Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Préparation et gestion en lien avec la COVID-19

Rapport spécial sur la planification et la prise de décisions face à l'éclosion

Novembre 2020

Rapport spécial

Chapitre 2 :

COVID-19 : planification et prise de décisions face à l'éclosion

1.0 Résumé

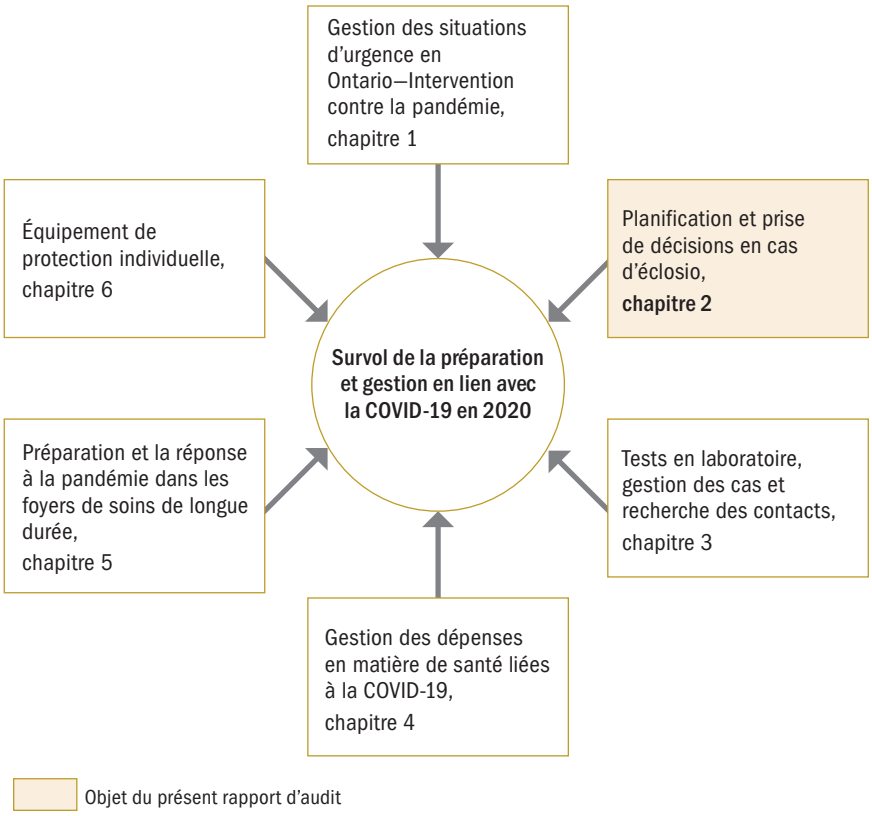
Le présent rapport s'inscrit dans une série de rapports entrepris par le Bureau de la vérificatrice générale (le « Bureau ») à propos de l'intervention des gouvernements provinciaux devant la maladie à coronavirus 2019 (la COVID-19) (voir la **Figure 1**). Il porte sur l'intervention du secteur de la santé de l'Ontario face à la COVID-19, de janvier 2020 (mois où on a confirmé en Ontario le premier cas de COVID-19 au Canada) à août 2020.

Selon l'interprétation qu'en fait le Bureau, la pandémie de COVID-19 a constitué aux yeux des spécialistes de la santé et des décideurs gouvernementaux à l'échelle mondiale une menace dont la complexité et les retombées étaient, à bien des égards, inédites. Les spécialistes de la santé et les décideurs gouvernementaux de l'Ontario ont collaboré intensivement dans l'intervention face aux – nombreuses – menaces posées par la pandémie; les gouvernements de l'Ontario et du Québec, les deux provinces où la première vague s'est fait sentir le plus, ont dû déployer des efforts considérables. Heureusement, les pires scénarios que certains ont évoqués au printemps 2020 ne se sont pas concrétisés. À titre d'exemple, il n'y a pas eu de débordement dans le système de santé de l'Ontario durant la première vague. Cela étant dit, il ressort du travail effectué par le Bureau et qui s'est traduit par cette série de rapports sur la pandémie de COVID-19 qu'il y a des leçons à tirer, et possiblement de nouvelles méthodes et mesures à adopter, pour permettre au gouvernement de l'Ontario de s'améliorer dans les suites données à cette pandémie, le rétablissement après celle-ci et la préparation à de tels événements à l'avenir.

