incitait les vaccinateurs à demander le consentement des clients pour recueillir les renseignements sociodémographiques. Toutefois, la collecte de ces renseignements n'a pas été rendue obligatoire.

De plus, la base de données sur les vaccins comporte un champ indiquant le motif de vaccination pour permettre au personnel du lieu de vaccination de consigner les renseignements sur l'admissibilité. Les documents du Ministère indiquent que ce champ sert actuellement à fournir des renseignements pour la planification du déploiement du programme de vaccination et la surveillance de la couverture des populations clés. Les clients peuvent présenter plusieurs facteurs de risque pertinents qui permettent, ensemble, de déterminer leur profil de risque. Par exemple, une personne peut être un Autochtone professionnel de la santé âgé de 60 ans. Toutefois, un seul motif peut être indiqué dans la base de données sur les vaccins. Par exemple, selon les lignes directrices du Ministère sur la sélection du motif de vaccination, cette personne ne serait identifiée qu'à titre de travailleur de la santé, puisque ce motif est

prioritaire dans les directives sur la saisie des données. Par conséquent, de nombreux facteurs de risque importants ne sont pas recueillis, même s'ils pourraient servir à déterminer la couverture vaccinale et à élaborer des initiatives de sensibilisation dans les zones à risque élevé et pour les groupes à risque élevé.

Au moment de notre audit, la seule façon de recueillir des données sur les groupes à risque élevé était d'avoir recours à un groupe de recherche sans but lucratif établi en Ontario, l'ICES (anciennement, Institute for Clinical Evaluative Sciences). Le Ministère fournit du financement à l'ICES et se fie à ses rapports mensuels pour obtenir des renseignements provenant d'autres grandes bases de données, les registres d'inscription des cas de cancer et de maladies rénales par exemple, pour combler les lacunes statistiques.

Sept bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage ont également convenu que les profils de clients qui n'étaient pas complets par rapport au champ sur le motif de vaccination dans la base de données sur les vaccins constituaient un sujet de préoccupation. Certains membres du personnel du Ministère estimaient qu'il serait utile de recueillir plus d'un motif de vaccination dans les profils des clients de la base de données d'immunisation pour obtenir un portrait du risque plus complet, mais le Ministère n'avait pas apporté ce changement et n'avait pas planifié de le faire au moment où nous avons terminé notre audit. Le Ministère nous a informés qu'il devait équilibrer le flux de travail clinique avec l'information souhaitée et que cette décision d'inclure un seul motif avait été

appuyée par un tableau interne sur la déclaration des vaccins.

En juin 2021, l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table a également souligné que l'Ontario n'assurait pas de suivi et ne faisait pas de rapport sur les taux de vaccination chez les personnes handicapées. Le Ministère comptait toujours sur les rapports de l'ICES dans ce domaine au moment où nous avons terminé cet audit. Des preuves provenant d'autres administrations montrent que cette population subit un risque accru d'hospitalisation et de décès liés à la COVID-19.

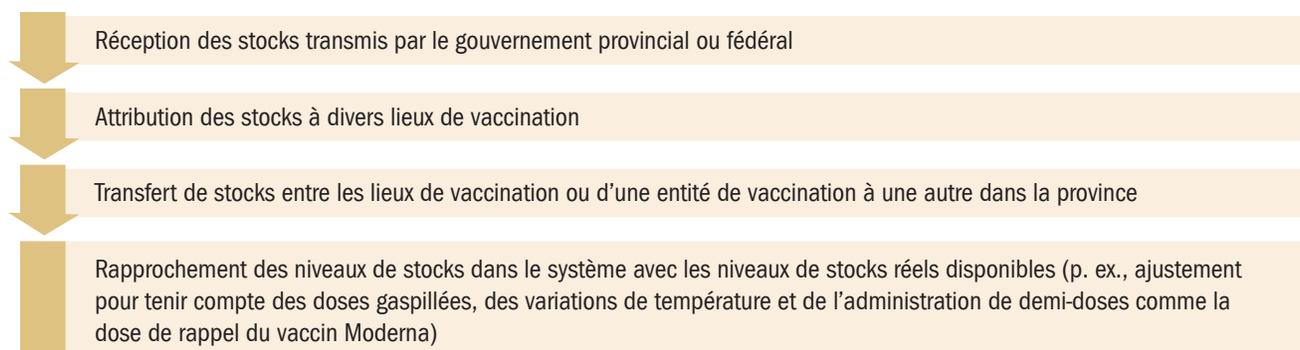
La fonction de gestion des stocks de la base de données sur l'immunisation n'est pas intégrée à tous les systèmes de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, ce qui entraîne des données incomplètes et une saisie manuelle inutile des données

La base de données sur les vaccins est à la fois une base de données comportant les dossiers de vaccination et un support pour la gestion des stocks des doses de vaccin contre la COVID-19 dans la province. Cette fonction de gestion des stocks de la base de données nécessite actuellement la saisie d'information à diverses étapes, comme le montre la **figure 17**.

Le ministère de la Santé (le Ministère) compte sur l'entrepôt provincial et sur deux grands distributeurs de pharmacie pour l'entreposage des stocks de vaccins lorsqu'ils arrivent de l'entrepôt fédéral, comme le montre la **figure 3**. Ces trois distributeurs ont leurs propres systèmes internes de gestion des stocks, mais ces systèmes ne sont pas intégrés à la base de données

Figure 17 : Étapes de la gestion des stocks de vaccins contre la COVID-19

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



sur l'immunisation. Cela signifie que les distributeurs doivent saisir les envois reçus de l'entrepôt fédéral ainsi que les envois sortants vers des entités proposant la vaccination (comme les bureaux de santé publique et les pharmacies) à deux reprises : une fois dans leur propre système et une fois dans la base de données sur l'immunisation. En raison de ce fardeau administratif, les distributeurs n'ont pas saisi les données détaillées en temps opportun dans la base de données sur l'immunisation, ce qui crée des problèmes à mesure que les vaccins circulent dans la chaîne d'approvisionnement.

Ce manque d'intégration a également entraîné une saisie manuelle inutile et répétée des données pour les entités proposant la vaccination, qui doivent saisir manuellement les détails sur les vaccins reçus dans la base de données sur l'immunisation, comme la quantité et le numéro de lot, lorsqu'elles reçoivent les vaccins des distributeurs. L'un des principaux inconvénients de la saisie manuelle est l'erreur humaine, qui entraîne des erreurs de stocks et une charge de travail accrue pour les corriger. Il est important d'avoir une idée exacte des stocks disponibles dans tous les lieux de vaccination et espaces d'entreposage, car cela permet au Ministère d'évaluer plus précisément le nombre de doses de vaccins supplémentaires nécessaires pour répondre à la demande prévue. Une consignation inexacte des stocks peut entraîner des pénuries de vaccins ou des réserves inutiles.

À partir de mars 2021, le Ministère a exigé des bureaux de santé publique qu'ils effectuent des dénombrements physiques des stocks de vaccins et qu'ils les rapprochent chaque jour avec le nombre de doses disponibles dans la base de données, pour pallier les écarts dus au suivi manuel des stocks. Ce processus a été graduellement réduit à une fréquence hebdomadaire et a finalement été éliminé en juin 2022. Si la base de données sur l'immunisation était intégrée aux systèmes d'inventaire utilisés par les distributeurs, un moins grand nombre de saisies manuelles aurait été nécessaire, et les bureaux de santé publique n'auraient peut-être pas eu besoin de faire le rapprochement aussi souvent durant les périodes les plus achalandées du déploiement du vaccin. Nous avons sondé les

34 bureaux de santé publique et leur avons demandé s'ils estimaient que la base de données sur les vaccins était un outil efficace de gestion des stocks de vaccins. Parmi les répondants, 43 % ont estimé qu'elle n'était pas un outil efficace, contre 30 % qui ont jugé qu'elle l'était; 27 % des répondants n'avaient pas d'opinion à ce sujet. Ceux qui ont estimé que la base de données n'était pas un outil efficace pour faciliter la gestion des stocks de vaccins étaient préoccupés par le processus de saisie manuelle, surtout dans les cas où les bureaux de santé publique étaient chargés de gérer les stocks pour eux-mêmes et pour des partenaires externes comme les praticiens en soins primaires et les maisons de retraite dans leur région.

En janvier 2022, le Ministère a mené un exercice de validation des données auprès de 28 bureaux de santé publique qui y ont participé volontairement. La **figure 18** montre les quatre principaux thèmes que les bureaux de santé publique ont mis en évidence pour expliquer les écarts, et le pourcentage de bureaux qui ont relevé ces raisons.

4.4.2 La base de données sur les vaccins conçue pour les cliniques de vaccination de masse n'est pas intégrée aux systèmes utilisés par les médecins et les pharmaciens

Malgré les avertissements des intervenants dès décembre 2020 soulignant l'importance d'intégrer la base de données sur les vaccins aux dossiers de santé, aucune intégration n'a été réalisée. Le ministère de la Santé nous a informés que la base de données avait été conçue à l'origine pour être utilisée dans les cliniques de vaccination de masse et a reconnu que, dans sa forme actuelle, elle n'était pas aussi efficace dans d'autres milieux, comme les établissements de soins primaires et les pharmacies. Les fournisseurs de soins primaires qui vaccinent dans leurs propres cliniques facturent par l'entremise du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, consignent les renseignements sur la vaccination dans la base de données et mettent à jour leurs propres dossiers médicaux électroniques ou autres parce que la base de données sur les vaccins n'est pas intégrée à d'autres systèmes de gestion des

Figure 18 : Raisons expliquant les écarts de stocks signalés par 28 bureaux de santé publique

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale

Raison	Nombre de bureaux de santé publique déclarant des données
Rapports de stocks incomplets aux lieux de vaccination et lorsque des partenaires externes participent aux activités de vaccination	16
Retard dans la saisie des données, principalement attribuable au gaspillage, aux transferts et au rapprochement des numéros de lot	12
Saisie des données sur les demi-doses relatives au rappel du vaccin Moderna, où six demi-doses sont comptabilisées comme six doses complètes, ce qui nécessite des ajustements manuels pour ajouter trois doses dans le système	10
Erreurs générales de saisie de données causées, par exemple, par du personnel inexpérimenté ou des pénuries de personnel	8

dossiers médicaux électroniques. Il s'agit d'un fardeau administratif pour les fournisseurs de services et d'un risque accru de dossiers médicaux incomplets.

Le livre blanc publié par l'Ontario Medical Association (OMA) en décembre 2020 (décrit à la **section 4.2.5**) expliquait qu'il était important que les systèmes d'information répondent aux besoins des fournisseurs et que tout système de vaccination soit élaboré conjointement avec les utilisateurs finaux pour mieux s'harmoniser avec leurs flux de travail. Les représentants de l'OMA nous ont également fait part de leurs préoccupations quant au manque d'intégration des deux systèmes.

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef nous a informés que l'intégration de ces systèmes ne pouvait se faire qu'au moyen de négociations avec les fournisseurs de dossiers médicaux électroniques. Le travail visant à déterminer la stratégie et l'approche d'intégration a commencé en collaboration avec Santé Ontario en mai 2022, mais en août 2022, aucun progrès n'avait été réalisé.

Les pharmacies sont également tenues d'accomplir des tâches administratives en double pour soumettre les données de facturation (facturation au moyen du système de facturation des pharmacies, le Système du réseau de santé) et saisir séparément les données dans la base de données sur les vaccins.

4.4.3 L'absence d'un registre d'immunisation adéquat limite la capacité de l'Ontario à réagir rapidement aux futures éclosions de maladies

Il n'y a pas eu de registre d'immunisation fiable pendant la pandémie à cause d'importantes lacunes quant aux bases de données sur l'immunisation antérieures

L'Ontario ne dispose pas d'un registre d'immunisation efficace et opérationnel pour appuyer les efforts de vaccination et l'analyse des données, malgré des tentatives coûteuses de créer un registre. Les registres d'immunisation appuient les travaux dans le domaine de la santé publique comme la planification et l'évaluation de programmes ciblés pour les populations peu vaccinées, la gestion des stocks de vaccins et l'identification des personnes en retard dans leur vaccination.

En 2007, l'Ontario a pris la décision de remplacer le Système d'archivage des dossiers d'immunisation (SADI) par le système pancanadien appelé Panorama; un système qui a coûté à la province plus de 115 millions de dollars de 2010 à 2016, avec des coûts annuels moyens de maintenance s'élevant à plus de 10 millions de dollars depuis le début, soit un total d'environ 170 millions de dollars depuis 2010. Toutefois, malgré les coûts importants engagés, le SADI et Panorama présentaient des lacunes similaires. Ils ne comprenaient que les vaccins requis en vertu de la *Loi sur l'immunisation des élèves*, même si le ministère de

la Santé nous a informés en 2014 lors de notre audit sur l'immunisation qu'il avait pour « vision » d'étendre Panorama à tous les vaccins pour tous les Ontariens.

Notre audit de 2014 sur l'immunisation a également révélé que les systèmes n'incluaient pas systématiquement les vaccins administrés par des fournisseurs de vaccins autres que le personnel des bureaux de santé publique, comme les pharmacies, les établissements de soins primaires et les hôpitaux, puisque ces fournisseurs n'étaient soumis à aucune exigence législative de déclaration de la vaccination. En outre, ces fournisseurs de vaccins ne pouvaient accéder directement à aucun des systèmes. Lors de notre audit de 2014, nous avons également constaté que tant que tous les fournisseurs de soins de santé n'avaient pas saisi les renseignements au moment de la vaccination, Panorama ne pouvait fournir les données nécessaires pour repérer les zones où les taux de vaccination sont bas. Ces données sont nécessaires pour prévenir de futures éclosions et identifier les personnes vulnérables lors d'une éclosion. Le Ministère a reconnu en 2014 qu'il s'agissait d'un élément important pour assurer une solide base de données provinciale sur l'immunisation.

En 2017, le gouvernement a tenté de corriger ce problème en modifiant la *Loi sur l'immunisation des élèves*. Cette modification aurait entraîné l'obligation pour tous les fournisseurs de vaccins de déclarer des renseignements sur toute vaccination au bureau de santé publique de la région où le vaccin a été administré. Toutefois, cet article de la Loi n'est jamais entré en vigueur. En juin 2021, pendant la pandémie

de COVID-19, le gouvernement a reconnu l'importance de tenir un registre sur les vaccins administrés contre la COVID-19 et a promulgué la *Loi de 2021 sur la déclaration des vaccins administrés contre la COVID-19*.

Cette nouvelle loi oblige les personnes ou entités qui administrent des vaccins contre la COVID-19 à consigner des données liées aux vaccins dans la nouvelle base de données sur les vaccins contre la COVID-19 du ministère de la Santé, qui a coûté plus de 144 millions de dollars du début de son élaboration en avril 2020 à mai 2022.

Au moment de l'audit, trois systèmes distincts, comme le montre la **figure 19**, facilitaient la gestion des dossiers de vaccination de la province. Le Ministère nous a informés que Panorama n'était pas utilisé comme base de données sur les vaccins contre la COVID-19 en raison de ses limites, ce qui signifie qu'aucun registre d'immunisation n'était disponible en Ontario lorsque la pandémie de COVID-19 est survenue en 2020. Le Ministère a dû reprendre depuis le début avec une nouvelle base de données. La Colombie-Britannique utilise Panorama pour enregistrer les données de vaccination contre la COVID-19.

Le Ministère nous a également informés que la nouvelle base de données sur les vaccins contre la COVID-19 pouvait servir de registre d'immunisation pour tous les vaccins. Au cours de notre audit, un examen était en cours de réalisation par une société d'experts-conseils mandatée par le Ministère pour déterminer l'approche à adopter concernant la technologie à long terme pour le programme provincial

Figure 19 : Systèmes de dossiers de vaccination en Ontario

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

Système	Description
Panorama	Inclut les données sur les vaccins figurant dans la <i>Loi sur l'immunisation des élèves</i> , ainsi que les stocks de vaccins courants et de matériel connexe, y compris le matériel utilisé pour l'administration des vaccins contre la COVID-19.
Immunization Connect Ontario (ICON)	Aide les fournisseurs de vaccins et la population à transmettre leurs dossiers de vaccination aux bureaux de santé publique.
Base de données sur les vaccins contre la COVID-19 (COVaxON)	Contient toutes les données liées aux vaccins contre la COVID-19.

de vaccination évolutif de l'Ontario, mais aucune décision n'avait été prise quant à l'expansion de la base de données. Tous les experts médicaux qui ont répondu à notre sondage ont convenu qu'ils souhaiteraient la mise en place d'un registre provincial d'immunisation (pour tous les vaccins, y compris les vaccins contre la COVID-19 et ceux visés par la *Loi sur l'immunisation des élèves*), car cela permettrait aux professionnels de la santé d'offrir des stratégies de vaccination mieux adaptées aux personnes qui en ont le plus besoin. Ce registre permettrait aussi aux professionnels de la santé publique de s'adapter plus rapidement à l'apparition de futures éclosions.

Coûts importants et temps requis pour former les vaccinateurs sur la nouvelle base de données sur les vaccins sans l'existence d'un registre d'immunisation fonctionnel

Les analyses du Ministère indiquaient que la formation du personnel du lieu de vaccination sur l'utilisation de la base de données sur les vaccins contre la COVID-19 prenait du temps parce que la base de données était complètement nouvelle. Cela a augmenté le fardeau administratif et réduit l'efficacité au moment où les bureaux de santé publique et autres professionnels de la santé tentaient de lutter contre la pandémie au début de la crise sanitaire. Un sondage mené en juillet 2021 auprès des 34 bureaux de santé publique par le ministère de la Santé a révélé que la plupart des bureaux avaient eu besoin de six à 14 jours pour former les fournisseurs de soins primaires à l'utilisation de la base de données sur les vaccins et que 88 % des bureaux de santé publique avaient dû affecter un responsable à la gestion de la formation et du soutien du personnel pour l'utilisation du système. Le Ministère nous a informés que même si Panorama servait de base de données sur les vaccins de l'Ontario, il aurait fallu au moins trois à cinq jours de formation pour le personnel en dehors des bureaux de santé publique.

Nous avons sondé les 34 bureaux de santé publique en août 2022. Parmi les répondants, 47 % ont indiqué avoir consacré beaucoup de temps à former le personnel à l'utilisation de la base de données. Par exemple, 60 % des bureaux de santé publique qui ont répondu ont indiqué qu'ils avaient élaboré leurs

propres documents d'orientation sur l'utilisation de la base de données sur les vaccins.

RECOMMANDATION 6

Afin de mieux protéger les Ontariens contre la COVID-19 et d'autres maladies évitables par la vaccination à l'avenir, et d'améliorer la qualité des données sur les activités vaccinales, le ministère de la Santé, de concert avec Santé Ontario et le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario, devrait :

- utiliser les conclusions des enquêtes sur les fausses déclarations et les fraudes pour mettre en oeuvre des mesures de contrôle sur le traitement visant à améliorer la sécurité et l'intégrité des données sur la vaccination;
- améliorer et mettre à jour la base de données sur les vaccins pour permettre au personnel des lieux de vaccination de recueillir de multiples éléments de données sur les facteurs de risque des clients afin d'appuyer les efforts visant à distribuer équitablement les vaccins;
- consulter les partenaires de distribution et d'autres parties de la chaîne d'approvisionnement en vaccins pour évaluer l'expérience des utilisateurs de la fonction de gestion des stocks de la base de données sur l'immunisation afin de trouver des moyens d'assurer une meilleure surveillance des stocks en Ontario et ainsi de réduire le gaspillage;
- consulter des fournisseurs de soins de santé dans différents contextes pour évaluer l'expérience utilisateur associée à la base de données sur les vaccins et la simplifier le plus possible;
- s'il reste des systèmes distincts, entreprendre les travaux nécessaires, comme la mobilisation des fournisseurs ou l'élaboration de solutions provisoires, pour intégrer les systèmes d'information externes, comme les dossiers médicaux électroniques et les systèmes de gestion des stocks tiers, à la base de données sur l'immunisation;

- créer un registre d'immunisation complet qui permettra une prestation de services plus efficace pour tous les vaccins;
- explorer les options législatives pour exiger la collecte de données sur le vacciné, le vaccinateur et le vaccin pour toutes les vaccinations, y compris le vaccin contre la COVID-19 et d'autres vaccins courants pour les adultes et les enfants.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation et examinera et apportera des améliorations aux solutions de technologie de l'information (TI) liées à la vaccination pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins du programme et des utilisateurs. Le Ministère collaborera avec le ministère de la Santé de l'Ontario et le commissaire à la protection de la vie privée pour envisager les mises à jour appropriées du système qui respectent la vie privée des personnes et sont réalisables sur le plan opérationnel.

Le Ministère reconnaît l'importance de repérer les tentatives de fraude liées à la vaccination et continuera de travailler avec des partenaires clés pour améliorer les contrôles dans les solutions de TI, dans la mesure du possible.

Le Ministère compte continuer de consulter les fournisseurs de soins de santé afin d'améliorer l'expérience des utilisateurs des solutions de TI existantes et nouvelles. Il continuera de faire des progrès dans ses solutions de TI prévues, y compris dans l'intégration des dossiers médicaux électroniques à d'autres solutions du système de santé. Un projet de découverte est en cours pour évaluer les systèmes provinciaux d'immunisation et élaborer une approche pour créer une solution intégrée d'immunisation, qui comprend un registre d'immunisation complet.