La COVID-19 s'est rapidement propagée partout sur Terre après la première flambée épidémique en décembre 2019 à Wuhan, en Chine. Le gouvernement fédéral a transmis l'information sur la COVID-19 aux gouvernements provinciaux et territoriaux par l'intermédiaire du Réseau pancanadien de santé publique, lequel s'est mis à communiquer cette information à partir du début du mois de janvier 2020. De fait, c'est le 27 janvier 2020 à Toronto (Ontario) qu'on a confirmé le premier cas de COVID-19 au Canada. Le 28 février 2020, pour répondre aux inquiétudes grandissantes suscitées par la propagation de la COVID-19, le ministère de la Santé de l'Ontario (le Ministère) a mis en place le Groupe de commandement pour le secteur de la santé afin de donner des conseils au ministère de la Santé, au Conseil des ministres et au premier ministre. C'est la sous-ministre de la Santé qui en a assuré la présidence. Parmi les autres participants clés à l'intervention ontarienne face à la COVID-19, il y a eu le médecin hygiéniste en chef (qui relève du sous-ministre de la Santé), Santé publique Ontario (organisme chargé de présenter des données

Figure 1 : Les six volets clés de l'audit du Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario sur les enjeux associés à la pandémie de COVID-19

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



scientifiques et des conseils spécialisés à propos de questions liées à la santé publique), Santé Ontario (organisme chargé de gérer les besoins en services de soins de santé partout en Ontario) de même que 34 bureaux de santé publique. Le Groupe de commandement pour le secteur de la santé a pris de l'ampleur et sa structure s'est complexifiée de plus en plus durant la pandémie. Le Groupe de commandement pour le secteur de la santé en Ontario n'était pas dirigé par des spécialistes de la santé publique. En Colombie-Britannique, la médecin hygiéniste provinciale (qui joue un rôle semblable à celui du médecin hygiéniste en chef) a informé le Bureau que le sous-ministre de la Santé et elle dirigeaient constamment l'intervention du gouvernement provincial face à la COVID-19.

Le 25 mars 2020, le secrétaire du Conseil des ministres a confié au cabinet d'experts-conseils la prestation de conseils quant à la conception de la structure organisationnelle qui allait servir dans le processus décisionnel relatif à la COVID-19 en Ontario, à partir des éléments déjà en place (comme le Groupe de commandement pour le secteur de la santé) et par la création du Groupe central de coordination, qui a amorcé la tenue de réunions le 11 avril 2020. Le Groupe, présidé par le secrétaire du Conseil des ministres et le chef de cabinet du premier ministre, appuie une démarche intégrée dans l'intervention du gouvernement face à la COVID-19, en lien ou non avec la santé. Au bout du compte, le pouvoir décisionnel d'intervention face à la COVID-19 (comme l'approbation de nouvelles dépenses ayant trait à certaines initiatives de lutte contre la COVID-19) est détenu par le premier ministre et le Conseil des ministres, y compris la ministre de la Santé. Les principaux responsables de la santé publique fournissaient souvent des conseils à la ministre

conseils à la ministre de la Santé par l'intermédiaire du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, lequel constituait le lien le plus direct avec les autres membres du Conseil des ministres et le premier ministre.

Dans l'ensemble, le Bureau a constaté que l'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la COVID-19 à l'hiver et au printemps 2020 s'est révélée plus lente et plus passive que celle des autres États. Pareille situation est attribuable en partie à une structure générale de commandement qui, peu à peu, est devenue difficile à gérer, alourdie par de nombreux participants à plusieurs groupes et sous-groupes à la fois. De plus, ce ne sont pas non plus les spécialistes compétents qui ont dirigé la structure de commandement (les principaux responsables de la santé publique n'ont ni joué les rôles de direction les plus importants, ni exercé pleinement leurs pouvoirs).

Par conséquent, dans l'intervention du gouvernement de l'Ontario, on a pris des décisions allant à l'encontre des conseils des spécialistes. C'est ainsi qu'on a décidé en mai 2020 d'étendre le dépistage de la COVID-19 aux personnes qui n'en présentaient pas les symptômes, malgré les avantages limités de cette mesure; on a également décidé d'exiger que tous les visiteurs des foyers de soins de longue durée confirment avoir obtenu un résultat négatif au dépistage de la COVID-19.

Le Bureau a également constaté que les principales leçons tirées à la suite du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) n'ont été mises en oeuvre ni avant, ni pendant l'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la COVID-19. À titre d'exemple, dans son rapport final, la Commission sur le SRAS a indiqué que le principe de précaution constituait la leçon la plus importante tirée du SRAS. Ce principe établit que s'il existe une preuve suffisante d'une menace imminente de préjudice public, il n'est pas nécessaire d'attendre les preuves scientifiques avant de déployer des efforts suffisants pour réduire le risque. Les retards dans l'établissement d'une structure d'intervention d'urgence face à la COVID-19, dans l'alerte donnée aux Ontariens d'éviter les déplacements inutiles, dans la reconnaissance de la transmission communautaire et dans l'exigence imposée aux foyers de soins de longue durée de prendre les précautions nécessaires portent à croire que ce principe n'a pas été observé en temps voulu.