4.5 Gaspillage de vaccins

4.5.1 L'Ontario a gaspillé au moins 3,4 millions, soit 9 %, des doses de vaccins fournies par le gouvernement fédéral au 30 juin 2022

La baisse de la demande de vaccins en 2022 a entraîné des problèmes de stocks. Le ministère de la Santé n'avait pas pris de mesures suffisantes pour se prémunir contre le gaspillage excessif de vaccins. Une partie du gaspillage est due à des lacunes dans la base de données sur les vaccins utilisée pour la gestion des stocks de vaccins. Comme il est indiqué à la **section 4.4.1**, le suivi des stocks est manuel et le Ministère reconnaît que cela peut entraîner une utilisation inefficace des stocks provinciaux. Bien que le Ministère ne paie pas directement ces vaccins, le gaspillage inutile de vaccins a des répercussions sur les Ontariens par le biais des dépenses du gouvernement fédéral. De plus, les vaccins gaspillés auraient pu être utilisés pour lutter contre l'iniquité de la distribution des vaccins à travers le monde en étant envoyés dans les pays moins développés, ce qui aurait permis une augmentation de l'immunité mondiale, une réduction de la propagation de la COVID-19 et possiblement la prévention de nouveaux variants.

Selon les dossiers du Ministère, entre le 23 décembre 2020 et le 5 juillet 2022, 3,4 millions de doses du vaccin contre la COVID-19, soit 9 % des 37,5 millions de doses distribuées par le gouvernement fédéral durant cette période, avaient été gaspillées.

Le gaspillage est sous-estimé, car ces chiffres ne tiennent pas compte des données des centres de distribution de la province gérés par des entreprises privées. Ces entreprises utilisent leurs propres systèmes de gestion des stocks en entrepôts pour faire le suivi des stocks de vaccins, et il n'y a aucune interface entre ces systèmes et la base de données sur les vaccins du Ministère. Les entreprises sont tenues de déclarer le gaspillage au Ministère, qui nous a informés que ce gaspillage est minime. Toutefois, en août 2022, le Ministère n'avait pas à sa disposition tous les renseignements fournis par toutes les entreprises privées et n'avait pas confirmé l'exactitude des rapports, par exemple en effectuant un rapprochement

entre le gaspillage et la quantité de vaccin qui entre et sort des centres de distribution. Le Ministère nous a informés qu'il était en train de mettre en place un projet pour assurer la déclaration exacte des données sur les stocks des centres de distribution, y compris le gaspillage, en collaborant avec ces derniers. À partir d'août 2022, les centres de distribution ont été tenus d'ajuster manuellement les niveaux de stocks dans la base de données de la province chaque semaine.

Notre examen des données sur le gaspillage indique que le gaspillage est faible en période de forte demande, mais augmente à mesure que la demande ralentit. C'est ce qui ressort des quatre périodes étudiées entre décembre 2020 et juin 2022, comme le montre la **figure 20**.

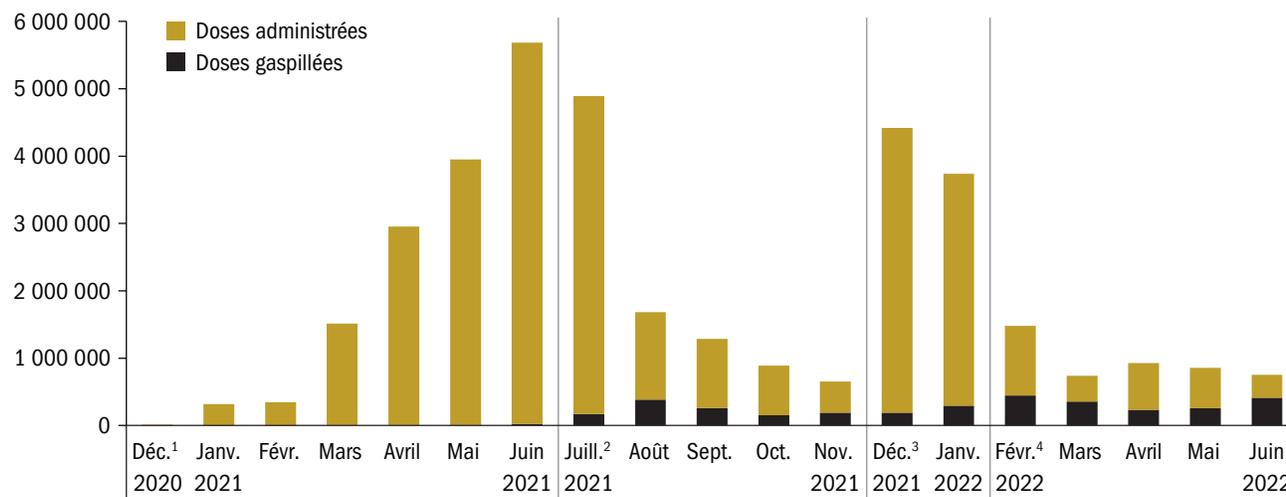
La **figure 21** présente une comparaison des deux principaux types de gaspillage constatés en Ontario entre le 23 décembre 2020 et le 30 juin 2022. Bien que le gaspillage de flacons ouverts varie en fonction de l'évolution de la demande, comme il est mentionné

ci-dessus, environ un million de doses de flacons fermés ont été gaspillées au cours de la première moitié de 2022 alors que les vaccins atteignaient la date de péremption de leur fabricant.

Une grande partie du gaspillage est attribuable à une surestimation du Ministère; le Ministère nous a informés qu'il commande des vaccins au gouvernement fédéral, qui les achète à son tour en fonction de son évaluation de la demande. La demande de doses de rappel était loin d'égaliser celle des première et deuxième doses. Le Ministère n'a pas non plus établi d'objectifs en matière de vaccination, comme il est mentionné à la **section 4.1.3**, ni encouragé la demande par le biais d'annonces publiques et d'autres méthodes de communication efficaces. L'analyse du Ministère datant de juillet 2022 indiquait que si la demande pour les troisième et quatrième doses de rappel de la population admissible avait été comparable à celle des première et deuxième doses, la province aurait administré 4,4 millions de troisièmes doses

Figure 20 : Doses de vaccins administrées et gaspillées, du 23 décembre 2020 au 30 juin 2022

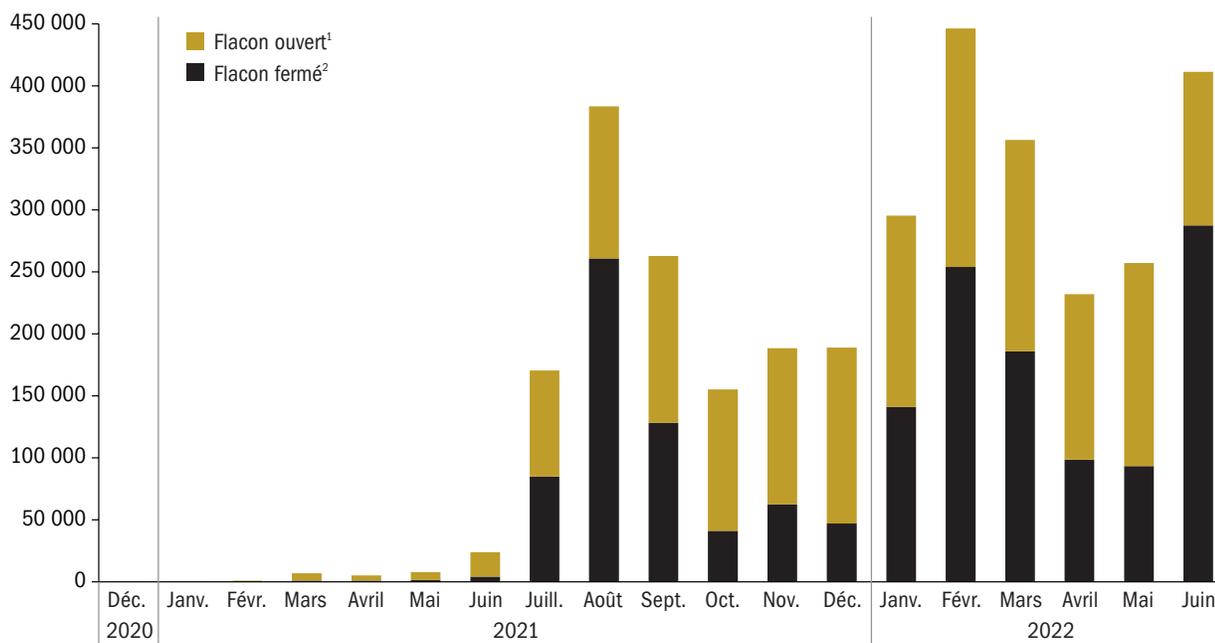
Source des données : Ministère de la Santé



1. De décembre 2020 à juin 2021 : Le taux de gaspillage était de 0,3 % lors du déploiement initial des vaccins et de l'administration des deux premières doses. En général, les vaccins étaient rares et l'offre ne permettait pas de répondre à la demande. La plupart de ces cas de gaspillage étaient dus à des doses insuffisantes administrées à partir d'un flacon ou à des flacons endommagés/défectueux.
2. De juillet 2021 à novembre 2021 : Le gaspillage est passé à 12 % après la période initiale de déploiement alors que la majorité de la population admissible avait déjà reçu deux doses et que la demande de vaccins était en baisse. Ces cas de gaspillage sont principalement dus à l'expiration des vaccins décongelés après 30 jours et au nombre insuffisant de personnes se présentant pour se faire vacciner afin d'utiliser un flacon entier.
3. De décembre 2021 à janvier 2022 : Le gaspillage a chuté à 6 % dans le contexte de la flambée des cas due au variant Omicron lorsque les Ontariens cherchaient à se faire vacciner pour réduire le risque posé par ce variant.
4. De février 2022 à juin 2022 : Le gaspillage est passé à 38 %, car la demande de doses de rappel a été beaucoup plus faible que ce que prévoyait la province, et certains lots de vaccins commandés en décembre 2021 et en janvier 2022 sont arrivés à expiration entre mai et juin 2022.

Figure 21 : Gaspillage mensuel de flacons ouverts et de flacons fermés, du 23 décembre 2020 au 30 juin 2022

Source des données : Ministère de la Santé



1. Le gaspillage de flacons ouverts résulte de flacons qui ont été ouverts et qui n'ont pas été entièrement utilisés, principalement en raison d'une demande immédiate insuffisante dans les lieux de vaccination. Comme les vaccins sont fournis sous forme de flacons contenant six à 10 doses, il n'y a peut-être pas toujours assez de personnes pour utiliser toutes les doses d'un flacon avant qu'il ne périsse. En période de faible demande, un certain gaspillage de flacons ouverts est inévitable lorsqu'on tente d'augmenter les taux de vaccination, en raison des flacons multidoses choisis par les fabricants de vaccins. Une note de service envoyée en août 2021 par le médecin hygiéniste en chef indiquait que les entités proposant la vaccination ne devraient pas hésiter à ouvrir un nouveau flacon même si une seule personne était disponible pour se faire vacciner et que le reste du flacon risquait d'être gaspillé. Le ministère de la Santé (le Ministère) affirme dans ses lignes directrices sur le stockage et la manipulation des vaccins que [traduction] « l'on s'attend à ce que les doses inutilisées dans les flacons ouverts augmentent à mesure que les taux de vaccination globaux diminuent ».
2. Le gaspillage de flacons fermés provient de vaccins périmés qui n'ont pas été utilisés. Cela indique que le Ministère et les entités proposant la vaccination ont surestimé le nombre de personnes souhaitant se faire vacciner ou admissibles à la vaccination. Selon le Ministère, lorsque l'approvisionnement en vaccins s'est stabilisé, il a commandé auprès du gouvernement fédéral en fonction de la demande prévue par rapport à la population admissible et à l'adoption estimée.

supplémentaires et 2,4 millions de quatrièmes doses supplémentaires. De plus, bien que le Ministère nous ait informés que le gouvernement fédéral avait indiqué que ces vaccins sur le point d'expirer ne pourraient pas être donnés à une autre administration parce qu'ils étaient trop près de leur date d'expiration, le Ministère n'avait pas obtenu de renseignements sur le délai nécessaire pour pouvoir faire don d'un vaccin avant qu'il n'expire. Cette information aurait pu aider à réduire le gaspillage de vaccins.

4.5.2 Le gaspillage varie grandement selon l'entité et le bureau de santé publique

Les pharmacies ont gaspillé 22 % des vaccins qui leur ont été livrés, comparativement à la moyenne provinciale de 9 %.

La figure 22 montre qu'au cours de la période allant du 22 décembre 2020 au 30 juin 2022, plus de 70 % de tous les vaccins gaspillés provenaient des pharmacies. Les pharmacies ont gaspillé 22 % des vaccins qui leur ont été livrés, tandis que les hôpitaux en ont gaspillé 1 % et les bureaux de santé publique 4 %. Les rendez-vous en double ainsi que les rendez-vous manqués en résultant, comme décrit à la section 4.2.3, ont également contribué à ce gaspillage.

Figure 22 : Nombre de doses de vaccins reçues et gaspillées par les entités proposant la vaccination, de décembre 2020 à juin 2022 (en millions)

Source des données : Ministère de la Santé

Entité de vaccination	Doses reçues		Doses gaspillées				Gaspillage (%)
	Total	%	Flacon fermé	Flacon ouvert	Total	%	
Pharmacies	10,90	29	1,17	1,27	2,44	72	22
Bureaux de santé publique	18,40	49	0,39	0,38	0,77	23	4
Hôpitaux	7,34	20	0,07	0,04	0,11	3	1
Autre*	0,86	2	0,06	0,02	0,08	2	9
Total	37,50	100	1,69	1,71	3,40	100	9

* Se compose principalement d'entités proposant la vaccination du secteur privé et de milieux de travail qui exploitaient des cliniques à leurs frais.

Il y a eu plus de 2900 pharmacies qui ont gaspillé des vaccins. Bien qu'il y ait eu de petites quantités de vaccins gaspillés dans chaque pharmacie, l'ensemble du gaspillage dans ces établissements est disproportionné. Les données du ministère de la Santé sur le gaspillage dans les pharmacies pour cette période montrent ce qui suit :

- 30 % du gaspillage était attribuable à des flacons fermés entreposés à des températures de réfrigération pendant plus de 30 jours; ces flacons auraient pu être entreposés à une température plus basse dans un congélateur pour prolonger leur efficacité. Comme les pharmacies n'ont pas de congélateurs à vaccins (contrairement aux bureaux de santé publique et aux hôpitaux), il est d'autant plus important qu'elles ne commandent qu'un mois d'approvisionnement. Le Ministère a indiqué qu'il cherchait à limiter le gaspillage de vaccins en n'envoyant pas plus de quatre semaines d'approvisionnement (quantité estimée) à chaque pharmacie en fonction de son utilisation récente.
- 34 % du gaspillage était attribuable à des flacons ouverts inutilisés après 24 heures, ce qui suggère que les pharmacies sont plus susceptibles que les bureaux de santé publique et les hôpitaux

d'ouvrir un flacon sans avoir un nombre suffisant de clients pour utiliser toutes ses doses dans les 24 heures.

La quantité de vaccins gaspillés variait d'un bureau de santé publique à l'autre

L'ensemble des bureaux de santé publique représentait 23 % du gaspillage de vaccins en Ontario, comme le montre la **figure 22**. Nous avons analysé le gaspillage de vaccins par bureau de santé publique et constaté que les taux variaient de 2 % dans les bureaux de santé publique du comté de Brant, de la région de York, de Simcoe Muskoka et de Sudbury et districts à près de 17 % dans le bureau de santé publique de Grey Bruce, entre décembre 2020 et juin 2022, comme le montre l'**annexe 18**. Nous avons remarqué que deux bureaux de santé publique (Grey Bruce et Windsor-Essex) affichaient des taux de gaspillage beaucoup plus élevés que les autres bureaux de santé publique, dépassant le taux provincial de 9 %. Le ministère de la Santé n'a pas tenté de trouver la cause des écarts entre les bureaux de santé publique ni les raisons du gaspillage dans les deux bureaux de santé publique affichant les taux les plus élevés. Les bureaux de santé publique ont probablement surestimé la demande et les vaccins qu'ils ont commandés ont expiré avant d'être transférés ou retournés. Le Ministère nous a informés

qu'il avait partagé certaines données sur le gaspillage avec les bureaux de santé publique à l'été 2022 et qu'il commencerait à transmettre ce type d'information régulièrement à compter de l'automne 2022.

Les lieux de vaccination du secteur privé ont gaspillé 24 % des vaccins qui leur ont été livrés

Quatre entreprises du secteur privé engagées par le ministère du Solliciteur général et le ministère de la Santé pour faire fonctionner ensemble des lieux de vaccination ont gaspillé plus de 74 000 doses, soit 24 % des vaccins que le ministère de la Santé leur a livrés, comme le montre l'**annexe 18**. Alors que deux de ces entreprises sont à l'origine de 6 % à 7 % du gaspillage constaté entre le 1^{er} mai 2021 et le 30 juin 2022, les deux autres (FH Health et Switch Health) ont gaspillé 20 % et 57 % des vaccins que le Ministère leur a livrés, respectivement.

FH Health était responsable de l'administration des vaccins dans neuf lieux de vaccination de Toronto et de ses environs, ainsi que dans une clinique de vaccination de masse au zoo de Toronto pendant deux mois entre le 8 janvier et le 4 mars 2022. Au cours de cette période, cette entreprise a gaspillé 3 223 doses et administré 8 919 doses. Durant les quatre jours qui ont précédé la fermeture des cliniques en mars 2022, l'entreprise a gaspillé plus de vaccins (488 doses) qu'elle n'en a administrés (95 doses).

Aucun des contrats conclus avec ces entreprises du secteur privé ne contenait de clause les obligeant à réduire le plus possible le gaspillage ou leur imposant des frais de pénalités pour gaspillage excessif. L'absence d'affiches extérieures indiquant que des vaccins étaient disponibles a probablement contribué au taux élevé de gaspillage dans ces sites. Au cours de la semaine se terminant le 4 janvier 2022, nous avons visité neuf lieux gérés par FH Health et n'avons trouvé aucune affiche extérieure sur les cliniques de vaccination, à part une affiche assez loin du bâtiment du zoo de Toronto.

La province n'a pas vraiment établi de directives sur les objectifs et la prévention du gaspillage

Une fois que l'approvisionnement en vaccins a été régulier, en mai 2021, le ministère de la Santé a

demandé aux pharmacies et aux bureaux de santé publique de commander des vaccins en fonction de la demande prévue (plus précisément des rendez-vous fixés au cours des deux semaines suivantes) et des stocks disponibles au moment de la commande. Toutefois, les instructions ne précisait pas d'objectif de réduction du gaspillage pour favoriser une plus grande précision dans les commandes, et le gouvernement fédéral n'avait pas fixé d'objectifs officiels en matière de gaspillage.

Le Ministère nous a informés que, parce qu'il était si important de vacciner le plus grand nombre possible de personnes souhaitant obtenir un vaccin, il n'a pas demandé aux exploitants des lieux de vaccination de limiter le gaspillage en évitant d'utiliser les flacons multidoses si une seule personne devait être vaccinée.

Toutefois, il aurait tout de même été approprié d'établir un objectif en matière de réduction du gaspillage axé sur les flacons fermés, car en l'absence d'objectifs clairs pour réduire le plus possible le gaspillage, il n'y avait presque rien pour inciter les entités proposant la vaccination à ne pas trop commander de doses.

Selon un rapport sur le gaspillage de vaccins publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2019 avant la pandémie de COVID-19, les taux acceptables de gaspillage de vaccins attribuables aux flacons multidoses sont les suivants :

- Un objectif de gaspillage de 10 % pour les vaccins livrés dans des flacons de deux à cinq doses;
- Un objectif de gaspillage de 15 % pour les vaccins livrés dans des flacons de 10 à 20 doses.

Tous les vaccins contre la COVID-19 utilisés en Ontario sont livrés dans des flacons de six à 10 doses. Selon les estimations de l'OMS, un taux raisonnable de gaspillage serait de 10 à 15 %. Le taux de gaspillage de 9 % de l'Ontario semble être inférieur à ce seuil. Toutefois, ce taux ne comprend pas le gaspillage dans les centres de distribution de la province, comme il est mentionné à la **section 4.5.1**, de sorte que le taux réel de gaspillage pourrait être supérieur à l'objectif recommandé par le Ministère.

RECOMMANDATION 7

Pour mieux éclairer les prévisions futures de la demande et réduire le gaspillage de vaccins, le ministère de la Santé devrait :

- établir un objectif provincial en matière de réduction du gaspillage mettant l'accent sur les flacons fermés;
- exiger que les entités proposant la vaccination et les centres de distribution déclarent le gaspillage, inclure une clause dans les futurs contrats conclus avec ces entités afin de maintenir le gaspillage en deçà de cet objectif et imposer des frais de pénalités en cas de gaspillage excessif, et intégrer ces mesures à son plan d'intervention en cas de pandémie;
- analyser tous les rapports de gaspillage de vaccins, y compris ceux provenant des centres de distribution, faire le suivi des tendances inhabituelles ou des cas de gaspillage excessif et prendre des mesures correctives au besoin.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé a surveillé et géré de façon proactive le gaspillage de vaccins contre la COVID-19 avec ses partenaires tout au long de la pandémie et respecte la cible de gaspillage des fioles à doses multiples de l'Organisation mondiale de la Santé. De plus, le Ministère a retourné plus de 4,4 millions de doses au gouvernement fédéral à des fins de don international. Le Ministère continuera d'analyser les données sur le gaspillage et de consulter ses partenaires fédéraux et d'autres administrations au Canada et à l'étranger (p. ex., l'Organisation mondiale de la Santé) afin d'aider à déterminer les cibles appropriées pour le gaspillage des fioles fermées et à déterminer si et quand elles devraient être mises en oeuvre. Les cibles tiendront compte de facteurs comme la disponibilité de flacons à dose unique et multidose, l'offre et la demande prévue de vaccins (p. ex. le type de campagne). Lorsqu'il établira des objectifs de gaspillage appropriés, le Ministère collaborera

avec les centres de distribution pour atteindre les objectifs établis.