Le Groupe des mesures de santé publique, un sous-groupe du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, donne des conseils au médecin hygiéniste en chef (qui relève du sous-ministre de la Santé) qui, à son tour, formule des recommandations au ministre de la Santé, au premier ministre et au Conseil des ministres à propos des mesures de santé publique. Les conseil ne sont toutefois pas rendus publics. Avant la parution le 3 novembre 2020 du nouveau cadre d'intervention du gouvernement provincial face à la COVID-19, *Garder l'Ontario en sécurité et ouvert*, le gouvernement de l'Ontario n'a pas fait connaître de façon détaillée à la population le fondement des décisions prises relativement à ce cadre.

Voici un aperçu des constatations importantes faites par le Bureau :

Structure d'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la pandémie de COVID-19

- **La structure du Groupe de commandement pour le secteur de la santé s'est complexifiée de plus en plus durant la pandémie et a fait intervenir de nombreux participants.** Le 28 février 2020, le Ministère a mis sur pied le Groupe de commandement pour le secteur de la santé, lequel s'est accru pour passer de 21 membres à 90 participants (dont 33 membres et 57 invités) en juin 2020 puis à 83 participants (32 membres et 51 invités) au 31 août, et a ajouté 25 sous-groupes pour alimenter le Groupe d'un savoir-faire spécialisé en la matière. Au total, plus de 400 personnes s'investissent actuellement dans le Groupe

de commandement pour le secteur de la santé. Pour apporter un complément à la structure, Santé Ontario a également mis sur pied cinq comités directeurs régionaux pour discuter des enjeux locaux liés à la pandémie de COVID-19. Il s'agit d'une structure nettement plus imposante que celle qui a cours en Colombie-Britannique.

- **Ce ne sont pas des spécialistes de la santé publique qui ont dirigé les éléments de l'intervention du gouvernement provincial, notamment le Groupe de commandement pour le secteur de la santé.** Bien que la COVID-19 soit une pandémie qui touche la santé publique, le Bureau a constaté que les spécialistes de la santé publique n'ont pas joué un rôle de premier plan dans l'intervention du Ministère :
- **Le médecin hygiéniste en chef n'a pas dirigé l'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la COVID-19.** Le Ministère a informé le Bureau que le médecin hygiéniste en chef (ainsi que président-directeur général de Santé Ontario) était nommé « coprésident fonctionnel » du Groupe de commandement pour le secteur de la santé le 6 mars 2020, mais certains membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé avec qui le Bureau s'est entretenu ignoraient que le médecin hygiéniste en chef jouait ce rôle-là. Le Bureau a appris que le médecin hygiéniste en chef n'a pas présidé les réunions et que le mandat du Groupe de commandement pour le secteur de la santé n'a jamais été mis à jour pour indiquer que le médecin hygiéniste en chef en assumait la coprésidence. De plus, le médecin hygiéniste en chef n'était pas désigné comme membre du Groupe central de coordination, bien qu'il ait assisté à des réunions lorsque des points à l'ordre du jour l'exigeaient. Le rôle du médecin hygiéniste en chef a été amoindri en août 2020, lorsque la Direction des services de santé d'urgence du Ministère, qui comprend le Centre des opérations d'urgence du Ministère (responsable de l'intervention face à la COVID-19 et de la coordination des mesures d'urgence), a fait l'objet d'un transfert pour passer du portefeuille du médecin hygiéniste en chef à celui d'un autre sous-ministre adjoint.
- **Santé publique Ontario a joué un rôle moindre.** Bien qu'on ait créé Santé publique Ontario expressément après le SRAS pour apporter un savoir-faire scientifique et technique en situation d'urgence sanitaire, certaines tâches qui auraient dû relever de Santé publique Ontario ont été exécutées par Santé Ontario. Ces tâches comprenaient le regroupement et la déclaration de la surveillance provinciale au Groupe de commandement pour le secteur de la santé de même que la coordination du dépistage de la COVID-19 en laboratoire par le gouvernement provincial. Des représentants de Santé publique Ontario ont fait partie du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, mais certains membres de ce groupe ont informé le Bureau que le savoir-faire de Santé publique Ontario n'était pas systématiquement recherché, notamment en ce qui concerne le dépistage de la COVID-19 chez les visiteurs des foyers de soins de longue durée.
- **Ce ne sont pas des spécialistes de la santé publique qui ont dirigé la structure d'intervention régionale.** Si les médecins hygiénistes locaux ont pris part aux comités directeurs régionaux créés par Santé Ontario pour mettre en oeuvre la politique provinciale, ils n'en étaient toutefois pas les dirigeants. En règle générale, ce sont des PDG d'hôpitaux ainsi que des dirigeants régionaux membres du personnel de Santé Ontario qui en assuraient la coprésidence. Il se peut que le leadership du secteur hospitalier plutôt que celui du secteur de la santé publique n'ait pas été le plus opportun