4.6 Obligations et politiques en matière de vaccination et évaluation des solutions de rechange fondées sur des données probantes

4.6.1 L'exigence relative au passeport vaccinal n'a pas été appliquée efficacement

Nous avons constaté que le gouvernement provincial n'appliquait pas efficacement l'utilisation de la preuve de vaccination (passeports vaccinaux), ce qui a entraîné une mise en oeuvre disparate à l'échelle de la province, amoindrissant l'effet prévu de réduction de la transmission et d'augmentation de la vaccination. La moitié des experts médicaux qui ont répondu à notre sondage n'étaient pas d'accord pour dire que le gouvernement ontarien avait utilisé efficacement les obligations de vaccination pour encourager les Ontariens à se faire vacciner et les protéger contre l'exposition à la COVID-19.

Comme discuté à la **section 2.5.2**, le gouvernement provincial a annoncé le 1^{er} septembre 2021 qu'il mettrait en oeuvre un programme de certificat de vaccination, communément appelé passeport vaccinal. En vertu de la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19)* (la Loi), les Ontariens devaient prouver qu'ils avaient reçu deux doses de vaccin pour accéder à certains lieux. Cette exigence était en vigueur du 21 septembre 2021 au 1^{er} mars 2022. L'objectif annoncé du passeport vaccinal était de réduire la transmission dans les établissements à risque élevé et d'encourager les Ontariens admissibles à se faire vacciner.

Reconnaissant qu'une application efficace de la Loi a favorisé le succès du système de passeport vaccinal, le solliciteur général a donné aux agents des infractions provinciales (agents), y compris les inspecteurs de la santé publique, les agents des règlements municipaux et les agents de police, le pouvoir d'appliquer la Loi, ce qui comprend les exigences relatives aux passeports vaccinaux. L'application de ces exigences était un

effort collectif auquel ont participé des agents de neuf ministères et trois organismes publics, le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences (le Ministère) étant désigné responsable, comme le montre la **figure 23**. Les ministères, organismes et autorités administratives concernés travaillaient souvent en collaboration avec les bureaux de santé publique.

Pouvoir limité conféré aux agents pour faire appliquer la législation sur le passeport vaccinal

Nous avons constaté que la législation provinciale ne conférait pas aux agents des pouvoirs suffisants pour faire respecter les exigences relatives au passeport vaccinal dans les entreprises.

La Loi ne permet aux agents « d'exiger d'un particulier qu'il lui donne son nom, sa date de naissance et son adresse exacts si l'agent a des motifs raisonnables et probables de croire que le particulier a commis une infraction ». Le ministère du Solliciteur général nous a informés qu'il était en mesure de promouvoir et d'appliquer la Loi en utilisant une approche de consentement volontaire à l'entrée et a noté que, lorsqu'ils appliquaient le passeport vaccinal, les agents devaient faire des observations à partir

de l'entrée de l'entreprise, s'annoncer et expliquer la raison de leur visite au propriétaire de l'entreprise. Bref, ils ne pouvaient évaluer les activités « normales » de l'entreprise, non influencées par la présence annoncée d'inspecteurs. Cela diffère de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, qui est appliquée par les inspecteurs pour inspecter les lieux de travail afin de déceler les dangers et les infractions en matière de sécurité.

De plus, lorsque les agents s'annonçaient à leur arrivée, le propriétaire de l'entreprise avait le droit de leur refuser l'entrée. Bien que le Ministère nous ait informés que les agents se voyaient rarement refuser l'entrée, aucun suivi de la fréquence de ces refus n'avait été fait.

En Colombie-Britannique, des équipes d'application de la loi composées de policiers, d'inspecteurs des permis d'alcool et d'agents d'application des règlements municipaux ont été chargées d'assurer la conformité au passeport vaccinal. Selon l'infraction, les amendes variaient de 230 \$ à 575 \$ pour les particuliers et s'élevaient à 2 300 \$ pour les organisateurs d'événements ou les propriétaires/exploitants de lieux d'événements.

Figure 23 : Ministères, organismes et autorités administratives participant à l'application de l'obligation d'une preuve de vaccination contre la COVID-19

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

Ministères	Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et des Affaires rurales Ministère de l'Éducation Ministère de l'Environnement, de la Protection de la nature et des Parcs Ministère des Finances Ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences* Ministère du Développement du Nord, des Mines, des Richesses naturelles et des Forêts Ministère des Services au public et aux entreprises Ministère du Solliciteur général Ministère des Transports
Organismes/autorités administratives	Commission des alcools et des jeux de l'Ontario Office de la sécurité des installations électriques Technical Standards and Safety Authority

* Dirige toutes les activités d'application du ministère.

Suivi limité des inspections effectuées pour vérifier la conformité

Au total, seulement 220 cas de non-conformité aux exigences relatives au passeport vaccinal ont été recensés par les agents des 12 ministères, autorités administratives, organismes provinciaux et certains bureaux de santé publique sur une période de cinq mois, entre le 21 septembre 2021 et le 1^{er} mars 2022. Les cas de non-conformité comprenaient l'absence de vérification des pièces d'identité délivrées par le gouvernement et de la preuve de vaccination. Le Ministère n'a toutefois pas fait de suivi du nombre de visites qu'il a effectuées dans les lieux où le passeport vaccinal était exigé, car les agents faisaient également appliquer d'autres mesures de santé publique comme le port du masque. Les données du Ministère n'indiquaient donc pas le nombre de contrôles de la non-conformité aux exigences en matière de passeport vaccinal et nous n'avons pas été en mesure de déterminer la prévalence de ce type de cas.

La technologie du lecture de codes QR a été mise au point, mais n'était obligatoire que pour environ le tiers des situations où les exigences relatives au passeport vaccinal étaient en place

Nous avons constaté que même si le ministère de la Santé avait annoncé le 15 octobre 2021 qu'il avait développé l'application VérifOntario pour aider les entreprises à vérifier les certificats de vaccination améliorés à compter d'octobre, il n'a exigé son utilisation par les entreprises assujetties à la Loi qu'à partir du 4 janvier 2022. Le Ministère a expliqué que ce délai avait donné aux Ontariens le temps de télécharger le certificat de vaccination amélioré ou de le recevoir du gouvernement par la poste, et aux entreprises le temps d'adopter l'application, ce qui aurait pu nécessiter l'achat d'équipement pour vérifier le code QR, comme un téléphone intelligent pour le personnel. Sur les 160 jours où les exigences relatives au passeport vaccinal étaient en vigueur, l'utilisation de l'application n'a été obligatoire que pendant 54 jours au cours de la dernière partie de la période d'application, alors que la plupart des Ontariens avaient déjà reçu leurs deux premières doses, ce qui limitait l'incidence complète du

passeport vaccinal sur la réduction de la transmission dans les établissements à risque élevé et sur la hausse des taux de vaccination chez les Ontariens admissibles. Le Ministère n'a pas pu fournir de renseignements sur l'étendue des cas de présentation d'une preuve frauduleuse dans ces établissements.

Le Ministère a fait remarquer que, comparativement à l'inspection visuelle des copies électroniques ou papier du passeport vaccinal, l'application VérifOntario était une méthode plus sûre et plus fiable pour vérifier la preuve de vaccination des Ontariens, puisqu'il s'agissait d'une preuve de vaccination n'obligeant pas les clients à présenter des renseignements personnels sur la santé. Le personnel des établissements désignés était en mesure d'utiliser l'application VérifOntario pour lire un code QR sur le certificat de vaccination amélioré d'une personne et de vérifier la validité du passeport vaccinal sans exiger ni conserver de renseignements personnels sur la santé.

Le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences nous a informés que selon ses analyses, le taux global d'adoption de l'application VérifOntario était faible entre octobre 2021 et janvier 2022. Le taux a augmenté lorsque le ministère de la Santé a rendu l'application obligatoire le 4 janvier 2022. Par exemple, les agents ont observé (après s'être annoncés) que la conformité à l'application VérifOntario était de 100 %.

Le rétablissement du passeport vaccinal n'est pas envisagé malgré les avantages qu'il présente et les incertitudes liées à la COVID-19

Le ministère de la Santé n'a pas évalué l'efficacité du passeport vaccinal dans l'atteinte de ses objectifs. Nous avons constaté que toutes les autres provinces avaient appliqué des exigences semblables, certaines avant et d'autres après l'Ontario. Dans les semaines qui ont suivi l'annonce de l'obligation de présenter le passeport vaccinal pour entrer dans les établissements à risque élevé, quatre des plus grandes provinces du Canada (l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta) ont constaté une hausse de l'administration quotidienne des premières doses. La **figure 24** montre que l'Ontario a enregistré une hausse de 23 %

Figure 24 : Comparaison de la moyenne des premières doses administrées quotidiennement dans quatre provinces avant et après l'annonce des exigences relatives au passeport vaccinal

Source des données : Agence de la santé publique du Canada, gouvernements de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Québec

	Date de l'annonce	Date d'entrée en vigueur	Nombre moyen de premières doses ¹ administrées quotidiennement		
			10 jours avant l'annonce	20 jours ² après l'annonce	Augmentation (%)
Qc	10 août 2021	1 ^{er} sept. 2021	6 898	7 745	12
C.-B.	23 août 2021	13 sept. 2021	3 683	5 861	59
Ont.	1 ^{er} sept. 2021	22 sept. 2021	11 361	13 946	23
Alb.	15 sept. 2021	20 sept. 2021 ³	4 037	9 401	133

1. Les données sur l'administration de la première dose montrent que les taux de vaccination ont augmenté plus rapidement (en commençant par les premières doses) chez les personnes qui n'avaient reçu aucun vaccin contre la COVID-19 après l'annonce des exigences relatives au passeport vaccinal.
2. Trois des quatre provinces ont donné un préavis de trois semaines avant l'entrée en vigueur de l'exigence relative au passeport vaccinal; par conséquent, nous avons mesuré les données sur la vaccination 20 jours (environ trois semaines) après l'annonce.
3. Les Albertains devaient avoir reçu une dose avant le 20 septembre 2021 et deux doses avant le 25 octobre 2021.

d'administration des premières doses; la Colombie-Britannique et l'Alberta ont connu des hausses encore plus importantes.

Le ministère de la Santé a levé les exigences relatives au passeport vaccinal le 1^{er} mars 2022. Il nous a informés qu'il ne prévoyait pas le rétablir. Le manque évident de volonté d'envisager le rétablissement du passeport vaccinal, quelles que soient les circonstances, indique que les décisions ne sont pas fondées sur des données probantes.

Les experts nous ont informés que la nécessité de réenvisager l'utilisation du passeport vaccinal pourrait un jour se présenter en raison des cas de COVID-19 en milieu communautaire. En mars 2022, le groupe Science Table a également suggéré qu'une telle mesure politique devrait être envisagée, parallèlement à une dose de rappel. Le Ministère nous a informés qu'il évaluera l'efficacité du passeport vaccinal et les leçons tirées de son utilisation une fois la pandémie passée.

RECOMMANDATION 8

Pour appuyer les efforts d'application de la loi visant à limiter la transmission de maladies évitables par la vaccination comme la COVID-19 et de maladies qui pourraient apparaître à l'avenir,

et à encourager la vaccination, le ministère de la Santé, de concert avec le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences devrait, lorsque des données scientifiques indiquent qu'il s'agit d'un avantage sociétal :

- évaluer les pouvoirs nécessaires pour permettre aux agents d'exécution d'assurer efficacement la conformité aux mesures de santé publique comme la preuve de vaccination, et intégrer cela à son futur plan d'intervention en cas de pandémie;
- élaborer un processus d'inspection pour déterminer les lieux assujettis aux exigences de preuve de vaccination et faire le suivi des activités de conformité;
- examiner les obstacles auxquels les entreprises ont dû faire face lorsqu'elles utilisaient l'application VérifOntario, comme la méconnaissance de la technologie ou la connexion Internet, prendre des mesures correctives au besoin et les intégrer à son futur plan d'intervention en cas de pandémie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'IMMIGRATION, DE LA FORMATION ET DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences est d'accord avec les recommandations visant à évaluer l'autorité nécessaire pour appliquer efficacement les mesures de santé publique et établir des processus d'inspection pour assurer le suivi de ses activités de conformité. Afin d'orienter le travail des agents participant à l'application de la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19)*, le Ministère élaborera et mettra en oeuvre, à l'avenir, un processus d'inspection qui déterminera les lieux expressément assujettis aux exigences de preuve de vaccination par rapport à ceux qui ne le sont pas, et il assurera le suivi de la conformité en conséquence. Le Ministère a évalué la conformité et l'application de la loi en vertu de la Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario, y compris la preuve de vaccination et le nombre d'entreprises visitées au cours des diverses initiatives et campagnes d'équipes de plusieurs ministères. Le Ministère a recueilli des données sectorielles pour chaque visite d'entreprise et a évalué le niveau de conformité aux exigences de preuve de vaccination dans les secteurs où elle était requise, c'est-à-dire dans les restaurants, les cinémas et les gymnases. Toutefois, les données recueillies pour les restaurants ne faisaient pas de distinction entre les restaurants qui offraient uniquement des plats à emporter et ceux qui proposaient un service en salle à manger où la preuve de vaccination des clients était requise. Toutefois, lorsqu'une preuve de vaccination était requise, les agents devaient concentrer les inspections sur les restaurants avec salle à manger; nous croyons donc que la majorité des restaurants inspectés offraient un service en salle à manger. Notre analyse démontre le niveau global de conformité à la preuve de vaccination que les agents

d'équipe de plusieurs ministères ont observé lors de leurs visites dans tous les lieux de travail.

À l'avenir, pour toute application future des mesures de santé publique, le Ministère mettra à profit ses connaissances et son expertise en matière d'application de la Loi, ainsi que les leçons tirées de la pandémie de COVID-19, afin d'éclairer l'élaboration de compétences efficaces et de faire la distinction entre les lieux de travail où la preuve de vaccination était requise et ceux où ce n'était pas le cas.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé accepte la recommandation incluant l'application VérifOntario. Si cette exigence devait être mise en oeuvre à l'avenir, le Ministère s'inspirera des commentaires qu'il a reçus et explorera d'autres possibilités d'accroître la communication, l'orientation et la collaboration avec le milieu des affaires.

RECOMMANDATION 9

Pour mieux protéger les Ontariens contre la COVID-19 et d'autres maladies hautement transmissibles évitables par la vaccination, ce qui pourrait être nécessaire à l'avenir, le ministère de la Santé, de concert avec le médecin hygiéniste en chef, devrait établir des critères à utiliser pour décider s'il y a lieu de réintroduire des exigences en matière de preuve de vaccination et les intégrer à son futur plan d'intervention en cas de pandémie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation et cherchera à établir des critères ou des conditions à envisager relativement à la réintroduction des exigences de preuve de vaccination et leur inclusion dans les futurs plans d'intervention en cas de pandémie ou les plans d'intervention d'urgence appropriés.

Tout au long de la pandémie de COVID-19, le médecin hygiéniste en chef et le Ministère ont utilisé des données et des preuves pour éclairer leurs conseils au gouvernement, qui comprenaient une évaluation globale des principaux indicateurs de santé publique et du système de soins de santé. Ces conseils ont été communiqués au public et utilisés pour orienter les directives sur l'application des mesures de santé publique et de sécurité au travail ainsi que les plans de réouverture.

4.6.2 Les décisions d'adoption de l'obligation vaccinale ne sont pas fondées sur des données probantes

Il n'existe pas de preuves justifiant le report de la reprise de la vie économique une fois l'objectif de vaccination atteint

En 2021, peu après l'arrivée des vaccins en Ontario, le ministère de la Santé a établi des objectifs en matière de taux de vaccination publique avec les premières et deuxièmes doses pour les adultes de 18 ans et plus. Ces objectifs coïncidaient avec un processus de reprise de la vie économique en trois étapes, décrit à l'**annexe 15**. À cette époque, la reprise d'un mode de vie plus normal (une « réouverture » provinciale) reposait sur l'atteinte de ces objectifs. La première étape de la réouverture avait toutefois été retardée d'environ trois semaines alors que l'objectif du taux de vaccination avec les premières doses avait été atteint le 22 mai. La première étape de la réouverture n'a été approuvée que le 11 juin. Le Ministère n'a pas analysé la façon dont les autres facteurs, comme les hospitalisations, le taux d'occupation en unité de soins intensifs et les cas hebdomadaires, avaient influé sur le retard.

La province n'a pas rendu obligatoire la vaccination du personnel hospitalier malgré l'appui des hôpitaux pour le faire

Malgré d'importantes preuves pour appuyer l'adoption de l'obligation vaccinale dans les hôpitaux ainsi que le soutien des hôpitaux, le ministère de la Santé n'a pas adopté une telle obligation. Il a plutôt exigé que les hôpitaux aient mis en place des politiques de

vaccination obligeant chaque hôpital à établir ses propres règles.

Les PDG des hôpitaux, l'Ontario Hospital Association, la Registered Nurses' Association of Ontario et l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table ont indiqué publiquement qu'ils estimaient que la mise en place d'une obligation provinciale de vaccination du personnel hospitalier n'aurait qu'un impact négatif minimal sur les niveaux de dotation en personnel et protégerait plutôt la main-d'oeuvre contre les absences pour cause de maladie. Nous avons résumé le contenu de leurs lettres à l'**annexe 19**.

Après avoir reçu ces commentaires, le Ministère a annoncé le 3 novembre 2021 qu'il ne mettrait pas en oeuvre d'obligation de vaccination pour le personnel hospitalier de peur d'entraîner une pénurie de personnel. Sa décision n'était pas fondée sur les avis des dirigeants du secteur de la santé et le Ministère n'a pas publié les réponses des PDG des hôpitaux. Le personnel du Ministère nous a informés qu'il n'avait pas imposé d'obligation de vaccination aux travailleurs des hôpitaux parce qu'il voulait laisser aux hôpitaux une certaine marge de manoeuvre. De plus, il nous a informés que le médecin hygiéniste en chef avait évalué la situation et que cette évaluation ne justifiait pas le recours à une obligation de vaccination. Toutefois, nous n'avons pas accès aux détails de cette évaluation, qui nous auraient permis de mieux comprendre les facteurs pris en considération. Le Ministère n'a pas présenté d'autres éléments de fait pour expliquer pourquoi il n'avait pas suivi la majorité des commentaires et des conseils reçus. L'Ontario Hospital Association a finalement exprimé sa déception face à la décision prise par la province.

Comme il est mentionné à la **section 2.5**, les foyers de soins de longue durée étaient les seuls milieux dans lesquels le Ministère a mis en oeuvre une obligation de vaccination. Le Ministère a également exigé que les Ontariens présentent une preuve de vaccination dans les entreprises au plus fort de la pandémie. Il n'a toutefois pas mis en place d'obligation de vaccination provinciale pour le personnel hospitalier qui travaillait avec les personnes à risque. Lorsque le Ministère prend des décisions qui ne correspondent pas aux

commentaires des personnes et des organismes qui connaissent bien les besoins du secteur, il donne l'impression d'ignorer les commentaires.

RECOMMANDATION 10

Pour protéger uniformément les populations vulnérables contre les effets graves des éclosons et réduire le plus possible la transmission de maladies, les décès et les hospitalisations, le ministère de la Santé devrait à l'avenir se justifier publiquement lorsqu'il prend des décisions sur les obligations et les politiques en matière de vaccination qui ne concordent pas avec les données scientifiques et les conseils d'experts.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé est en accord avec la recommandation d'expliquer publiquement la justification des décisions relatives aux obligations et aux politiques à l'avenir.

L'approche de l'Ontario en matière de mise en oeuvre de l'obligation et des politiques en matière de vaccination contre la COVID-19 dans les hôpitaux et d'autres milieux de santé à risque élevé reposait sur des données probantes réelles et sur les conseils d'experts scientifiques et médicaux ainsi que de plusieurs intervenants de la santé.

4.7 Communication des dirigeants et sensibilisation du public

L'un des éléments clés de tout programme de vaccination consiste à informer et à sensibiliser la population sur les avantages des vaccins, puis à les convaincre de prendre des mesures pour se faire vacciner. Tout cela implique une communication, tant directe que par des intermédiaires.

La pandémie de COVID-19 a rendu la planification de la communication des programmes de vaccination urgente et complexe. Le développement des nouveaux vaccins contre le nouveau coronavirus a été surveillé de près, et les gens voulaient obtenir des informations sur ces avancées. Les vaccins ont été mis au point à

l'aide de technologies nouvelles et différentes, et même s'ils s'appuyaient sur des réussites antérieures, certains ont exprimé des opinions négatives sur leur innocuité et leur efficacité. Beaucoup de ces idées ont subsisté malgré des preuves contraires. La rareté des vaccins, surtout au début de 2021 alors que les doses arrivaient, a obligé les gouvernements à rendre certains groupes prioritaires pour la vaccination. Ceux qui n'étaient pas certains des avantages des vaccins pour la santé avaient besoin de renseignements supplémentaires. Enfin, les gens avaient besoin de renseignements sur les lieux où se faire vacciner et le moment pour le faire.

La préparation d'une communication cohérente sur le programme de vaccination d'une province nécessite une coordination et une communication entre les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux et d'autres organismes de santé publics et privés, qui possèdent une expertise sur les programmes de vaccination et y participent. La responsabilisation et la prise de décisions sont importantes pour assurer la clarté des communications. Lorsque les décisions ne sont pas claires ou lorsqu'aucune décision n'est prise, une communication efficace est au mieux, improbable, et au pire, impossible.

Les Ontariens se sont tournés vers leurs dirigeants pour s'assurer qu'ils avaient l'information dont ils avaient besoin pour prendre des décisions éclairées, informées et potentiellement de vie ou de mort dans un contexte incertain. Nous avons examiné les plans de communication élaborés par le ministère de la Santé (le Ministère) pour aider les dirigeants provinciaux à mettre en oeuvre le programme de vaccination. Le Ministère a rédigé des plans de communication stratégiques sur les doses de rappel, les certificats de vaccination et les vaccins pour les enfants de cinq à 11 ans, par exemple. Ces plans n'ont toutefois jamais été finalisés. Les plans de communication devraient préciser les principaux buts ou objectifs du programme qu'ils sont censés appuyer. Dans ce cas, l'un des principaux objectifs du Ministère était de veiller à ce qu'un grand nombre d'Ontariens se fasse vacciner, mais les plans provisoires du Ministère ne mentionnaient pas cet objectif ni ne précisaient d'objectifs précis,

mesurables et assortis de délais pour pouvoir évaluer les mesures prises.