parce qu'au 31 août 2020, près de 90 % des personnes atteintes de la COVID-19 n'avaient jamais été hospitalisées. (bien que les hôpitaux aient pris part à d'autres facettes de l'intervention face à la COVID-19, notamment le fonctionnement des centres d'analyse pour prélever les échantillons des personnes visées par le dépistage de la COVID-19 et le recours aux laboratoires d'hôpitaux pour effectuer le dépistage de la COVID-19).

Rôle et pouvoirs du médecin hygiéniste en chef

- **Les recommandations postérieures au SRAS visant à accroître l'indépendance du médecin hygiéniste en chef n'ont pas été pleinement mises en oeuvre.** Dans le premier rapport provisoire de la Commission sur le SRAS paru en 2004, on trouve plusieurs recommandations allant dans le sens d'un accroissement des pouvoirs et de l'indépendance du médecin hygiéniste en chef. Certaines d'entre elles sont mises en oeuvre, notamment le pouvoir donné au médecin hygiéniste en chef d'émettre des directives destinées aux fournisseurs de soins de santé et aux entités de soins de santé. Toutefois, le médecin hygiéniste en chef ne rend pas publics les conseils qu'il prodigue au Ministère, contrairement à ce qui est recommandé par la Commission sur le SRAS.
- **Le médecin hygiéniste en chef n'a pas exercé pleinement ses pouvoirs en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* dans l'intervention face à la COVID-19.** Le médecin hygiéniste en chef a le pouvoir d'émettre des directives aux fournisseurs de soins de santé ainsi qu'aux 34 conseils de santé et aux médecins hygiénistes locaux de la province. Aux termes de ces directives, on exige l'adoption ou la mise en oeuvre de politiques ou de mesures relatives à un événement de santé publique, à une urgence ou à une pandémie. Le médecin hygiéniste en chef peut également exercer les pouvoirs des conseils de santé ou d'un médecin hygiéniste lorsqu'il y a un risque pour la santé. Il a notamment le pouvoir d'ordonner aux personnes d'agir pour prévenir le risque, l'éliminer ou le réduire. Bien que le médecin hygiéniste en chef ait le pouvoir d'émettre des directives en toute indépendance, il a informé le Bureau qu'il ne le ferait pas sans consulter autrui, dont le sous-ministre de la Santé et le Groupe de commandement pour le secteur de la santé. Le médecin hygiéniste en chef a émis cinq directives destinées aux fournisseurs de soins de santé et aux entités de soins de santé, comme l'exigence du recours à l'équipement de protection individuelle et les précautions que doivent prendre les hôpitaux. Toutefois, il n'a pas émis de directives aux médecins hygiénistes locaux, ni en leur nom, afin que les bureaux de santé publique interviennent avec cohérence face à la pandémie de COVID-19. Le Bureau a relevé les conséquences suivantes quant à cet état de choses :
- **Il a fallu attendre la fin septembre avant que le port du masque par la population en général fasse l'objet d'un message cohérent et soit exigé par le gouvernement provincial, et ce n'est pas le médecin hygiéniste en chef qui en a fait l'annonce.** Les médecins hygiénistes locaux ont informé le Bureau qu'une directive provinciale sur les règles et les exceptions ayant trait au port du masque en public aurait été bien accueillie et qu'on aurait dû l'instaurer plus tôt pour garantir une cohérence accrue à ce chapitre partout en Ontario. À titre d'exemple, en août 2020, l'âge d'exemption quant au port du masque variait d'une municipalité à l'autre : dans certaines municipalités, on exigeait des personnes de plus de deux ans qu'elles portent le masque

tandis que dans d'autres, cette obligation touchait les personnes de plus de 12 ans. Il a fallu attendre le 28 septembre, date à laquelle le gouvernement provincial a émis une commande en cas d'urgence (par opposition à une directive du médecin hygiéniste en chef), pour que soit exigé le port du couvre-visage dans tous les lieux intérieurs publics en Ontario (à quelques exceptions près).