Le Ministère a entrepris un vaste programme de marketing mettant à profit la publicité payée dans les médias traditionnels et sociaux pour promouvoir, par exemple, la vaccination avec la première et la deuxième dose en juin et juillet 2021, et la dose de rappel en décembre 2021. Toutefois, des communications stratégiques plus efficaces étaient nécessaires pour fournir des précisions et des détails et pour répondre aux questions sur des enjeux tels que :

- la justification de la priorité accordée aux 114 collectivités constituant des points chauds par rapport à d'autres régions de la province, comme mentionné à la **section 4.1.1**;
- le calendrier d'administration d'une quatrième dose et son importance;
- les âges et les autres facteurs de risque des personnes hospitalisées à cause de la COVID-19.

De nombreuses études soulignent l'importance des communications stratégiques pour améliorer l'adoption des vaccins et les questions qui peuvent limiter la vaccination. Une étude réalisée en 2021 par la Royal Society of Medicine du Royaume-Uni, par exemple, soulignait que l'un des plus grands obstacles à la vaccination est la réticence face aux vaccins. L'absence de communication claire ou suffisante au public pour promouvoir les avantages de la vaccination et répondre aux questions légitimes, aux problèmes et à la désinformation pourrait entraîner des taux de vaccination plus bas que souhaité et des occasions manquées de bénéficier des avantages d'un schéma vaccinal complet.

Le Cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19 de l'Ontario souligne l'importance de la confiance du public, qui est l'un de ses principes fondamentaux. Toutefois, le manque de transparence concernant les décisions importantes prises à un moment critique du déploiement du programme de vaccination a probablement miné la confiance du public dans la capacité du gouvernement à prendre des décisions éthiques, fondées sur la science pour protéger

les populations les plus vulnérables de l'Ontario contre la COVID-19.

Nous avons sondé les 34 bureaux de santé publique pour connaître leurs points de vue sur la stratégie de communication du gouvernement provincial. Parmi les répondants, 27 % étaient d'accord pour dire que la stratégie était efficace, 60 % n'étaient pas d'accord pour dire qu'elle était efficace et 13 % n'avaient pas d'opinion à ce sujet. La moitié des experts médicaux qui ont répondu à notre sondage étaient également en désaccord; 17 % étaient d'accord et les autres n'avaient aucune opinion.

4.7.1 Le ministère de la Santé n'a pas clairement justifié sa décision sur la distribution des vaccins

Lorsque les vaccins sont arrivés pour la première fois en Ontario à la fin de 2020, le public, mais surtout des groupes dont les travailleurs de la santé, le personnel scolaire, les ambulanciers et les policiers, s'inquiétaient de savoir quels groupes seraient les premiers à recevoir les vaccins, dont l'approvisionnement était encore rare. Toutefois, ni le ministère de la Santé ni le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 (le Groupe d'étude), l'organisme consultatif public mis sur pied par le gouvernement, n'ont efficacement justifié leurs décisions sur l'établissement des groupes prioritaires en matière de vaccins. En temps de crise, il est important d'avoir un porte-parole dédié disponible régulièrement pour répondre aux questions des médias sur les enjeux critiques afin de s'assurer que le public reçoit des informations importantes, donc, dans le cas d'une pandémie, des renseignements sur la disponibilité et la distribution des vaccins. Selon les dossiers du Ministère, le président du Groupe d'étude s'est rendu disponible pour répondre aux questions des médias à seulement 20 occasions environ entre le 1^{er} décembre 2020 et le 31 mars 2021, soit en moyenne cinq fois par mois. Cette question est examinée plus en détail à l'**annexe 20** ainsi que d'autres aspects de la mauvaise communication sur la distribution des vaccins et les données scientifiques.

4.7.2 Le gouvernement n'a pas expliqué clairement le déclin de l'efficacité des vaccins

Le terme « entièrement vacciné(e) » sert de fondement aux obligations et politiques en matière de vaccination élaborées par le ministère de la Santé (le Ministère) et d'autres organismes. Le Ministère n'a toutefois pas revu sa définition de 2021 (deux doses de n'importe quelle combinaison de vaccins approuvés dans la majorité des cas) avant mai 2022. Cependant, l'information ajoutée à ce moment-là n'a fait qu'accroître la confusion.

En mai 2022, le Ministère a publié un bulletin intitulé « Demeurez à jour en matière de vaccins contre la COVID-19 : doses recommandées. » On peut y lire que le terme « personne à jour » désigne une personne qui « a reçu toutes ses doses recommandées contre la COVID-19, y compris la ou les doses de rappel lorsqu'elle y est admissible ». Cela impliquait qu'une personne devait avoir reçu tous les vaccins lorsqu'elle y était admissible, mais ne redéfinissait pas spécifiquement le terme « entièrement vacciné(e) ». Au lieu de cela, le bulletin contenait le message ambigu suivant : « entièrement vacciné(e) [...] peut continuer à être utilisée dans certains contextes, et les politiques, lois, directives ou ordonnances pertinentes doivent continuer à être respectées le cas échéant ».

L'utilisation continue de l'expression « entièrement vacciné(e) » contredit le message du Ministère à la population, puisque le terme suggère que seulement deux doses sont nécessaires. Cette expression va donc à l'encontre du message concurrent du Ministère demandant aux Ontariens de « se tenir à jour dans leur vaccination contre la COVID-19 ». Le Ministère nous a confirmé que ce dernier concept est plus crucial que le nombre de doses administrées. Toutefois, le fait que les messages publics incluent ces deux concepts a créé de la confusion et pouvait mener à l'idée fautive qu'une bonne protection était assurée par deux doses. Le Ministère nous a informés qu'il continuait d'utiliser le terme « entièrement vacciné(e) » puisque c'est le terme utilisé par le gouvernement fédéral.

Un bureau de santé publique qui a répondu à notre sondage avait souligné que les consignes au public sur le nombre de doses de vaccins requises

prêtaient à confusion, mais il estimait que ce n'était pas un problème propre à l'Ontario. En juin 2022, le gouvernement du Canada a déclaré qu'il prévoyait mettre à jour la définition de « entièrement vacciné(e) » en fonction du moment d'administration de la dernière dose d'une personne plutôt que d'un nombre déterminé de doses, mais cela n'avait toujours pas été fait en août 2022. La pratique de l'Ontario est conforme à celle du gouvernement fédéral.

Nous avons constaté que d'autres administrations avaient clairement indiqué que trois doses offraient une meilleure protection. Israël, l'Australie, la France, l'Autriche et Singapour ont modifié leurs messages publics entre octobre 2021 et juin 2022 pour définir le terme « entièrement vacciné(e) » comme désignant une personne ayant reçu trois doses. Toutefois, seul Israël avait effectué ce changement avant la flambée des cas d'Omicron en janvier 2022.

4.7.3 Le ministère de la Santé n'a pas fourni de renseignements clairs et suffisants pour aider les Ontariens à faire des choix éclairés au sujet des doses de rappel

Le taux de vaccination avec la troisième dose a été beaucoup plus faible que celui de la deuxième dose (50 % contre 82 % à la mi-août 2022) malgré les données probantes qui démontraient les avantages de la troisième dose pour réduire les hospitalisations et les décès. Bien que le ministère de la Santé (le Ministère) ait indiqué qu'il prévoyait une forte adoption des doses de rappel, comme en témoignent les quantités de vaccins qu'il avait commandées (abordé à la **section 4.5.1**), il n'avait pas mis en place de communication claire, ainsi que d'autres stratégies comme les obligations de vaccination et le passeport vaccinal, pour faciliter l'atteinte de cet objectif. Les Ontariens auraient dû avoir facilement accès à de l'information publique en faveur des avantages offerts par les doses de rappel. Au lieu de cela, l'information sur le site Web n'était pas claire et les dirigeants ont parfois contredit les messages clés des campagnes publicitaires sur la vaccination. Cela pourrait avoir réduit l'efficacité des publicités et l'optimisation des

fonds dépensés. Le Ministère a consacré environ le quart de ses dépenses publicitaires de la campagne de vaccination aux doses de rappel. Les experts médicaux que nous avons interrogés ont estimé que la mauvaise stratégie de communication du gouvernement avait contribué au faible taux d'adoption de la troisième dose.

En juillet 2022, une quatrième dose a été largement mise à la disposition des Ontariens, mais le communiqué de presse à ce sujet du Ministère ne décrivait pas clairement l'intérêt de cette quatrième dose. Il y était précisé : « Bien que la plupart des personnes âgées de 18 à 59 ans continueront de bénéficier d'une solide protection plus de six mois après leur première dose de rappel, l'élargissement de l'admissibilité à la deuxième dose de rappel permettra aux Ontariennes et aux Ontariens de prendre une décision éclairée en fonction de leur situation personnelle ». Toutefois, en août 2022, le Ministère n'avait pas fourni de renseignements supplémentaires pour aider les Ontariens à prendre une décision éclairée au sujet d'une quatrième dose.

Un expert en santé publique à qui nous avons parlé a souligné qu'il avait souvent été difficile d'obtenir des messages clairs sur les questions de santé publique en Ontario en raison des renseignements contradictoires fournis par différents organismes de santé et leurs dirigeants. Par exemple, nous avons remarqué que, bien que le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario ait recommandé à la population générale de ne pas recevoir de doses de rappel jusqu'à ce que de nouveaux vaccins soient disponibles à l'automne, un médecin hygiéniste local a recommandé une adoption généralisée.

Nous avons sondé les bureaux de santé publique au sujet des communications du gouvernement provincial sur la quatrième dose. Seulement environ 20 % des répondants ont convenu que le gouvernement était clair dans sa communication, contre 47 % qui se sont dits en désaccord. Les préoccupations de ces derniers portaient sur les sujets suivants :

- Il n'y a pas eu de renseignements publics recommandant des doses de rappel, alors que les doses de rappel étaient disponibles et offertes;

- La communication donnant aux personnes un choix quant aux vaccins pour la première fois prêtait à confusion;
- Les renseignements provinciaux sur les risques pour les 18 à 59 ans en bonne santé étaient confus et difficiles à comprendre pour beaucoup.

Nous avons également constaté que le ministère de la Santé n'avait pas clairement communiqué les renseignements médicaux qui informeraient et encourageraient les Ontariens à recevoir une dose supplémentaire. En février 2022, le Ministère a commencé à recueillir des données sur les hospitalisations liées à la COVID-19 selon le statut vaccinal, y compris les troisième et quatrième doses, et a rendu ces données publiques. Toutefois, ces données ne tiennent pas compte d'autres problèmes de santé comme l'obésité ou l'immunodéficience. Ces données pourraient informer les personnes sur le niveau de risque auquel elles seraient exposées si elles n'étaient pas vaccinées. Elles pourraient également servir aux médecins afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en matière de soins et recommander la vaccination à leurs patients.

De plus, selon les experts à qui nous avons parlé, certaines données fournies étaient trompeuses à certains égards. Un expert a déclaré [traduction] « La nécessité de fournir des chiffres ajustés et non des données brutes pour des indicateurs comme la proportion des décès chez les personnes (vaccinés contre non-vaccinés). Les chiffres bruts sont facilement mal interprétés. » Par exemple, les données sur les hospitalisations et les décès présentées ne tiennent pas compte de facteurs comme le nombre élevé de personnes vaccinées par rapport au nombre de personnes non vaccinées. Elles ne tiennent pas non plus compte de l'âge et d'autres facteurs comme l'obésité ou l'immunodéficience. (Voir aussi la **section 4.7.4.**)

4.7.4 Le ministère de la Santé n'a pas lutté efficacement contre la désinformation

Les bureaux de santé publique et d'autres experts médicaux nous ont dit que la désinformation avait eu des répercussions négatives sur la confiance du

public dans l'innocuité et l'efficacité des vaccins. Les représentants de l'Organisation mondiale de la Santé expliquent la désinformation selon la description présentée à la **figure 25**.

Selon les bureaux de santé publique et les experts que nous avons interrogés, le gouvernement provincial n'en faisait pas assez pour combattre la désinformation sur les vaccins en Ontario. Le ministère de la Santé (le Ministère) a fait appel à trois entreprises d'études de marché pour sonder le public entre janvier 2021 et mars 2022 au sujet des vaccins contre la COVID-19, y compris pour recueillir les idées fausses. Plusieurs bureaux de santé publique interrogés ont indiqué que cette information aurait pu être utilisée afin d'élaborer une solide campagne de communication pour lutter contre la désinformation, mais aucune campagne n'a été préparée et cette information n'a pas été communiquée aux bureaux de santé publique ou à d'autres organismes de santé de l'Ontario. Le Ministère a consacré au total 1,7 million de dollars à ces enquêtes.

Certains éléments de communication du Ministère ont même contribué à alimenter les idées fausses parce que la désinformation n'a pas été contestée efficacement. Par exemple, certains Ontariens croient à tort que les vaccins sont moins efficaces parce qu'il y a plus de personnes vaccinées à l'hôpital que de non-vaccinées. Un bureau de santé publique que nous avons sondé nous a informés que les données sur le site Web du Ministère donnaient l'impression que les personnes vaccinées étaient plus nombreuses à tomber malades et à mourir que celles non vaccinées. Il est vrai que les hôpitaux admettent plus de patients atteints de la COVID-19 ayant reçu deux doses que de non-vaccinés ou de personnes ayant reçu une seule dose, car il y a beaucoup plus de personnes vaccinées avec deux doses en Ontario que de non-vaccinées. Toutefois, l'information fournie sur le site Web du Ministère ne répond pas directement au malentendu potentiel, affirmant plutôt que « Les tendances relatives aux cas d'infection après la vaccination reflètent les tendances relatives à l'administration des vaccins (augmentation

Figure 25 : La désinformation sur la COVID-19 expliquée par l'Organisation mondiale de la Santé

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

Date de la déclaration	Déclaration
Avril 2021	<p>[traduction] « Au début de la pandémie, une grande partie de la désinformation portait sur la question de savoir si la COVID-19 était réellement une maladie grave. »</p> <p>[traduction] « La confiance du public envers la science et les données probantes est essentielle pour vaincre la COVID-19. Par conséquent, il est tout aussi vital de trouver des solutions à l'infodémie pour sauver des vies que d'imposer des mesures de santé publique, comme le port du masque et l'hygiène des mains, en passant par l'accès équitable aux vaccins, aux traitements et au diagnostic. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'infodémie désigne la propagation excessive de renseignements, y compris des renseignements faux ou trompeurs dans des environnements numériques et physiques pendant une éclipse.
Août 2021	<p>[traduction] « L'une des plus grandes difficultés auxquelles nous sommes encore confrontés est d'encourager la population à se faire vacciner. Nous avons entendu de fausses déclarations selon lesquelles le vaccin contre la COVID-19 causerait de l'infertilité, contiendrait des micropuces et serait à l'origine de la COVID-19. Et pire encore, nous avons entendu de fausses affirmations selon lesquelles des milliers de personnes seraient mortes du vaccin... ces affirmations sont tout simplement fausses. »</p> <p>[traduction] « La désinformation au sujet de la COVID-19 et du vaccin semble s'être aggravée et pousse les gens à ne pas se faire vacciner, ce qui entraîne une hausse des cas ».</p>

du nombre de doses administrées au fil du temps) et à l'incidence de la COVID-19. » Au lieu d'améliorer la qualité de l'information publique, en juillet 2022, le Ministère a complètement cessé de fournir de l'information parce que [traduction] « la déclaration quotidienne continue de ces chiffres a créé une fausse impression que la vaccination ne protège pas des formes graves de la COVID ».

En décembre 2021, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) a déclaré que le vaccin Moderna était plus efficace que le vaccin Pfizer et assurait une protection plus longue contre l'infection et les formes graves dues à la COVID-19. Toutefois, des reportages dans les médias diffusés au début de 2022 indiquaient que les Ontariens étaient réticents à recevoir une dose de rappel du vaccin Moderna; certains reportages de l'époque avaient révélé des effets secondaires graves liés à ce vaccin. Le Ministère n'a toutefois pas pris suffisamment de mesures pour répondre aux préoccupations liées au vaccin Moderna. Bien que le Ministère ait fourni aux bureaux de santé publique une trousse d'information sur la réticence face au vaccin Moderna, il n'a pas adressé au public de messages clairs pour répondre à ces préoccupations. Le Ministère nous a informés qu'il estimait ne pas pouvoir exprimer de préférence pour une marque de vaccin en particulier.

La moitié des bureaux de santé publique que nous avons sondés n'étaient pas d'accord pour dire que la communication provinciale sur les avantages du vaccin Moderna était claire; seulement 24 % étaient d'accord avec cette affirmation. De plus, 47 % ont convenu que le fait de ne pas communiquer adéquatement les renseignements sur les avantages du vaccin Moderna avait contribué à l'annulation des rendez-vous de vaccination avec Moderna. Nous avons également sondé des experts médicaux et 50 % d'entre eux étaient en désaccord avec l'énoncé selon lequel la communication provinciale était claire, 33 % étaient d'accord et 17 % n'avaient aucune opinion. Un expert a souligné que [traduction] « Le vaccin de Moderna [...] était le premier choix pour les personnes immunodéprimées et les personnes âgées, mais je ne suis pas certain que le message ait été communiqué assez clairement au public ».

Cette idée erronée au sujet du vaccin Moderna a probablement contribué au gaspillage de vaccins. Un rapport commandé par le Ministère sur la qualité des données sur les vaccins, qui tenait compte des données sur les vaccins disponibles jusqu'au 23 février 2022, indique que les reportages dans les médias liant Moderna à un risque accru d'effets secondaires graves avaient coïncidé avec une baisse brutale de la demande, ce qui a entraîné du gaspillage. Plus de 67 % des bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage ont convenu qu'ils avaient besoin d'une plus grande aide provinciale pour lutter contre la désinformation, et seulement 3 % étaient en désaccord; 30 % n'avaient pas d'opinion à ce sujet. Certaines des préoccupations et suggestions des bureaux de santé publique sont décrites à la **figure 26**.

RECOMMANDATION 11

Pour appuyer l'augmentation des taux de vaccination et réduire le plus possible les hospitalisations et les décès causés par la COVID-19, et pour appuyer la prise de décisions publiques éclairées sur la vaccination contre la COVID-19, le ministère de la Santé devrait :

- communiquer plus clairement au public les données scientifiques sous-jacentes et la façon dont ces données appuient ses décisions sur l'établissement des groupes prioritaires pour la distribution des vaccins, coordonner les communications avec les bureaux de santé publique et intégrer ce processus à son futur plan d'intervention en cas de pandémie;
- clarifier, de concert avec Santé publique Ontario, ses communications sur les personnes qui devraient être vaccinées et quand promouvoir activement la vaccination contre la COVID-19 auprès des personnes réticentes, par exemple en consultant un groupe d'intervenants externes pour déterminer si son message est clair pour l'Ontarien moyen;
- offrir au public un accès facile aux renseignements à jour sur les ressources disponibles et les tendances relatives à la

COVID-19, y compris les problèmes de santé sous-jacents des personnes hospitalisées atteintes de la COVID-19;

- examiner l'efficacité de sa stratégie de communication et de sensibilisation à l'égard de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin contre la COVID-19, y compris son efficacité dans la lutte contre la désinformation, en rendre compte, et intégrer les leçons tirées de cet examen dans son futur plan d'intervention en cas de pandémie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé souscrit à cette recommandation. L'approche de communication du Ministère, en collaboration avec ses partenaires, y compris les bureaux de santé publique et Santé publique Ontario, a toujours fourni au public des renseignements à jour dans le contexte difficile d'une pandémie mondiale en évolution constante. La stratégie de communication de la province

comprendait des communiqués de presse, des conférences de presse, de vastes campagnes de marketing, des communications adaptées pour les publics à haut risque, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ainsi que des ambassadeurs communautaires, afin de fournir de l'information adaptée à la culture des collectivités les plus touchées.

Le Ministère s'est engagé à améliorer continuellement son approche de communication pour appuyer le programme de vaccination contre la COVID-19 et à continuer de transmettre au public tous les renseignements importants sur la COVID-19 de façon claire et concise. Le Ministère continue de fonder ses communications sur des preuves scientifiques et de lutter contre la désinformation au moyen de communications médiatiques du médecin hygiéniste en chef et de ressources exhaustives disponibles sur son site Web.

Figure 26 : Suggestions sur les façons de lutter contre la désinformation proposées par certains bureaux de santé publique

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

- > démolir directement les mythes et renforcer les données montrant que les vaccins protègent contre les hospitalisations et les décès
- > fournir de l'information sur le fonctionnement des vaccins en tenant compte des publics qui estiment que l'infection ou l'immunité naturelles sont supérieures à l'immunité fournie par les vaccins
- > formuler des déclarations solides à l'appui d'une orientation fondée sur des données probantes et dénoncer les sources de désinformation
- > fournir des messages plus cohérents pour lutter contre la réticence face au vaccin
- > communiquer plus efficacement avec les praticiens en soins primaires
- > fournir plus de préavis et de renseignements sur les plans des campagnes de vaccination en consultation avec les bureaux de santé publique et les intervenants du système de santé

Annexe 1 : Vaccins approuvés au Canada

Sources des données : Gouvernement du Canada, ministère de la Santé

Vaccin ¹	Description	Efficacité ²	Effets secondaires	Doses administrées ³
Comirnaty (Pfizer)	<ul style="list-style-type: none"> • ARNm • Approuvé pour les personnes de 16 ans et plus le 9 décembre 2020 • Approuvé pour les personnes 12 à 15 ans le 5 mai 2021 • Approuvé pour les enfants 5 à 11 ans le 19 novembre 2021 	À partir d'une semaine après la deuxième dose : efficacité de 95 % pour les personnes de 16 ans et plus; efficacité de 100 % pour les personnes de 12 à 15 ans.	<p>Effets secondaires fréquents : rougeur, douleur et gonflement au site d'injection, frissons, fatigue, douleurs articulaires, maux de tête, fièvre légère, douleurs musculaires</p> <p>Effets secondaires rares : myocardite, péricardite, paralysie de Bell, anaphylaxie</p>	23,2 millions (69 %)
Spikevax (Moderna)	<ul style="list-style-type: none"> • ARNm • Approuvé pour les personnes de 18 ans et plus le 23 décembre 2020 • Approuvé pour les personnes de 12 à 17 ans le 27 août 2021 • Approuvé pour les enfants de 6 à 11 ans le 17 mars 2021 • Approuvé pour les enfants de 6 mois à 5 ans le 14 juillet 2022 	À partir de deux semaines après la deuxième dose : efficacité de 94,1 % pour les personnes de 18 ans et plus; efficacité de 100 % pour les personnes de 12 à 17 ans.	<p>Effets secondaires fréquents : rougeur, douleur et gonflement au site d'injection, frissons, fatigue, douleurs articulaires, maux de tête, fièvre légère, douleurs musculaires</p> <p>Effets secondaires rares : myocardite, péricardite, paralysie de Bell, anaphylaxie</p>	9,5 millions (28 %)
Vaxzevria (AstraZeneca)	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccin à base de vecteur viral • Approuvé pour les personnes de 18 ans et plus le 26 février 2021 	À partir de deux semaines après la deuxième dose : efficacité de 62 % pour les personnes de 18 ans et plus	<p>Effets secondaires fréquents : rougeur, douleur et gonflement au site d'injection, frissons, fatigue, douleurs articulaires, maux de tête, fièvre légère, douleurs musculaires</p> <p>Effets secondaires rares : anaphylaxie, caillots sanguins avec faible taux de plaquettes sanguines, syndrome de fuite capillaire, syndrome de Guillain-Barré</p>	1,1 million (3 %)
Janssen (Johnson & Johnson)	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccin à base de vecteur viral • Approuvé pour les personnes de 18 ans et plus le 5 mars 2021 • Dose unique 	À partir de deux semaines après une dose unique : efficacité de 66 % pour les personnes de 18 ans et plus.	<p>Effets secondaires fréquents : rougeur, douleur et gonflement au site d'injection, frissons, fatigue, douleurs articulaires, maux de tête, fièvre légère, douleurs musculaires</p> <p>Effets secondaires rares : anaphylaxie, caillots sanguins avec faible taux de plaquettes sanguines, syndrome de fuite capillaire, syndrome de Guillain-Barré</p>	3 844 (0,01 %)

1. En février 2022, Santé Canada a approuvé deux autres vaccins : Nuvaxovid de Novavax pour les adultes de 18 ans et plus et Covifenz de Medicago pour les adultes de 18 à 64 ans. Au 14 août 2022, l'Ontario avait administré 9 980 doses de Novavax et aucune dose de Medicago puisque son fabricant n'avait pas encore distribué le produit en Ontario.

2. L'efficacité des vaccins a été mesurée par rapport à la souche d'origine de la COVID-19. Depuis, d'autres variants plus contagieux sont apparus, comme les souches Delta et Omicron. On s'attend toujours à ce que les vaccins actuels protègent contre les maladies graves, les hospitalisations et les décès dus à ces variants, malgré des taux plus élevés de cas d'infections.

3. Données au 14 août 2022.

Annexe 2 : Rôles des principales parties participant au déploiement des vaccins contre la COVID-19 en Ontario

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

Entité	Principaux rôles	Hiérarchie/ responsable
Fédéral		
Services publics et Approvisionnement Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Acheter et obtenir un stock de vaccins pour tout le Canada • Négocier et finaliser les ententes avec les fabricants de vaccins du secteur privé • Attribuer et distribuer des vaccins aux provinces et aux territoires 	s.o.
Santé Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Approuver et autoriser les vaccins élaborés et produits par les fabricants de vaccins du secteur privé 	s.o.
Agence de la santé publique du Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Principal organisme fédéral responsable de la vaccination • Fournir un leadership, des conseils et un soutien pour formuler des recommandations de vaccins opportunes et offrir des programmes de vaccination durables • Établir des normes techniques à l'appui du certificat de vaccination et favoriser l'interopérabilité de ces certificats pour les voyages sous réglementation fédérale • Superviser le Comité consultatif national de l'immunisation 	Santé Canada
Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)	<ul style="list-style-type: none"> • Formuler des recommandations sur l'utilisation et l'administration des vaccins autorisés par Santé Canada, y compris les groupes prioritaires pour l'accès à la vaccination 	Agence de la santé publique du Canada
Provincial		
Ministère de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un plan provincial de vaccination contre la COVID-19 • Attribuer et distribuer les vaccins, les fournitures auxiliaires et établir les exigences d'entreposage frigorifique • Élaborer des directives sur l'entreposage et la manutention • Surveiller la distribution des vaccins entre les partenaires de prestation, s'assurer qu'ils ont la capacité d'administrer les vaccins et de fournir un soutien technique et technologique normalisé aux lieux de vaccination • Élaborer et tenir à jour un dépôt de données sur les vaccins et un outil provincial de prise de rendez-vous • Produire et surveiller les données sur la couverture vaccinale • Fournir du financement et des directives cliniques aux partenaires du système de santé • Établir des règles d'admissibilité fondées sur les directives du CCNI (le Bureau du médecin hygiéniste en chef du Ministère examine les recommandations relatives aux vaccins et élabore et communique les directives provinciales) • Assurer une surveillance clinique continue, un contrôle de la qualité et de l'innocuité des vaccins • Agir à titre de chef de programme pour l'élaboration du certificat de vaccination • Établir des règlements définissant les personnes autorisées à administrer le vaccin contre la COVID-19 et d'autres considérations liées aux ressources humaines en santé 	Ministre de la Santé

Entité	Principaux rôles	Hiérarchie/ responsable
Ministère du Solliciteur général	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la responsabilité des activités liées à la logistique du programme de vaccination, y compris l’approvisionnement de certaines cliniques de vaccination et des contrats de vaccination • Soutenir les cliniques coordonnées par les employeurs, les cliniques coordonnées par des tiers et d’autres services de soutien provinciaux comme les autobus GOVAXX • En partenariat avec le ministère de la Santé, offrir des cliniques mobiles de vaccination en milieu communautaire • En juin 2022, la responsabilité de la gestion des situations d’urgence a été transférée du ministère du Solliciteur général au Secrétariat du Conseil du Trésor sous la direction du président du Conseil du Trésor et du sous-ministre/commissaire à la gestion des situations d’urgence. Le programme de vaccination continue d’être supervisé par le ministère de la Santé, avec l’appui du ministère du Solliciteur général et d’autres ministères partenaires. Le sous-ministre/commissaire à la gestion des situations d’urgence du Conseil du Trésor joue un rôle consultatif dans le cadre du programme de vaccination. 	Ministère du Solliciteur général
Ministère des Services au public et aux entreprises	<ul style="list-style-type: none"> • Gérer l’InfoCentre provincial pour la vaccination, qui est chargé de répondre aux demandes de renseignements du public concernant la vaccination, y compris les rendez-vous de vaccination et les dossiers de vaccination • En partenariat avec le ministère de la Santé, assurer la livraison, le soutien technique et l’installation dans les lieux de vaccination 	Ministère des Services au public et aux entreprises
Autres ministères	<p>Plusieurs ministères ontariens assurent la supervision et la surveillance, élaborent des politiques et appuient la distribution des vaccins pour les groupes dont ils sont responsables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministère des Services à l’enfance et des Services sociaux et communautaires : personnes en milieu de soins collectifs et celles qui reçoivent de l’aide sociale • Ministère des Collèges et Universités : établissements postsecondaires et collèges privés d’enseignement professionnel • Ministère de l’Éducation : enfants et jeunes en milieu scolaire ou en garderie et personnel des services d’enseignement et de garde d’enfants • Ministère des Soins de longue durée : résidents de foyer de soins de longue durée • Ministère des Affaires municipales et du Logement : personnes en situation d’itinérance • Ministère des Services aux aînés et de l’Accessibilité : aînés et résidents des maisons de retraite • Ministère de l’Agriculture, de l’Alimentation et des Affaires rurales • Direction générale de l’action contre le racisme • Ministère des Affaires autochtones • Ministère du Travail, de l’Immigration, de la Formation et du Développement des compétences 	Ministres respectifs

Entité	Principaux rôles	Hiérarchie/ responsable
Santé publique Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la surveillance de l'innocuité et de la couverture des vaccins – aider les bureaux de santé publique, recevoir les rapports sur les effets secondaires suivant l'immunisation, compiler les données de surveillance et les soumettre à Santé Canada • Fournir des commentaires scientifiques sur les documents d'orientation du ministère de la Santé pour la mise en oeuvre et l'administration des vaccins qui sont ensuite transmis aux vaccinateurs et au public • Exploiter ce qui était auparavant l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table (groupe créé en juillet 2020 et exploité de façon indépendante jusqu'au 4 avril 2022), composé d'experts scientifiques bénévoles et de dirigeants du système de santé qui ont évalué les nouvelles données probantes liées à la pandémie de COVID-19, et ont produit des rapports afin d'orienter les mesures prises par l'Ontario 	Ministère de la Santé
Santé Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir du financement aux équipes de Santé Ontario et aux centres de santé communautaire pour l'administration du vaccin contre la COVID-19 • Soutenir la capacité régionale en collaboration avec les bureaux de santé publique et coprésider les groupes de planification de la mise en oeuvre des vaccins contre la COVID-19 dans certaines régions de Santé Ontario 	Ministère de la Santé
Groupe d'étude ministériel sur la distribution des vaccins contre la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Créé en novembre 2020 par décret; dissous le 31 août 2021 • Relève du ministre de la Santé et du solliciteur général • Formuler des conseils sur la logistique et la planification opérationnelle de la distribution des vaccins contre la COVID-19, y compris la distribution éthique, rapide et efficace aux premières étapes du déploiement • Composé d'un président, d'un vice-président et de neuf membres • Présidé par le général (retraité) Rick Hillier jusqu'en mars 2021, puis par le Dr Homer Tien, président et chef de la direction d'Ornge, jusqu'à la fin d'août 2021 	Ministère du Solliciteur général
Children's Vaccine Table	<ul style="list-style-type: none"> • Créé en avril 2021 • Fournir des conseils stratégiques et des recommandations au gouvernement pour éclairer la planification, le processus et l'état de préparation du déploiement du programme de vaccination en mettant l'accent sur les enfants 	D'abord le Dr Dirk Huyer, coordonnateur provincial de l'intervention en cas d'écllosion et coroner en chef de l'Ontario, puis le Dr Daniel Warshafsky, médecin hygiéniste adjoint
Comité consultatif ontarien de l'immunisation	<ul style="list-style-type: none"> • Créé en septembre 2021 • Fournir des conseils fondés sur des données probantes à Santé publique Ontario sur la mise en oeuvre du programme d'immunisation et des vaccins en Ontario, sur les populations prioritaires et sur les directives cliniques 	Santé publique Ontario

Entité	Principaux rôles	Hiérarchie/ responsable
Régional/local		
Bureaux de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> Superviser et coordonner les efforts d'administration des vaccins sur leur territoire (sauf pour les pharmacies), en particulier les cliniques de vaccination de masse et les établissements de soins primaires Administrer les vaccins Distribuer les vaccins et les fournitures auxiliaires aux cliniques et partenaires locaux Maintenir les exigences de la chaîne de froid et signaler les variations de température en entrepôt frigorifique et y remédier Faciliter la planification locale et régionale pour optimiser l'accès aux vaccins et la couverture vaccinale dans la région Inspecter les processus de la chaîne de froid pour assurer l'intégrité du vaccin ainsi que l'entreposage et la manipulation des vaccins Signaler les effets secondaires suivant l'immunisation à Santé publique Ontario Évaluer les exemptions pour raison médicale à la vaccination contre la COVID-19 Approuver les dossiers de vaccination contre la COVID-19 hors pays et hors province 	Ministère de la Santé et municipalités
Équipes de Santé Ontario	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les bureaux de santé publique, les fournisseurs de soins primaires et les hôpitaux dans l'administration des vaccins contre la COVID-19 	Santé Ontario
Pharmacies*	<ul style="list-style-type: none"> Recevoir des vaccins indépendamment des centres de distribution (pas par l'entremise des bureaux de santé publique) Administrer des vaccins contre la COVID-19 Signaler les effets secondaires suivant l'immunisation aux bureaux de santé publique 	Ministère de la Santé
Services de distribution de produits pharmaceutiques*	<ul style="list-style-type: none"> Entreposer, manipuler et distribuer les vaccins, les diluants et les fournitures auxiliaires (comme les aiguilles et les seringues) pour les pharmacies 	Ministère de la Santé
Fournisseurs de soins primaires (équipes de santé familiale, centres de santé communautaire et cabinets de soins primaires)	<ul style="list-style-type: none"> Administrer des vaccins contre la COVID-19 Signaler les effets secondaires suivant l'immunisation aux bureaux de santé publique 	Ministère de la Santé
Employeurs* et autres tiers*	<ul style="list-style-type: none"> Administrer les vaccins contre la COVID-19 dans les cliniques coordonnées par les employeurs et les cliniques coordonnées par des tiers Signaler les effets secondaires suivant l'immunisation aux bureaux de santé publique 	Ministère de la Santé sur l'utilisation des systèmes d'information sur la vaccination
Fournisseurs tiers de services logistiques et de mise en entrepôt*	<ul style="list-style-type: none"> Entreposer, manipuler et distribuer les vaccins, les diluants et les fournitures auxiliaires (comme des aiguilles et des seringues) pour les bureaux de santé publique, les cliniques mobiles, les cliniques de vaccination de masse, les hôpitaux et les établissements de soins primaires 	Ministère de la Santé

Entité	Principaux rôles	Hiérarchie/ responsable
Calian*	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des vaccins supplémentaires et du personnel de soutien dans les cliniques de toute la province, y compris la région du Grand Toronto, les collectivités autochtones éloignées, les bureaux de santé publique du Nord et les bureaux de santé publique aux prises avec des éclosions 	Ministère du Solliciteur général
Croix-Rouge canadienne*, Medavie*	<ul style="list-style-type: none"> Gérer des cliniques mobiles et des cliniques de vaccination éphémères 	Ministère du Solliciteur général
FH Santé*	<ul style="list-style-type: none"> Gérer des cliniques de vaccination dans neuf emplacements et au zoo de Toronto 	Ministère du Solliciteur général
Switch Health*	<ul style="list-style-type: none"> Gérer une clinique de vaccination de masse au Centre international pour le grand public Gérer une clinique à l'aéroport international Pearson de Toronto (l'aéroport) pour administrer des vaccins aux travailleurs agricoles internationaux qui arrivent à l'aéroport 	Ministère de la Santé

* Secteur privé/secteur non gouvernemental

Annexe 3 : Dépenses engagées par le gouvernement de l'Ontario pour fournir des vaccins contre la COVID-19 aux Ontariens, de 2020-2021 à 2022-2023¹ (en millions de dollars)

Sources des données : Ministère de la Santé et ministère du Solliciteur général

Bénéficiaires du financement	Description des biens/services	2020-2021	2021-2022	2022-2023 ¹	Total
Bureaux de santé publique (34)	Cliniques de vaccination de masse; cliniques de vaccination dans les écoles ou près de celles-ci; frais exceptionnels comme des outils de déclaration et des rapports financiers pour soutenir le programme de vaccination contre la COVID-19	0	519,6	236,2	755,8
Hôpitaux (~ 80)	Fonctionnement des lieux de vaccination des hôpitaux et recrutement ou formation des ressources humaines en santé et d'autres membres du personnel clinique pour établir et soutenir ces lieux	33	178,1	0	211,1
InfoCentre provincial pour la vaccination²	Le personnel du centre d'appels répondra aux appels de prise de rendez-vous, de report et d'annulation des rendez-vous de vaccination et répondra aux questions sur le déploiement du programme de vaccination; assurera la préparation des certificats de vaccination; et offrira des services de traduction et d'interprétation.	0	103,4	5,3	108,7
Divers fournisseurs de TI2	Base de données sur les vaccins contre la COVID-19 (COVaxON), passeport vaccinal, système provincial de prise de rendez-vous pour les vaccins et dotation en personnel pour l'information et la technologie de l'information (TI) connexes	6,4	102,5	45,3	154,2
Pharmacies (>2 900)	Remboursement des vaccins administrés à 13 \$ la dose	2,1	95,6	8,3	106,1
Services paramédicaux municipaux (>30) et Ornge	Soutien des services paramédicaux avec des ambulances terrestres et aériennes pour les cliniques de vaccination, y compris les trois phases de l'opération Remote Immunity	13,3	13,4	0	26,7
Frais internes³	Attestations de vaccination : preuve de vaccination contre la COVID-19 comme le passeport vaccinal, le code QR et l'application VérifOntario	0	17,4	0	17,4
Croix-Rouge canadienne, Medavie	Gestion de plus de 3 000 événements de vaccination dans des cliniques mobiles et des cliniques de vaccination éphémères	0	17,5	0	17,5

Bénéficiaires du financement	Description des biens/services	2020-2021	2021-2022	2022-2023 ¹	Total
Switch Health	Gestion d'une clinique de vaccination de masse au Centre international pour le grand public et gestion actuelle d'une autre clinique à l'aéroport international Pearson de Toronto (l'aéroport) pour administrer des vaccins aux travailleurs agricoles internationaux qui arrivent à l'aéroport	0	16,4	0,9	17,3
Shoppers Drug Mart, McKesson et Andlauer Healthcare Group	Entreposage, manipulation et distribution des vaccins contre la COVID-19	0,7	11,9	0,4	12,9
Calian Group Ltd.	Fourniture des vaccins et du personnel de soutien aux cliniques de la région du Grand Toronto et aux collectivités autochtones éloignées	0,7	11,7	0,05	12,5
Fournisseurs de soins primaires et OntarioMD	Remboursement des vaccins administrés à 13 \$ par dose (fournisseurs de soins primaires); frais de formation et de soutien (OntarioMD)	0,3	9,2	0,3	9,8
Deloitte Inc.	Services-conseils en évaluation et conception des processus opérationnels, analyse des données, planification de la mise en oeuvre et gestion de projet	2,4	6,7	0,7	9,8
The Hospital for Sick Children	Une clinique virtuelle/ligne téléphonique et une campagne d'information destinées aux parents visant à renforcer la confiance dans la vaccination des enfants	0	1,4	0,7	2,1
The Strategic Counsel, Ipsos, Léger	Étude de surveillance des comportements liés à la santé à l'aide de sondages en ligne pour recueillir l'opinion publique, les taux de rappel de campagne et l'intention de vaccination en lien avec la COVID-19	0,7	1	0	1,7
Xpera Atténuation des risques et enquêtes	Fournir du soutien logistique aux cliniques mobiles de vaccination	0	1,7	0	1,7
FH Health	Gestion de cliniques de vaccination à 10 endroits	0	0,7	0	0,7
Total		59,7	1 108,1	298,2	1 465,9

1. Données jusqu'au 31 mai 2022.

2. Comprend les coûts liés à la preuve de vaccination contre la COVID-19 comme le passeport vaccinal, le code QR et l'application VérifOntario qui ne sont pas ventilés séparément.

3. À la charge du ministère de la Santé, du Ministère des Services au public et aux entreprises et des Services numériques de l'Ontario.

Annexe 4 : Membres du Groupe d'étude ministériel sur la distribution des vaccins contre la COVID-19

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

Personne nommée	Poste	Date de début	Date de fin	Informations supplémentaires
Rick Hillier* (président jusqu'au 31 mars 2021)	Général des Forces canadiennes (retraité)	4 déc. 2020	31 mars 2021	Également nommé conseiller spécial du premier ministre
Dr Homer Tien (président à compter du 1 ^{er} avril 2021)	Président-directeur général, Ornge	4 déc. 2020	31 août 2021	Remplacement du général Hillier à la présidence le 1 ^{er} avril 2021
Mario Di Tommaso* (vice-président)	Sous-ministre de la Sécurité communautaire	23 nov. 2020	31 août 2021	
Helen Angus*	Sous-ministre de la Santé	23 nov. 2020	31 août 2021	
Dr Dirk Huyer	Coroner en chef	4 déc. 2020	31 août 2021	Également nommé coordonnateur provincial de l'intervention en cas d'éclosion
Dr Isaac Bogoch	Consultant en maladies infectieuses, Hôpital général de Toronto	4 déc. 2020	31 août 2021	
Mark Saunders	Ancien chef de police de Toronto	4 déc. 2020	31 août 2021	
Dr Maxwell Smith	Bioéthicien et professeur adjoint, Western University	4 déc. 2020	31 août 2021	
Dr Regis Vaillancourt	Directeur de pharmacie, Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario	4 déc. 2020	31 août 2021	
Linda Hasenfratz	Directrice générale, Linamar Corporation	4 déc. 2020	18 janv. 2021	Démission
Angela Mondou	Présidente-directrice générale, TECHNATION	4 déc. 2020	3 mai 2021	Démission
Archibald RoseAnne	Chef régional de l'Ontario, Nation Taykwa Tagamou	4 déc. 2020	17 juin 2021	Démission
Dr Kieran Moore	Médecin hygiéniste, Kingston, Frontenac et Lennox & Addington	8 janvier 2021	26 juin 2021	Statut de membre révoqué en raison du nouveau poste de médecin hygiéniste en chef de l'Ontario
Dr Syed Wajid Ahmed	Médecin hygiéniste du Bureau de santé publique de Windsor-Essex	26 juin 2021	31 août 2021	

Note : Le Groupe d'étude a pris fin le 31 août 2021.

* Membres nommés par le décret d'établissement du Groupe d'étude sur la distribution des vaccins (déc. 1546/2020). Les autres membres ont été nommés dans une lettre des ministres.

Annexe 5 : Membres de l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table, en août 2022

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

Membre	Titre traduit selon le titre indiqué sur le site Web du Science Table
Dr Upton Allen¹ (coprésident)	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur de pédiatrie, Université de Toronto
Dr Brian Schwartz (coprésident)	<ul style="list-style-type: none"> • Vice-président, Santé publique Ontario • Professeur, Département de médecine familiale et communautaire et Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Dr Fahad Razak² (directeur scientifique)	<ul style="list-style-type: none"> • Interniste et professeur adjoint, Hôpital St. Michael, Université de Toronto • Professeur adjoint, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto • Chercheur scientifique, Li Ka Shing Knowledge Institute • Responsable provincial, Amélioration de la qualité en médecine générale, Santé Ontario
Dr David Earn	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur de mathématiques, Département de mathématiques et de statistique, Université McMaster
Dr Gerald Evans	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur de médecine, Sciences biomédicales et moléculaires et pathologie et médecine moléculaire, Université Queen • Directeur médical, Prévention et contrôle des infections
Dre Jennifer Gibson	<ul style="list-style-type: none"> • Professeure adjointe, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto • Directrice, Joint Centre for Bioethics, Université de Toronto • Chaire Financière Sun Life en bioéthique
Dr Michael Hillmer	<ul style="list-style-type: none"> • Sous-ministre adjoint, Planification de la capacité et analytique, ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée • Professeur adjoint, Institute for Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto
Dre Jessica Hopkins	<ul style="list-style-type: none"> • Chef adjointe, Protection de la santé, Santé publique Ontario • Professeure adjointe, Département des méthodes, des données probantes et des retombées de la recherche en santé, Université McMaster • Chargée de cours auxiliaire, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Dr Peter Jüni³	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur de médecine et d'épidémiologie, Département de médecine et Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto • Directeur, Applied Health Research Centre, Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael
Dre Fiona Kouyoumdjian	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin hygiéniste en chef adjointe, ministère de la Santé • Chercheure associée, Central Populations and Public Health Research Program (Programme de recherche en santé publique et populations centrales) de l'ICES
Dre Audrey Laporte	<ul style="list-style-type: none"> • Professeure et directrice, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto • Directrice, Centre canadien en économie de la santé
Dre Linda Mah	<ul style="list-style-type: none"> • Professeure agrégée de psychiatrie, Division de psychogériatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto • Membre associée, Institute of Medical Science, Faculté de médecine, Université de Toronto • Scientifique principale, Rotman Research Institute, Baycrest Health Sciences • Psychiatre titulaire, Baycrest Health Sciences

Membre	Titre traduit selon le titre indiqué sur le site Web du Science Table
Dr Doug Manuel	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur, Département de médecine familiale, École d'épidémiologie et de santé publique, Faculté de médecine, Université d'Ottawa • Scientifique principal, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
Dre Allison McGeer	<ul style="list-style-type: none"> • Microbiologiste et consultante en maladies infectieuses, Hôpital Mount Sinai • Professeure, Département de médecine de laboratoire et de biopathologie, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Dr Andrew Howard	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur, Maladies infectieuses, Université de Toronto • Directeur, Antimicrobial Stewardship Program (Programme de gestion des antimicrobiens), Sinai Health et Réseau universitaire de santé
Dre Samira Mubareka	<ul style="list-style-type: none"> • Clinicienne-chercheure, Sunnybrook Research Institute et Département de médecine de laboratoire et de biopathologie
Dre Michelle Murti	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin hygiéniste en chef adjointe, ministère de la Santé • Professeure adjointe, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto
Dr Christopher Mushquash	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur, Département de psychologie, Université Lakehead et École de médecine du Nord de l'Ontario • Psychologue, Dilico Anishinabek Family Care • Directeur, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord, Université Lakehead • Vice-président directeur intérimaire, Recherche, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay • Scientifique en chef, Institut régional de recherche en santé de Thunder Bay
Dr Menaka Pai	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur agrégé de médecine, Université McMaster • Chef de service, Hématologie bénigne, Hamilton Health Sciences • Responsable de la qualité de la médecine transfusionnelle, Hamilton Regional Laboratory Medicine Program (Programme régional de médecine de laboratoire de Hamilton)
Dr Samir Patel	<ul style="list-style-type: none"> • Sous-chef, Microbiologie, Santé publique Ontario • Microbiologiste clinique, Santé publique Ontario • Professeur agrégé, Département de médecine de laboratoire et de biopathologie, Université de Toronto
Dr Justin Presseau	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur agrégé, École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa • Scientifique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
Dre Paula Rochon	<ul style="list-style-type: none"> • Scientifique principale et gériatre, Hôpital Women's College • Professeure, Division de médecine gériatrique, Faculté de médecine et Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto • Chaire de RTOERO en médecine gériatrique, Université de Toronto
Dre Beate Sander	<ul style="list-style-type: none"> • Chaire de recherche du Canada en économie des maladies infectieuses • Scientifique et directrice, Recherche en économie de la santé de la population, Réseau universitaire de santé • Directrice, Modélisation et économie de la santé, Toronto Health Economics and Technology Assessment Collaborative • Professeure agrégée et professeure coresponsable du Health Technology Assessment program (programme d'évaluation des technologies de la santé), Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto • Chercheure associée, Santé publique Ontario • Chercheure associée, ICES

Membre	Titre traduit selon le titre indiqué sur le site Web du Science Table
Dr Michael Schull	<ul style="list-style-type: none"> • Président-directeur général et scientifique principal, ICES • Professeur et clinicien-chercheur, Département de médecine, Université de Toronto • Scientifique principal, Clinical Evaluative Sciences, Sunnybrook Research Institute • Professeur, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto • Urgentologue membre du personnel, Centre Sunnybrook des sciences de la santé
Dre Arjumand Siddiqi	<ul style="list-style-type: none"> • Professeure agrégée et chef de division en épidémiologie, Université de Toronto • Chaire de recherche du Canada sur l'équité en matière de santé des populations
Dr Chris Simpson	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur de médecine, Division de cardiologie, Université Queen's
Dr Arthur Slutsky	<ul style="list-style-type: none"> • Scientifique, Unity Health Toronto – Hôpital St. Michael • Professeur de médecine, de chirurgie et de génie biomédical, Université de Toronto
Dre Janet Smylie	<ul style="list-style-type: none"> • Professeure, Dalla Lana School of Public Health et Département de médecine familiale et communautaire, Faculté de médecine, Université de Toronto • Chercheure scientifique et médecin membre du personnel, Hôpital St. Michael
Dre Tania Watts	<ul style="list-style-type: none"> • Professeure et titulaire de la chaire associée, programme postdoctoral, Département d'immunologie, faculté de médecine de Temerty, Université de Toronto
Dr Scott Weese	<ul style="list-style-type: none"> • Professeur, Collège de médecine vétérinaire de l'Ontario et directeur, Centre for Public Health and Zoonoses, Université de Guelph

Note : Le groupe du Science Table été dissout le 6 septembre 2022.

1. Le Dr Upton Allen a pris la relève du Dr Adalsteinn Brown à titre de coprésident en août 2022.

2. Fahad Razak est devenu directeur scientifique en mai 2022.

3. Peter Jüni a quitté son poste de directeur scientifique en mai 2022.

Annexe 6 : Opération Remote Immunity

Préparé par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario avec les renseignements transmis par le ministère du Solliciteur général

	ORI	ORI 2.0	ORI 3.0
Période	Du 1 ^{er} février au 28 avril 2021	Du 31 mai au 23 juillet 2021	Du 15 novembre 2021 au 28 février 2022
Collectivités ciblées	<ul style="list-style-type: none"> • Première et deuxième doses pour les adultes dans 31 collectivités autochtones éloignées accessibles par avion et de Moosonee 	<ul style="list-style-type: none"> • Première et deuxième doses pour les jeunes de 12 à 17 ans dans 31 collectivités autochtones éloignées accessibles par avion et de Moosonee • Deuxième et troisième doses pour les adultes dans ces mêmes collectivités 	<ul style="list-style-type: none"> • Première et deuxième doses pour les enfants de 5 à 11 ans dans 29 collectivités autochtones éloignées accessibles par avion et de Moosonee • Première et deuxième doses pour les personnes de 12 ans et plus • Troisième dose pour toutes les personnes admissibles
Doses administrées	25 614	5 743	11 052

Annexe 7 : Collectivités constituant des points chauds et leurs bureaux de santé publique

Source des données : Ministère du Solliciteur général

Bureau de santé publique	Région selon le code postal
Durham	L1S, L1T, L1V, L1X, L1Z
Halton	L9E
Hamilton	L8W, L9C
Niagara	L2G
Ottawa	K1T, K1V, K2V
Peel	L4T, L4W, L4X, L4Z, L5A, L5B, L5C, L5K, L5L, L5M, L5N, L5R, L5V, L5W, L6P, L6R, L6S, L6T, L6V, L6W, L6X, L6Y, L6Z, L7A, L7C
Simcoe et Muskoka	L3Z
Sud-Ouest	N5H
Toronto	M1B, M1C, M1E, M1G, M1H, M1J, M1K, M1L, M1M, M1P, M1R, M1S, M1T, M1V, M1W, M1X, M2J, M2M, M2R, M3A, M3C, M3H, M3J, M3K, M3L, M3M, M3N, M4A, M4H, M4X, M5A, M5B, M5N, M5V, M6A, M6B, M6E, M6H, M6K, M6L, M6M, M6N, M8V, M9A, M9B, M9C, M9L, M9M, M9N, M9P, M9R, M9V, M9W
Waterloo	N2C
Wellington-Dufferin-Guelph	N1K
Windsor-Essex	N8H, N8X, N8Y, N9A, N9B, N9C, N9Y
Région de York	LOJ, L3S, L3T, L4B, L4E, L4H, L4J, L4K, L4L, L6A, L6B, L6C, L6E

Annexe 8 : Calendrier des annonces gouvernementales et autres événements clés liés aux exigences en matière de preuve de vaccination, du 1^{er} septembre 2021 au 17 mars 2022

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

Date	Annnonce
1 ^{er} sept. 2021	<ul style="list-style-type: none"> Les Ontariens devront présenter une preuve de vaccination (passeport vaccinal, deux doses plus 14 jours) ainsi qu'une pièce d'identité avec photo dans certains établissements à compter du 22 septembre 2021.
14 sept. 2021	<ul style="list-style-type: none"> Publication de règlements en vertu de la <i>Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19)</i> et directives à l'intention des entreprises et des organismes sur les exigences en matière de preuve de vaccination.
15 oct. 2021	<ul style="list-style-type: none"> Les Ontariens peuvent télécharger le « certificat de vaccination amélioré », qui comprend un code QR électronique pour les lecteurs de codes. L'application VérifOntario est lancée pour permettre aux entreprises et aux organismes de vérifier électroniquement l'authenticité des certificats de vaccination améliorés et de confirmer le statut vaccinal d'un client. L'application était destinée aux entreprises et aux organismes. L'utilisation du certificat de vaccination amélioré par la population était encouragée, mais non obligatoire.
22 oct. 2021	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion du plan de levée progressive des exigences relatives au passeport vaccinal à compter du 17 janvier 2022, des exigences relatives aux limites de capacité à compter du 15 novembre 2021, en l'absence de tendances préoccupantes.
10 nov. 2021	<ul style="list-style-type: none"> Annnonce d'une pause d'au moins 28 jours pour la levée des exigences en matière de limites de capacité lorsque le passeport vaccinal est requis.
7 déc. 2021	<ul style="list-style-type: none"> Prolongation de la pause annoncée le 10 novembre.
10 déc. 2021	<ul style="list-style-type: none"> Annnonce d'une pause concernant la levée des exigences en matière de preuve de vaccination après le 17 janvier 2022. À compter du 4 janvier 2022, l'utilisation d'un certificat de vaccination amélioré avec code QR et de l'application VérifOntario seront obligatoires dans les établissements où une preuve de vaccination est requise.
3 janvier 2022	<ul style="list-style-type: none"> Début des mesures de confinement à compter du 5 janvier 2022, notamment la restriction du nombre de personnes autorisées lors de rassemblements en intérieur et en extérieur et l'interdiction des repas à l'intérieur, ce qui a pour effet d'éliminer la nécessité d'un passeport vaccinal dans ces établissements.
20 janv. 2022	<ul style="list-style-type: none"> Début de la levée des mesures de confinement à compter du 31 janvier 2022.
14 févr. 2022	<ul style="list-style-type: none"> La levée des exigences relatives à la preuve de vaccination aura lieu le 1^{er} mars 2022 pour tous les lieux intérieurs.
17 mars 2022	<ul style="list-style-type: none"> Remarques du Science Table : [traduction] « Tenez-vous prêts à rétablir les certificats de vaccination (terme général qui désigne habituellement le passeport vaccinal) en exigeant une dose de rappel récente pour les milieux à risque élevé, au besoin. »

Annexe 9 : Résumé des lois et règlements de l'Ontario relatifs à la vaccination contre la COVID-19

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

Loi	Résumé
<i>Loi de 1990 sur la protection et la promotion de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Désigne le médecin hygiéniste en chef comme responsable de la gestion des situations qui présentent ou peuvent présenter un risque pour la santé des personnes en Ontario, y compris les questions de vaccination. • Établit les 34 conseils de santé (bureaux de santé publique); ils sont chargés du contrôle des maladies infectieuses et de la prestation de services de vaccination auprès des enfants et des adultes. • Permet à tout médecin hygiéniste (chef provincial et local/municipal) d'imposer des restrictions au public (personnes ou entreprises) en raison d'un risque de maladie transmissible. • Permet au médecin hygiéniste en chef d'émettre des directives à l'intention des fournisseurs ou entités de soins de santé, décrivant en détail les procédures à suivre pour protéger la santé des Ontariens (p. ex. la Directive no 3 sur les foyers de soins de longue durée). • Un règlement, entré en vigueur en juin 2020, pris en vertu de cette loi permet de recueillir des données propres aux maladies causées par un nouveau coronavirus, y compris l'historique de vaccination en lien avec le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et la maladie à coronavirus (COVID-19), et des données sociodémographiques, notamment la race, le niveau de revenu, la taille du ménage et la langue.
<i>Loi de 2021 sur la déclaration des vaccins administrés contre la COVID-19</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Exige que les personnes ou entités qui administrent des vaccins contre la COVID-19 déclarent au ministère de la Santé les renseignements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • le nom, le numéro de téléphone et la date de naissance de la personne; • le nom du vaccinateur, ses coordonnées et son titre professionnel; • le nom du produit du vaccin, la date d'administration et le numéro de lot.
<i>Règlement pris en vertu de la Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation pour certaines entreprises ou organisations autorisées à ouvrir de se conformer aux mesures de santé publique et de sécurité en milieu de travail. De plus, certaines entreprises ou organisations autorisées à ouvrir devaient s'assurer que les clients étaient entièrement vaccinés contre la COVID-19 avant de leur autoriser l'entrée dans l'établissement.
<i>Règlement pris en vertu de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Des modifications ont été apportées au règlement pour favoriser la distribution rapide de doses de vaccins contre la COVID-19 à toutes les personnes admissibles. • En janvier 2021, plusieurs professionnels de la santé réglementés ont été autorisés à administrer le vaccin contre la COVID-19. Ces professionnels comprennent les pharmaciens et les stagiaires en pharmacie, les étudiants et les techniciens en pharmacie ainsi que le personnel infirmier autorisé dans la catégorie générale, le personnel infirmier auxiliaire autorisé dans la catégorie générale et le personnel infirmier praticien. • En décembre 2021, des exemptions ont été accordées à toute personne, y compris un membre du public ou un professionnel non mentionné ci-dessus, relativement à l'interdiction d'administrer le vaccin contre la COVID-19 par injection, à condition qu'au moins un membre d'une profession de la santé précisée soit présent dans les locaux où le vaccin est administré et que ce professionnel puisse être consulté par la personne qui administre le vaccin pour discuter de questions relatives à l'administration du vaccin ou pour obtenir des directives à ce sujet.

Annexe 10 : Éléments non examinés dans le cadre du présent audit

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

- La couverture vaccinale des enfants de moins de six ans – l’approbation et l’administration subséquente de ce vaccin ont eu lieu vers la fin de notre audit.
- Le contrôle des stocks de vaccins.
- L’exhaustivité du suivi par la province des effets secondaires suivant l’immunisation.
- L’efficacité des cliniques de vaccination en milieu de travail et de la vaccination des détenus dans les établissements correctionnels provinciaux.
- L’efficacité de l’opération Remote Immunity (décrite à la **section 2.2.2**).
- L’efficacité des obligations et des politiques en matière de vaccination par rapport à d’autres mesures de santé publique, comme les exigences de port du masque.
- La gestion de la sécurité de l’entreposage des vaccins, par exemple par les forces de l’ordre.
- La gestion des déchets médicaux et non médicaux liés à la vaccination.

Annexe 11 : Critères d'audit

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

1. Le gouvernement a établi une stratégie de livraison efficace et rentable des vaccins contre la COVID-19 qui décrit clairement les rôles et les responsabilités de toutes les parties concernées et qui est exécutée en temps opportun.
2. Les vaccins sont distribués selon des critères d'admissibilité fondés sur des preuves scientifiques et des principes éthiques appropriés, particulièrement dans les périodes où la demande de vaccins dépasse l'offre.
3. Les données provinciales sur la couverture vaccinale sont évaluées périodiquement afin de cerner les obstacles pour les clients et les zones où l'offre de cliniques de vaccination ou les taux de vaccination sont plus faibles. Des stratégies sont ensuite élaborées et mises en oeuvre pour accroître l'accès au vaccin. Cela comprend la reconnaissance des groupes à risque accru qui sont moins susceptibles de se faire vacciner, en raison de problèmes systémiques.
4. Des cliniques de vaccination sont mises en place pour améliorer l'accès aux vaccins, et leurs activités reposent sur des ententes qui définissent clairement les normes et les politiques sur la formation du personnel des cliniques de vaccination, et l'entreposage et la manipulation des vaccins. Des processus sont établis pour surveiller le fonctionnement des cliniques et rembourser les exploitants des cliniques en fonction de factures valides.
5. Des systèmes de gestion des données efficaces et souples sont mis au point en temps opportun pour la prise de rendez-vous de vaccination et le stockage des données sur la vaccination et les stocks de vaccins. Des mesures de protection appropriées sont prises pour vérifier la validité et l'exactitude des données.
6. Les décisions du gouvernement sur le calendrier et le contenu des politiques et des obligations en matière de vaccination sont fondées sur les meilleures données scientifiques et les meilleurs conseils disponibles.
7. Des messages clairs, cohérents et transparents sont communiqués au public au sujet des politiques, des obligations, de la disponibilité et de l'efficacité des vaccins afin d'obtenir la confiance du public, de profiter de possibilités d'amélioration et de répondre efficacement à la réticence face aux vaccins.
8. Des indicateurs de rendement sont établis et évalués pour orienter la prise de mesures et déterminer les priorités, y compris l'amélioration des taux d'immunisation et la réduction du gaspillage des vaccins; ces mesures sont modifiées au besoin.

Annexe 12 : Intervenants interrogés dans le cadre de l'audit du programme de vaccination contre la COVID-19

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

-
- Le ministère des Services au public et aux entreprises au sujet du fonctionnement de l'InfoCentre provincial pour la vaccination.
-
- Le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences au sujet des mesures qu'il prend pour surveiller la conformité des entreprises à la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19)* et la faire appliquer en ce qui concerne les exigences relatives au passeport vaccinal dans certains milieux à risque élevé.
-
- Le ministère des Soins de longue durée au sujet des obligations de vaccination dans les foyers de soins de longue durée.
-
- Santé publique Ontario pour déterminer les données scientifiques les plus récentes concernant les vaccins contre la COVID-19 et mieux comprendre son rôle dans le processus décisionnel de distribution des vaccins.
-
- Santé Ontario au sujet de son rôle dans la coordination de certaines opérations régionales liées aux vaccins.
-
- Le Comité consultatif national de l'immunisation au sujet des conseils qu'il a formulés sur l'utilisation des vaccins.
-
- Le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 pour comprendre ses activités aux premières étapes du déploiement du programme de vaccination.
-
- La Children's Vaccine Table, l'Ontario Medical Association, l'Ontario Pharmacists Association, l'Ontario Public Health Association, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, l'Association of Local Public Health Agencies et Vaccine Hunters Canada afin d'obtenir leur point de vue sur la stratégie de vaccination et son déploiement.
-

Annexe 13 : Résumé des demandes de renseignements reçues par le Bureau de la vérificatrice générale au sujet des vaccins contre la COVID-19, d'avril 2021 à janvier 2022, et sections connexes du présent rapport où le sujet est abordé

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

Note : Les résumés sont fondés sur les commentaires de plusieurs personnes et organisations et peuvent contenir des renseignements erronés. Consulter la section 4 du présent rapport pour voir l'évaluation du Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario.

Sujet	Préoccupations indiquées	Section
Sélection des codes postaux désignés comme étant des points chauds	<ul style="list-style-type: none"> De nombreuses personnes se sont montrées intéressées par la façon dont les points chauds avaient été choisis et voulaient s'assurer que les points chauds étaient déterminés en fonction des données scientifiques et sans aucune influence politique. Certains craignaient que le gouvernement ait favorisé ses propres circonscriptions électorales lorsqu'il s'agissait de distribuer des vaccins. Voici quelques exemples précis : <ul style="list-style-type: none"> Les vaccins ont été distribués dans des zones à plus faible risque au lieu de les mettre à la disposition des travailleurs essentiels et des quartiers plus prioritaires de Peel et de Toronto. Kanata a été inclus comme point chaud malgré un taux de positivité relativement faible, tandis que London, où le taux de positivité explosait, n'a pas été considéré comme un point chaud. La région de York a invariablement connu des pénuries injustes de vaccins. 	4.1
Stockage et gaspillage	<ul style="list-style-type: none"> Les citoyens se demandaient pourquoi certains stocks de vaccins étaient conservés dans des congélateurs au lieu d'être administrés. Notre Bureau a été chargé d'auditer le recours du gouvernement aux cliniques privées et aux entreprises pour distribuer et administrer des vaccins. La personne se demandait si, en raison de la distribution désordonnée du vaccin en Ontario, des cliniques privées et des entreprises avaient été « indûment incitées à acquérir des doses de vaccin qu'elles n'étaient pas en mesure de distribuer pleinement ». Certains médecins de soins primaires craignaient que les deux hôpitaux responsables du déploiement initial des vaccins en décembre 2020 aient dissimulé des vaccins pour les administrer à leur propre personnel ne remplissant pas les critères d'admissibilité parce qu'ils n'avaient pas de contact direct avec les patients. 	4.5
Recours à des consultants externes et à des entrepreneurs privés	<ul style="list-style-type: none"> L'opposition officielle en Ontario a demandé à la vérificatrice générale d'examiner le contrat à fournisseur unique conclu entre le gouvernement et FH Health, une entreprise privée, pour la gestion de cliniques de vaccination dans la région du Grand Toronto et de Hamilton, à la suite d'informations selon lesquelles certains dirigeants de FH Health et des membres de leur famille auraient fait des dons totalisant environ 42 000 \$ au Parti progressiste-conservateur de l'Ontario. L'opposition s'est dite préoccupée par le fait qu'il pourrait y avoir une contrepartie entre le gouvernement et FH Health et que les dons politiques pourraient contrevenir à la <i>Loi de 1990 sur le financement des élections</i>. Les préoccupations portaient également sur le fait que le gouvernement avait retenu les services d'experts-conseils de Deloitte à titre de fournisseur unique pour le programme de distribution des vaccins contre la COVID-19 et sur le recours à des dispositions exceptionnelles pour accorder ce contrat à un fournisseur unique. On ne sait pas exactement combien d'argent la province a dépensé pour ce contrat. Smile CDR (Clinical Data Repository) a créé une composante de la base de données provinciale sur les vaccins permettant d'assurer le suivi des effets secondaires suivant l'immunisation. Un citoyen aimerait savoir comment cette entreprise a été choisie et combien elle a été payée. 	4.3 Consulter aussi l'audit des contrats et de l'approvisionnement liés à la COVID-19, <i>Rapport annuel 2022</i>

Sujet	Préoccupations indiquées	Section
Portail de prise de rendez-vous pour les vaccins	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines personnes ont signalé que tous les rendez-vous de vaccination n'étaient pas comblés parce que certains citoyens avaient pris plusieurs rendez-vous à la fois. • De nombreux citoyens se sont sentis déconcertés et frustrés par l'absence d'une plateforme centrale de prise de rendez-vous englobant tous les lieux de vaccination dans leur région. • Le portail provincial sur les vaccins indiquait des messages d'erreur trop génériques lorsque la prise d'un rendez-vous était refusée, incitant les citoyens déconcertés à appeler leurs bureaux de santé publique. • Un groupe de médecins de soins primaires a exprimé des préoccupations au sujet du système de prise de rendez-vous, en particulier en ce qui concerne les personnes à risque élevé qui rencontrent des problèmes de prise de rendez-vous en raison d'obstacles liés à l'accès (p. ex. barrières linguistiques ou impossibilité d'accéder à un ordinateur ou à Internet). Le système de prise de rendez-vous de l'Ontario a favorisé ceux qui maîtrisaient la technologie et l'anglais. 	4.2
Accès prioritaire aux vaccins	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses personnes ont remis en question le délai de quatre mois entre la première et la deuxième dose, recommandé par le Comité consultatif national de l'immunisation, se demandant si cet intervalle prolongé avait eu des conséquences sur la santé, en particulier pour les personnes âgées. • Certains citoyens craignaient que les aînés confinés à la maison et d'autres populations vulnérables n'aient pas eu accès aux vaccins. • Une personne craignait que le gouvernement mette en péril la vie des personnes qui reçoivent des soins à domicile et des services de soutien à la personne. Les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) sont plus vulnérables puisqu'ils rendent visite à plusieurs patients chaque jour, mais ils n'ont pas été prioritaires pour recevoir les deuxième et troisième doses et ne sont pas protégés par une obligation de vaccination. Par ailleurs, la personne précisait que les PSSP n'avaient pas accès aux masques N95 et aux trousseaux de test, malgré le risque accru auquel ils étaient exposés. • Un opérateur de véhicules de transport en commun s'est dit préoccupé par l'ordre de priorité établi par la province pour certains travailleurs. Il voulait savoir pourquoi les travailleurs du secteur de l'éducation avaient eu la priorité sur les travailleurs comme lui qui ne pouvaient pas travailler de la maison. • Certains médecins de soins primaires ont exprimé des préoccupations au sujet du manque d'uniformité dans la vaccination des travailleurs de la santé. Au moment où les stocks de vaccins étaient rares, certains médecins ont eu connaissance de travailleurs de la santé qui n'avaient pas de contact direct avec des patients et qui avaient reçu une dose avant ceux qui travaillaient en salle d'urgence ou étaient en contact direct avec des patients. 	4.1 4.6

Sujet	Préoccupations indiquées	Section
Rémunération et organisation des effectifs de vaccinateurs	<ul style="list-style-type: none"> • L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et de nombreux membres du personnel infirmier ont exprimé leur frustration et leurs préoccupations au sujet de la main-d'oeuvre dédiée à la vaccination. Voici leurs sujets de préoccupation : <ul style="list-style-type: none"> • Écart salarial entre les médecins et le personnel infirmier qui administrent le vaccin : les médecins sont payés par la province 170 \$ l'heure (220 \$ pour les heures supplémentaires), tandis que le personnel infirmier reçoit 40 \$ à 50 \$ l'heure du bureau de santé publique qui les emploie. • Sentiment de sous-utilisation, étant donné qu'une grande partie du personnel infirmier n'a pas été appelé à vacciner au début du déploiement; la province et les bureaux de santé publique semblaient favoriser les médecins, dont les taux de rémunération étaient beaucoup plus élevés. • Préférence envers les médecins plutôt que le personnel infirmier pour administrer des vaccins contre la COVID-19, ce qui semblait illogique étant donné que le personnel infirmier administre systématiquement d'autres injections dans les milieux de soins primaires. • Des médecins de soins primaires ont également exprimé des préoccupations concernant la désorganisation apparente de la main-d'oeuvre chargée de la vaccination. La liste des vaccinateurs n'était pas claire et aurait dû être établie par l'entremise d'un portail centralisé assurant le suivi de leur identité et de leurs compétences pour aider les bureaux de santé publique à organiser les cliniques. De nombreux vaccinateurs n'ont reçu que peu ou pas de préavis lorsqu'ils ont été appelés à réaliser des quarts de travail ou lorsque leurs quarts ont été annulés. 	4.3
Processus de planification des vaccins et systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Certains médecins de soins primaires ont exprimé les préoccupations suivantes concernant la planification du déploiement du programme de vaccination en Ontario : <ul style="list-style-type: none"> • La planification initiale ne comprenait pas les établissements de soins primaires et les bureaux de santé publique, soit les deux secteurs ayant le plus d'expérience dans les campagnes de vaccination de masse (c.-à-d., vaccination annuelle contre la grippe). • De décembre 2020 à avril 2021, pendant la phase cruciale de la planification initiale, le général Hillier (retraité) a dirigé le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins. Bien qu'il bénéficie d'une expertise en logistique, le général ne semblait pas avoir une connaissance préalable des systèmes de santé publique en Ontario. Ce manque de connaissances en santé publique a peut-être été au détriment du déploiement du programme de vaccination, car le général a accordé la priorité à l'administration la plus rapide possible des vaccins plutôt qu'à des préoccupations de santé publique comme l'équité. • Le système COVaxON créé pour suivre les données sur la vaccination ne s'intégrait pas aux systèmes existants, comme les dossiers médicaux électroniques tenus par les médecins de soins primaires, ce qui a créé un dédoublement des efforts et des risques de perte ou d'inexactitude des données. • Le système de gouvernance et de responsabilisation de la province était complexe [traduction] « comportant plusieurs niveaux et des lacunes en matière de responsabilisation » et [traduction] « un manque de leadership à plusieurs niveaux ». 	4.4 4.1

Annexe 14 : Événements majeurs liés au déploiement du programme de vaccination contre la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et auprès des travailleurs de la santé, de décembre 2020 à février 2021

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

Date	Événements majeurs
4 déc. 2020	Le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 (Groupe d'étude) analyse les directives du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) sur l'établissement des priorités. Les directives du CCNI placent « les résidents et le personnel des milieux de vie collectifs qui fournissent des soins aux aînés » en haut de la liste des priorités. Au total, 431 013 personnes, soit 0,8 % de la population ontarienne, faisaient partie de ce groupe.
13 déc. 2020	L'Ontario reçoit la première livraison de doses du vaccin Pfizer.
14 déc. 2020	Première dose du vaccin Pfizer administrée en Ontario.
23 déc. 2020	Plus de 9 300 doses ont été administrées à cette date; les vaccinés comprennent le personnel et les résidents des foyers de soins de longue durée et le personnel hospitalier.
30 déc. 2020	L'Ontario reçoit la première livraison de 52 800 doses du vaccin Moderna.
5 janvier 2021	Le gouvernement de l'Ontario annonce un plan accéléré de vaccination dans 163 foyers de soins de longue durée dans quatre régions prioritaires (Toronto, York, Peel et Windsor-Essex) d'ici le 21 janvier 2021 grâce à la première livraison de doses du vaccin Moderna. Les doses de vaccin Pfizer nécessitaient une congélation à des températures très basses et son transport en dehors des hôpitaux ou des lieux de vaccination centralisés n'a pas été approuvé. Il a donc été mis à la disposition des travailleurs de la santé et du personnel des foyers de soins de longue durée qui pouvaient se rendre dans ces lieux. Le Groupe d'étude a élaboré son plan d'intervention.
6 janvier 2021	Le ministère de la Santé formule des directives permettant le transport des vaccins Pfizer au-delà du point de livraison initial, conformément aux consignes connexes données par le fabricant le 31 décembre 2020.
17 janv. 2021	<p>À cette date, 333 550 doses de vaccins ont été reçues et 207 788 doses administrées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 97 865 doses aux travailleurs de la santé; • 48 436 aux travailleurs de la santé des foyers de soins de longue durée; • 12 989 aux travailleurs de la santé des maisons de retraite; • 27 311 aux résidents des foyers de soins de longue durée; • 9 061 aux résidents des maisons de retraite; • 346 aux résidents du groupe d'âge avancé vivant dans la collectivité; • 9 837 aux autres employés des établissements de soins de courte durée, de soins de longue durée et de maisons de retraite; • 83 aux membres des collectivités autochtones; • 1 637 aux adultes recevant des soins à domicile chroniques; • 1 221 aux aidants essentiels des foyers de soins de longue durée; • 103 aux autres personnes non employées des foyers de soins de longue durée; • 511 aux aidants essentiels dans les maisons de retraite; • 60 aux autres personnes non employées des maisons de retraite; • 242 à d'autres groupes prioritaires. <p>On estimait la couverture totale dans les foyers de soins de longue durée à environ 33,5 %.</p>
19 janv. 2021	Le gouvernement annonce qu'il a terminé le plan accéléré de vaccination dans 163 foyers de soins de longue durée dans quatre régions (Toronto, York, Peel et Windsor-Essex) à l'avance et qu'il continuera son déploiement dans d'autres foyers de soins de longue durée et maisons de retraite à risque élevé partout en Ontario. La date d'achèvement est prévue le 15 février.

Date	Événements majeurs
21 janv. 2021	50 %* des résidents et du personnel des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite à haut risque ont reçu la première dose du vaccin contre la COVID-19. En raison des limites de stocks, le gouvernement décide de la vaccination des résidents de foyers de soins de longue durée et des résidents des maisons de retraite à risque élevé seulement.
14 févr. 2021	Le Groupe d'étude, le ministère de la Santé et le ministre du Solliciteur général annoncent que le gouvernement a terminé d'offrir les premières doses à tous les résidents des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite à risque élevé et qu'il a commencé à vacciner les autres résidents des maisons de retraite (environ 60 % des résidents des maisons de retraite ont déjà reçu la première dose).
25 févr. 2021	Le Groupe d'étude continue de déployer la deuxième dose pour les résidents de foyers de soins de longue durée, de maisons de retraite à risque élevé et d'autres foyers de soins pour aînés, et reprend la vaccination des travailleurs de la santé qui sont en contact direct avec les patients, qui avait été interrompue lorsque le gouvernement a donné la priorité aux résidents des établissements de soins de longue durée.

* Le groupe Science Table publie un mémoire scientifique qui précise que [traduction] « l'accélération du déploiement du programme de vaccination contre la COVID-19 en Ontario de sorte que tous les résidents des établissements de soins de longue durée reçoivent la première dose d'un vaccin contre la COVID-19 d'ici le 31 janvier 2021 permettrait de prévenir 600 cas de COVID-19 et 115 décès prévus d'ici le 31 mars 2021 par rapport au plan actuel de la province visant à vacciner tous les résidents des établissements de soins de longue durée d'ici le 15 février 2021. D'après les prévisions, une accélération plus poussée du déploiement permettrait d'éviter encore plus de cas de COVID-19 et de décès. »

Annexe 15 : Feuille de route de l'Ontario pour la réouverture et taux de vaccination pour chaque étape, objectif par rapport au taux réel

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

Étapes	Exemples d'activités autorisées	Objectif		Taux	
		Taux de vaccination	Date ¹	Taux de vaccination	Date ²
Un	<ul style="list-style-type: none"> • Limites relatives aux rassemblements et événements publics organisés <ul style="list-style-type: none"> • Extérieur : 10 personnes • Intérieur : aucune • Capacité des magasins de vente au détail <ul style="list-style-type: none"> • Magasins essentiels : 25 % • Magasins non essentiels : 15 % • Certaines activités extérieures avec limites de capacité 	60 % des personnes de 18 ans et plus avec au moins une dose	Semaine du 14 juin 2021	74,1 % des personnes de 18 ans et plus avec au moins une dose	11 juin 2021 ³
Deux	<ul style="list-style-type: none"> • Limites relatives aux rassemblements et événements publics organisés <ul style="list-style-type: none"> • Extérieur : 25 personnes • Intérieur : 5 personnes • Capacité des magasins de vente au détail <ul style="list-style-type: none"> • Magasins essentiels : 50 % • Magasins non essentiels : 25 % • Services de soins personnels, bibliothèques publiques avec restrictions 	70 % des personnes de 18 ans et plus avec au moins une dose 20 % des personnes de 18 ans et plus avec deux doses	21 jours et plus après la première étape	77,7 % des personnes de 18 ans et plus avec au moins une dose 39,3 % des personnes de 18 ans et plus avec deux doses	30 juin 2021 (19 jours après la première étape)

Trois	<ul style="list-style-type: none"> • Limites relatives aux rassemblements et événements publics organisés <ul style="list-style-type: none"> • Extérieur : 100 personnes • Intérieur : 25 personnes • Capacité limitée pour tous les magasins de vente au détail afin de permettre la distanciation physique • Repas à l'intérieur autorisés sans limites quant au nombre de clients par table avec distanciation physique et autres restrictions • Sports et loisirs avec des limites de capacité • Salles de concert, cinémas et théâtres autorisés à fonctionner avec des limites de capacité 	<p>De 70 à 80 % des personnes de 18 ans et plus avec au moins une dose</p> <p>25 % des personnes de 18 ans et plus avec deux doses</p>	<p>21 jours et plus après la deuxième étape</p>	<p>78,5 % des personnes de 12 ans et plus avec au moins une dose</p> <p>58,1 % des personnes de 12 ans et plus avec deux doses</p>	<p>16 juillet 2021 (16 jours après la deuxième étape)</p>
--------------	--	--	---	--	---

1. Date prévue à laquelle la province inscrirait la prochaine étape dans son plan de réouverture.
2. Date à laquelle la province a choisi de passer à l'étape en question.
3. La province a satisfait aux critères de l'étape 1 le 22 mai 2021.

Annexe 16 : Groupes et échéanciers recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) pour les troisième et quatrième doses

Source des données : Comité consultatif national de l'immunisation

Mois de la recommandation	Groupes
Janv. 2022	<p>Les groupes suivants doivent obtenir la troisième dose six mois après avoir reçu leurs première et deuxième doses :</p> <ul style="list-style-type: none">• enfants de cinq à 11 ans atteints d'une immunodéficience modérée à grave;• personnes âgées de 18 ans et plus. <p>Les groupes suivants doivent obtenir la troisième dose six mois après la fin de la primovaccination (qui, en Ontario, est habituellement composée de deux doses de vaccin Pfizer ou Moderna ou d'une dose de vaccin Janssen) :</p> <ul style="list-style-type: none">• adolescents âgés de 12 à 17 ans ayant des problèmes de santé sous-jacents et présentant un risque élevé de maladie grave en raison de la COVID-19 (y compris ceux atteints d'une immunodéficience modérée à grave et qui ont reçu une primovaccination avec trois doses);• résidents des milieux de vie collectifs;• membres de collectivités racialisées ou marginalisées touchées de façon disproportionnée par la COVID-19.
Avril 2022	<p>Les groupes suivants doivent obtenir leur quatrième dose :</p> <ul style="list-style-type: none">• adultes âgés de 80 ans;• résidents de foyers de soins de longue durée ou dans d'autres milieux de vie collectifs pour aînés;• adultes de 70 à 79 ans et plus vivant dans la collectivité;• adultes de moins de 70 ans vivant dans des collectivités des Premières Nations, des Métis ou originaires de ces collectivités.

Annexe 17 : Recommandations du livre blanc intitulé « Shining a Light at the End of the Tunnel—Guiding Considerations for a Safe, Accessible and Equitable COVID-19 Vaccination Framework in Ontario », Ontario Medical Association, 15 décembre 2020

Source des données : Ontario Medical Association

Domaine d'intérêt	Recommandation
Définition des populations	<ul style="list-style-type: none"> Le gouvernement doit définir des critères clairs pour l'établissement des populations prioritaires qui recevront d'abord un vaccin contre la COVID-19 ainsi que des critères d'ordre de priorité au sein de ces populations. Les médecins et d'autres spécialistes devraient orienter les décisions sur les critères cliniques et liés au risque afin d'aider à établir l'ordre de priorité au sein des groupes. Les travailleurs de la santé, y compris les médecins, le personnel infirmier, etc., devraient faire partie du premier groupe de populations prioritaires pour recevoir le vaccin contre la COVID-19. Les données en temps réel devraient être utilisées pour déterminer les régions géographiques à forte propagation et désigner ces régions prioritaires pour les efforts de distribution et d'attribution des vaccins, particulièrement lorsque la demande de vaccin dépasse l'offre. Le gouvernement devrait commencer à planifier ses efforts dès maintenant en prévision de l'approbation d'un vaccin pour les enfants (âgés de moins de 16 ans). Dans le cadre du Groupe d'étude ministériel sur la distribution des vaccins contre la COVID-19, le gouvernement devrait élaborer et déployer du matériel pédagogique pour fournir aux médecins l'information dont ils auront besoin afin de discuter avec leurs patients et les rassurer sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19. Le gouvernement doit élaborer et mettre en oeuvre une campagne de sensibilisation du public pour informer les fournisseurs et le public sur les populations prioritaires pendant le processus de distribution et d'administration des vaccins.
Distribution et administration des vaccins	<p>Rôles des principaux acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est essentiel d'éviter le chevauchement des responsabilités et les lacunes dans tout plan mis en oeuvre. Il faut clarifier les rôles de toutes les parties concernées, y compris le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial, Santé publique Ontario, les bureaux de santé publique, les travailleurs de la santé, notamment les médecins, les hôpitaux, les cliniques communautaires, les établissements de soins de longue durée et d'autres établissements collectifs, ainsi que les dirigeants communautaires, dans l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie de distribution coordonnée et sécuritaire des vaccins en tenant compte des besoins et contextes locaux. Le gouvernement devrait collaborer avec les bureaux de santé publique pour appuyer la capacité pour la mise en oeuvre de ces recommandations en matière de distribution et d'administration. Ces rôles changeront tout au long de la campagne à mesure que l'utilisation de vaccins ayant différentes caractéristiques de distribution sera approuvée au Canada. Les médecins, les bureaux de santé publique (y compris les médecins hygiénistes) et d'autres fournisseurs de soins primaires ont des connaissances en santé publique à transmettre et ont de l'expérience en matière de soins aux patients. Ils doivent être représentés lors de réunions provinciales au cours desquelles les décisions relatives à la stratégie d'immunisation sont prises.

Domaine d'intérêt

Recommandation

Administration des vaccins aux populations prioritaires

- Proposer la vaccination aux populations prioritaires dans des milieux pertinents et accessibles pour ces personnes (p. ex., dans les hôpitaux pour les travailleurs de la santé, dans les écoles pour le personnel scolaire et les élèves, dans les unités mobiles pour les personnes qui ne peuvent sortir de chez elles). Le gouvernement et les bureaux locaux de santé publique devraient collaborer avec les fournisseurs de soins pour évaluer diverses options de vaccination des groupes prioritaires clés comme les médecins en milieu communautaire, le personnel infirmier et d'autres travailleurs dans les milieux de soins communautaires.
- Il faut prévoir comment et où les travailleurs de la santé en milieu communautaire seront vaccinés. Les hôpitaux et les autres cliniques de santé publique dans les collectivités locales devraient maintenir leur capacité et élaborer conjointement des plans pour assurer l'accès au vaccin à tous les fournisseurs de soins de santé, ce qui leur permettra de rester en bonne santé pour continuer de prendre soin des Ontariens, y compris ceux qui sont atteints de la COVID-19. Les hôpitaux et les bureaux de santé publique semblent être des lieux appropriés pour que ces personnes se fassent vacciner.
- Des directives claires et uniformes à l'intention des administrateurs de vaccins sur l'administration des vaccins contre la COVID-19 et les particularités de chaque produit, y compris les exigences en matière de doses de rappel, devraient être élaborées avec la direction de Santé publique Ontario et du Groupe d'étude sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 en consultation et en collaboration avec les utilisateurs finaux. L'Ontario Medical Association peut offrir un soutien en matière de transfert et de diffusion des connaissances aux médecins.

Distribution et administration des vaccins (suite)

Administration des vaccins à la population générale

- Une fois que des vaccins pouvant être conservés au réfrigérateur seront disponibles et que leur distribution sera généralisée, et qu'une vaccination plus large de la population sera nécessaire, les bureaux de santé publique devraient collaborer avec les médecins chefs de service locaux et les fournisseurs de soins primaires pour concevoir des collaborations novatrices visant à améliorer l'accès au vaccin dans des lieux facilement accessibles aux patients.
- Les milieux traditionnels d'administration des vaccins (cliniques médicales, cliniques de vaccination des bureaux de santé publique, etc.) devraient être envisagés pour l'administration des vaccins contre la COVID-19 à la population générale, car la disponibilité et les caractéristiques des vaccins le permettent.
- Il faut déterminer les modes de distribution des doses de vaccins aux médecins (c.-à-d., les mêmes que pour les vaccins contre la grippe par l'intermédiaire des bureaux de santé publique ou non). Ces modes de distribution doivent être assortis de communications claires et opportunes avec les médecins, en faisant preuve de transparence quant à l'approvisionnement et en s'engageant à respecter le calendrier de livraison et la quantité de doses prévus. Les médecins devraient préciser le nombre de doses dont ils ont besoin pour leur cabinet.
- Des directives claires et uniformes à l'intention des administrateurs de vaccins sur l'administration des vaccins contre la COVID-19 dans les contextes traditionnels et les particularités de chaque produit disponible, y compris les exigences en matière de doses de rappel, devraient être élaborées avec la direction de Santé publique Ontario et du Groupe d'étude ministériel sur la distribution des vaccins contre la COVID-19 en consultation et en collaboration avec les utilisateurs finaux. L'OMA peut offrir un soutien en matière de transfert et de diffusion des connaissances aux médecins.
- Dans le cadre de la mise en oeuvre de stratégies novatrices, il faudrait réserver des espaces (p. ex. arénas, centres de congrès) à l'installation de cliniques de vaccination à grande échelle ou novatrices, et déterminer et obtenir les ressources humaines en santé, le matériel et les fournitures nécessaires.
- Les bureaux de santé publique devraient établir une liste de fournisseurs de vaccins disposés et aptes à administrer le vaccin contre la COVID-19 dans des cliniques autres que les établissements de soins primaires. Les bureaux de santé publique devraient recruter des fournisseurs de vaccins dans leur région, et le gouvernement devrait apporter son aide lorsqu'il est nécessaire de recruter dans d'autres régions de la province.
- Les médecins chefs de service locaux et d'autres fournisseurs de soins primaires peuvent donner l'exemple à leurs pairs en consacrant du temps aux efforts de vaccination à divers endroits dans le cadre du processus local de vaccination.
- Le gouvernement devrait collaborer avec les chefs de file de l'industrie sur la prise de rendez-vous dans les cliniques de vaccination de masse afin de tirer parti des technologies et de l'expertise disponibles pour planifier la fréquentation lors d'événements de grande envergure.

Domaine d'intérêt	Recommandation
Systèmes d'information intégrés, surveillance et contrôle	<p>Systèmes d'information intégrés pour les patients et les fournisseurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le gouvernement devrait mettre à disposition un système électronique de prise de rendez-vous, d'inscription et de gestion des dossiers et de notification des patients pour les vaccins multidoses. Ce système devrait être compatible avec les téléphones mobiles et concorder avec chaque type de vaccin contre la COVID-19. Il devrait aussi comporter des mécanismes de notifications autres que sur téléphones intelligents pour tenter de joindre tous les patients. Ce système devrait être axé sur les patients et sur les fournisseurs. • Le gouvernement devrait utiliser ce système pour permettre aux patients de prendre leur rendez-vous de vaccination en ligne et leur fournir les renseignements nécessaires. De plus, il devrait tenir compte des disparités en matière d'accès à la technologie et de littératie numérique, de sorte que l'utilisation de ce système n'exclut pas certains patients, en particulier ceux qui sont les plus vulnérables. • Ce système doit répondre aux besoins des fournisseurs, en facilitant la prise de rendez-vous de leur côté, la diffusion de l'information et des formulaires nécessaires, en facilitant l'organisation des rappels de rendez-vous, en prévenant les fournisseurs si leurs patients ont reçu chaque dose du vaccin en dehors du cabinet du médecin de famille et en permettant de consigner les données sur le vaccin reçu par le patient et le délai précis avant la prochaine dose. Le système doit être élaboré conjointement avec les utilisateurs finaux pour s'assurer qu'il peut être intégré harmonieusement au flux de travail. Dans la mesure du possible, les notifications doivent être envoyées directement au système de dossiers médicaux électroniques du fournisseur de soins primaires. • Compte tenu de la nécessité de vaccins multidoses, ce système doit consigner les données sur le vaccin administré à un patient pour sa première dose et en permettre le suivi, s'assurer qu'un rendez-vous de suivi est pris pour le même vaccin et l'enregistrer, inviter les patients à venir au rendez-vous de suivi en respectant le délai prescrit pour chaque vaccin et leur permettre de prendre rendez-vous dans les lieux où le vaccin dont ils ont besoin est disponible. Cela est particulièrement nécessaire pour les patients qui reçoivent les première et deuxième doses de différents fournisseurs.
Systèmes d'information intégrés, surveillance et contrôle (suite)	<p>Systèmes d'information pour la surveillance et le contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir et utiliser de façon proactive des systèmes de surveillance des vaccins et de contrôle des programmes pour cerner les lacunes potentielles dans les stratégies d'administration. Il faudrait établir à l'échelle nationale un registre numérique complet, centralisé et accessible pour la collecte des données qui rendrait compte de chaque vaccin contre la COVID-19 administré. Un tel système permettrait de suivre facilement les taux de vaccination et la couverture vaccinale, d'optimiser la distribution de vaccins en cas de stocks limités, il faciliterait la comparaison de la couverture vaccinale avec les taux de maladie dans l'ensemble des provinces et permettrait de contrôler l'efficacité de la vaccination, particulièrement à long terme, grâce à une base de données unique permettant de savoir facilement si les personnes atteintes de la COVID-19 ont déjà été vaccinées. • Recueillir des données démographiques sur la distribution des vaccins pour cerner les lacunes en matière d'atteinte des populations et d'accès aux vaccins, et contrôler l'efficacité et l'innocuité dans différentes populations, en particulier les populations marginalisées qui ont connu un taux disproportionné d'infections à la COVID-19. • Veiller à ce que la structure actuelle de déclaration des effets secondaires suivant l'immunisation (ESSI) suffise à contrôler les signalements liés aux vaccins contre la COVID-19 et à l'existence d'une stratégie fédérale-provinciale-territoriale pour suivre les tendances potentielles et agir rapidement à leur égard. Veiller à ce que les fournisseurs de vaccins, y compris les médecins, disposent de moyens clairs et efficaces pour signaler les ESSI à leurs bureaux locaux de santé publique et constituent des ressources pour conseiller les patients sur les ESSI.

Domaine d'intérêt	Recommandation
Sensibilisation du public et réticence face au vaccin	<ul style="list-style-type: none">• Le gouvernement doit élaborer et mettre en oeuvre des campagnes de communication et de sensibilisation claires et cohérentes, avec le soutien des intervenants concernés, pour aider à renforcer la confiance du public dans le vaccin.• Les dirigeants et les travailleurs du secteur de la santé devraient être parmi les premiers à se faire vacciner, et ce, de façon visible pour rassurer le public sur l'innocuité de ces vaccins.• Les travailleurs de la santé doivent recevoir des renseignements actualisés et des conseils en continu sur les faits nouveaux liés aux vaccins.• L'information liée à la COVID-19 devrait être diffusée par l'entremise des associations de professionnels de la santé et des groupes/organismes communautaires et non gouvernementaux respectés, car cela aiderait à renforcer la confiance du public dans les vaccins. Il faudrait élaborer des interventions ciblées pour les populations plus à risque de contracter la COVID-19 et les groupes plus enclins à être réticents face aux vaccins.• Il faut assurer une surveillance régulière des niveaux de confiance dans les vaccins (et la diffusion des données aux administrateurs de vaccins).• L'expérience de vaccination doit être aussi rassurante et pratique que possible.• La sensibilisation du public aux mesures de protection incluant le port du masque, la distanciation physique et l'hygiène des mains et l'hygiène respiratoire doit se poursuivre. Il faut encourager les gens qui ont été vaccinés à continuer d'appliquer ces autres mesures pour protéger ceux qui ne sont pas encore vaccinés.

Annexe 18 : Nombre de doses de vaccins reçues et gaspillées par les bureaux de santé publique et les entreprises du secteur privé

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

	Doses reçues	Doses gaspillées		Total	Gaspillage (%)
		Flacon fermé	Flacon ouvert		
Bureau de santé publique¹					
Grey Bruce	320 769	49 534	4 588	54 122	17
Windsor-Essex	356 896	34 338	13 653	47 991	13
Huron Perth	251 787	15 595	4 970	20 565	8
Région de Waterloo	690 217	37 685	10 559	48 244	7
Est de l'Ontario	338 016	19 627	3 988	23 615	7
Haliburton, Kawartha, Pine Ridge	247 204	8 008	7 184	15 192	6
Algoma	202 720	7 142	5 150	12 292	6
Porcupine	161 999	2 149	7 465	9 614	6
Kingston, Frontenac et Lennox et Addington	309 931	6 479	9 189	15 668	5
Région de Durham	903 290	32 843	12 810	45 653	5
Timiskaming	67 731	1 485	1 854	3 339	5
Toronto	2 279 318	38 013	71 347	109 360	5
Région de Niagara	462 622	12 808	9 253	22 061	5
Ville de Hamilton	811 593	14 855	22 941	37 796	5
Chatham-Kent	193 647	7 466	1 437	8 903	5
Comté de Renfrew	177 684	3 206	4 190	7 396	4
Middlesex-London	587 204	5 022	18 647	23 669	4
Région de Halton	776 349	17 276	13 904	31 180	4
Thunder Bay	233 121	4 062	4 885	8 947	4
Lambton	225 530	3 266	4 655	7 921	4
Leeds, Grenville et Lanark	300 777	3 816	5 990	9 806	3
Haldimand-Norfolk	117 016	1 606	2 196	3 802	3
Nord-Ouest	171 384	808	4 491	5 299	3
Peterborough	233 635	5 271	1 421	6 692	3
Wellington-Dufferin-Guelph	524 272	4 779	9 422	14 201	3
Ottawa	1 742 329	5 970	40 641	46 611	3
Hastings-Prince Edward	293 557	4 336	3 509	7 845	3
Sud-Ouest	339 793	4 546	4 494	9 040	3
North Bay-Parry Sound	227 509	1 089	4 924	6 013	3
Peel	1 877 241	21 134	27 710	48 844	3
Comté de Brant	292 463	2 447	4 721	7 168	2
Région de York	1 304 552	5 111	19 799	24 910	2
Simcoe Muskoka	1 034 233	8 739	10 351	19 090	2
Sudbury et districts	404 802	954	5 439	6 393	2
Total	18 461 191	391 465	377 777	769 242	4

	Doses reçues	Doses gaspillées		Total	Gaspillage (%)
		Flacon fermé	Flacon ouvert		
Organisations du secteur privé					
Switch Health ²	103 523	56 150	2 709	58 859	57
FH Health ³	15 949	0	3 223	3 223	20
Croix rouge canadienne ²	55 077	119	3 622	3 741	7
Medavie ²	136 823	464	8 018	8 482	6
Total	311 372	56 733	17 572	74 305	24

1. Données pour la période allant de décembre 2020 à juin 2022.

2. Données pour la période allant de mai 2021 à juin 2022.

3. Données pour la période allant de janvier à mars 2022.

Annexe 19 : Résumé des lettres soumises par l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table, l'Ontario Hospital Association et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario sur l'obligation de vaccination dans les hôpitaux, octobre 2021

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

Ontario COVID-19 Science Advisory Table (Science Table)

En octobre 2021, le groupe Science Table a répondu publiquement en faveur de l'obligation de vaccination contre la COVID-19 pour les travailleurs hospitaliers, y compris les travailleurs de la santé de première ligne et tous les autres membres du personnel hospitalier, pour protéger à la fois les travailleurs et les patients. Le Science Table a cité les raisons suivantes :

- une preuve concluante que les vaccins contre la COVID-19 sont efficaces et sans risques d'après les données recueillies à l'échelle mondiale;
- les hôpitaux sont une source importante d'éclairs de COVID-19;
- une main-d'œuvre vaccinée réduirait la transmission aux patients non vaccinés et aux patients vulnérables entièrement vaccinés;
- les travailleurs non vaccinés de l'hôpital courent un risque beaucoup plus élevé d'infection, ce qui pourrait entraîner des absences importantes au travail et une pression supplémentaire sur leurs collègues vaccinés en raison de la charge de travail accrue;
- le nombre de travailleurs hospitaliers non vaccinés qui quittent leur travail en raison d'obligations de vaccination a été faible selon les données provenant d'autres administrations et les premiers rapports de l'Ontario.
- L'Italie a par exemple mis en place une obligation de vaccination pour les travailleurs de la santé en avril 2021. À cette époque, seul un travailleur de la santé sur 10 000 en Italie s'est opposé à cette obligation, selon l'Ordre des médecins, chirurgiens et orthodontistes. Selon la haute direction du Comité national de bioéthique, [traduction] « les vaccins sont une obligation éthique pour les professionnels de santé : leur devoir professionnel de traiter les malades les oblige à éviter de transmettre l'infection ».

- Aux États-Unis, les hôpitaux qui ont mis en place des obligations de vaccination pour leurs employés à compter de septembre 2021 affichaient des taux de conformité de plus de 90 % en octobre 2021. Dans un hôpital texan qui emploie plus de 26 000 personnes, le taux de vaccination a atteint 98 %, très peu d'employés ont demandé des exemptions (2 %) ou quitté leur emploi (0,6 %).
- En Ontario, en octobre 2021, de nombreux hôpitaux de la province avaient choisi de mettre en oeuvre des obligations de vaccination pour les employés parce que la province envisageait d'appliquer cette exigence à l'échelle de la province. Ces hôpitaux ont déclaré qu'un nombre relativement faible d'employés avaient été licenciés ou placés en congé non payé en raison d'un refus de se faire vacciner ou de divulguer leur statut vaccinal, et qu'il n'y aurait pas d'incidence négative sur les soins offerts aux patients.

Ontario Hospital Association

L'Ontario Hospital Association a publié en octobre 2021 une lettre au gouvernement appuyant l'obligation de vaccination, citant bon nombre des mêmes raisons que le Science Table. L'Ontario Hospital Association a également souligné ce qui suit :

- Un hôpital ontarien sur trois possède, administre un foyer de soins de longue durée ou octroie un permis à un tel établissement, où les vaccins sont obligatoires pour les travailleurs. Un grand nombre d'employés de ces hôpitaux travaillent dans les deux milieux, et « l'absence d'une approche provinciale claire et uniforme peut

semer la confusion et accroître la réticence face aux vaccins ».

- Contrairement aux absences imprévisibles qui pourraient survenir lors d'une éclosion de COVID-19, le départ d'employés en raison d'une obligation de vaccination serait planifié, afin que les hôpitaux puissent mieux s'adapter et intervenir.
- La *Loi sur les hôpitaux publics* oblige déjà les hôpitaux à demander aux travailleurs de la santé une preuve de vaccination ou une preuve d'immunité pour 17 maladies transmissibles, dont la rougeole, la rubéole, la varicelle et la tuberculose. Il ne devrait pas en être autrement pour la COVID-19.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a appuyé l'obligation de vaccination dans les hôpitaux, comme l'indique la lettre publique publiée par l'Association en octobre 2021. À la lumière d'un sondage mené auprès de ses membres, l'Association a constaté que [traduction] « la vaccination obligatoire est considérée par pratiquement tous les infirmiers et infirmières comme une question de respect et une nécessité pour la protection de leur santé et de leur sécurité et des personnes avec qui ils et elles sont en contact au quotidien ». L'Association a tenu des propos similaires à ceux du Science Table et de l'Ontario

Hospital Association en affirmant que les obligations de vaccination n'entraîneraient pas de pénurie de personnel dans les hôpitaux. Voici d'autres recommandations sur la mise en oeuvre :

- une obligation claire, exhaustive, cohérente et ferme avec un délai de mise en oeuvre de six semaines;
- une formation en milieu de travail dirigée par le personnel infirmier pour les travailleurs de la santé;
- l'accès à la vaccination en milieu de travail;
- la mobilisation des intervenants pertinents, comme les organismes de réglementation et les organismes professionnels dédiés à la formation, des portails pour la formation et d'autres soutiens propres à la profession.

Annexe 20 : Exemples de mauvaise communication sur la distribution des vaccins et les données scientifiques connexes

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

Plan de vaccination en trois phases	<p>La province fournit des renseignements sur la COVID-19 sur son site Web, Ontario.ca. L'une des pages sur la COVID-19 de ce site décrit le plan de distribution des vaccins en trois phases (expliqué à la section 2.2.2), le plan de vaccination générale de la province fondé sur la quantité de vaccins disponibles, qui augmente au fil du temps. Ces renseignements donnent un aperçu du plan, mais ne fournissent pas de détails, par exemple, sur l'ordre de priorité des groupes établi lors de la première phase. Des renseignements supplémentaires (ou des liens vers des renseignements supplémentaires) sont nécessaires pour bien comprendre, par exemple, ce qui déclencherait le passage d'une étape à l'autre, l'ordre d'admissibilité au sein des groupes prioritaires énumérés à chaque étape et la façon dont les Ontariens, une fois admissibles, pourraient avoir accès à la vaccination. Les renseignements disponibles ne décrivent pas clairement de quelle façon le plan de vaccination respecte les principes du Cadre éthique pour la distribution des vaccins contre la COVID-19 (figure 4); par exemple, comment le plan permettrait de réduire les préjudices et d'optimiser les avantages, ou comment l'équité a été prise en compte lors de la priorisation des groupes et par rapport aux personnes au sein de ces groupes. Par conséquent, la communication déroge à un autre principe du cadre : la transparence. Les médias ont régulièrement rapporté des inquiétudes concernant le manque de clarté du plan de vaccination, surtout aux premières phases lorsque l'approvisionnement en vaccins était gravement limité. Ceci laisse entendre qu'il y a eu une incidence négative sur un autre principe du cadre : la confiance du public.</p>
Comparaison entre les groupes prioritaires pour la vaccination prévus et les résultats réels	<p>Le ministère de la Santé n'a pas communiqué de manière adéquate sur les résultats réels de la vaccination par rapport à ce qui était prévu ni sur les raisons de tout écart observé. Par exemple, à l'été 2022, le site du gouvernement ne contenait pas d'information à jour sur ce qui s'était passé.</p> <p>On ne sait pas si le manque de clarté découle d'une mauvaise communication ou d'objectifs du programme de vaccination mal définis. Une mauvaise communication résulte souvent de buts et d'objectifs stratégiques mal définis. Nous avons demandé aux experts médicaux si le gouvernement de l'Ontario aurait dû établir l'ordre dans lequel les différents groupes prioritaires se verraient administrer le vaccin contre la COVID-19 avant de recevoir les stocks; 67 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec cet énoncé. De plus, 50 % des répondants étaient d'accord pour dire que le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins n'avait pas été efficace dans sa justification de l'ordre de priorité établi pour certains groupes par rapport au nombre limité de vaccins disponibles à ce moment-là. Un expert a souligné ce qui suit [traduction] : « La stratégie de distribution dépend des objectifs principaux sous-jacents. L'objectif principal pourrait être de limiter le nombre de décès. Ou de limiter la transmission. Ou de limiter les hospitalisations. Chacun de ces objectifs nécessiterait une stratégie différente. L'objectif sous-jacent n'a jamais été clair et l'utilité de la stratégie n'était donc pas évidente. »</p>
Stratégie des « points chauds »	<p>Comme il est mentionné à la section 4.1.1, malgré les préoccupations des bureaux de santé publique et l'attention des médias, ni le Groupe d'étude sur la distribution des vaccins ni le ministère du Solliciteur général n'ont clairement communiqué au public les données scientifiques sous-jacentes ou la façon dont ces données appuyaient leurs décisions de sélectionner certaines collectivités plutôt que d'autres.</p>

Collectivités racialisées et collectivités autochtones

Le groupe Children's Vaccine Table a recommandé en mai 2021 de dédier les communications et les ressources à l'élaboration de messages pour lutter contre la stigmatisation afin d'expliquer « le raisonnement derrière la priorisation des jeunes vivant dans des collectivités constituant des points chauds, en reconnaissant que les jeunes vivant dans ces zones, y compris les jeunes noirs et d'autres jeunes racialisés, ont été touchés de façon disproportionnée par la COVID-19 ». Il a également soulevé des préoccupations semblables quant à la question de savoir si la décision d'accorder la priorité aux Autochtones avait été correctement expliquée. Le ministère de la Santé n'a toutefois pas élaboré de produit de communication pour répondre à ces préoccupations. Le Ministère nous a informés qu'à son avis, le fait d'attirer l'attention sur les groupes racialisés et autochtones aurait pu causer de la stigmatisation.

Science des vaccins

Le Ministère n'a pas daté l'information fournie sur la science des vaccins ou sur les étapes clés de la vaccination lorsqu'il l'a ajoutée à son site Web. Compte tenu du nombre d'études scientifiques en cours et, par conséquent, de l'évolution des données scientifiques sur le virus COVID-19 et les nouveaux variants, il est essentiel de dater clairement l'information pour aider le public à interpréter à quel point elle est d'actualité.



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

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