- **Aucune ordonnance du gouvernement provincial ne permettait de protéger les travailleurs étrangers à la ferme.** Le médecin hygiéniste en chef a émis non pas une directive, mais seulement une note de service destinée aux médecins hygiénistes locaux et dans laquelle il leur était « fortement recommandé » d'émettre eux-mêmes des directives pour réduire le risque de propagation de la COVID-19 à la ferme. C'est le 21 juin 2020 que cette note de service est parue, à savoir huit semaines après la première flambée épidémique de COVID-19 à la ferme, le 27 avril 2020. Au moment où le Bureau a effectué son audit, 13 des 34 autres bureaux de santé publique avaient promulgué eux-mêmes une ordonnance. Au 31 août 2020, des flambées épidémiques avaient eu lieu dans sept bureaux de santé publique, se traduisant par environ 1 335 cas au total; de ces sept bureaux, deux n'ont jamais promulgué d'ordonnance.

Mise en application des leçons tirées du SRAS

- **La leçon fondamentale tirée du SRAS n'a pas été suivie.** Dans son rapport final, la Commission sur le SRAS a indiqué que le principe de précaution – la nécessité d'agir s'il existe une preuve suffisante d'une menace imminente de préjudice public – constituait la leçon la plus importante tirée du SRAS. Toutefois, le Ministère n'a pas mis ce principe pleinement en application pour agir rapidement afin de limiter les retombées de la COVID-19 sur les Ontariens, contrairement aux autres provinces. Le Bureau a relevé des exemples dans ces domaines :
- **Le Ministère a jugé que le risque posé par la COVID-19 en Ontario était faible, malgré les données sur la propagation dans plusieurs pays, et la conception de sa stratégie d'intervention sanitaire a pris plus de temps que la mise au point des initiatives d'intervention multidimensionnelle dans les autres provinces.** Au début de janvier 2020, après avoir pris conscience de l'existence de la COVID-19, le Centre des opérations d'urgence du Ministère s'est mis à suivre l'évolution de la propagation à l'aide des données du gouvernement fédéral. Le Centre des opérations d'urgence du Ministère, qui relève du médecin hygiéniste en chef, est chargé de suivre l'évolution des situations qui surgissent et risquent de menacer le système de santé ou la santé des Ontariens. Le 22 janvier, le Centre des opérations d'urgence du Ministère a communiqué par courriel avec le Centre provincial des opérations d'urgence, dont le fonctionnement est assuré par le ministère du Solliciteur général pour suivre l'évolution des situations d'urgence grave au sein et à l'extérieur de l'Ontario, relativement à la COVID-19. Dans ce courriel, on peut lire que [*traduction*] « le risque pour les Ontariens est considéré comme faible » mais également que [traduction] « des cas sont signalés aussi dans des pays voisins de la Chine (p. ex., le Japon, la Corée du Sud, la Thaïlande et Taïwan) et aux États-Unis ». Un jour plus tard, dans un discours qu'il a prononcé, le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a indiqué que [traduction] « l'analyse des risques faite par l'OMS montre que la flambée épidémique présente un risque très élevé en Chine de même qu'un risque élevé à l'échelle régionale et mondiale ». Le

25 janvier, on a décelé le premier cas présumé à Toronto (Ontario), puis le 27 janvier, on a confirmé qu'il s'agissait d'un cas de COVID-19. C'est le 28 février 2020 que le gouvernement de l'Ontario a créé le Groupe de commandement pour le secteur de la santé. Entre-temps, bien que le premier cas de COVID-19 ne soit apparu que le 5 mars en Alberta, le gouvernement de cette province avait dès la fin janvier mis en place sa structure d'intervention générale face à la pandémie.

- **Le Ministère a déconseillé le dépistage de la COVID-19 chez la plupart des voyageurs, bien que son éclosion ait été constatée dans de nombreux pays.** La première définition de cas de COVID-19, parue le 24 janvier 2020, ciblait seulement le dépistage des voyageurs récemment en provenance de Wuhan, en Chine. Le 7 février 2020, on a mis à jour cette définition afin d'en élargir la portée aux voyageurs en provenance de la Chine. La COVID-19 s'était alors propagée à quelque 20 pays (outre la Chine et le Canada). Devant la crainte que des patients hospitalisés ayant voyagé dans d'autres pays que la Chine aient pu contracter la COVID-19, on s'est mis dans certains hôpitaux à procéder au dépistage des voyageurs en provenance des autres pays. Toutefois, le 16 février 2020, le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé a communiqué par courriel avec les parties prenantes du domaine de la santé pour leur indiquer que cette pratique instaurée dans certains hôpitaux était contraire à la définition actuelle de cas de COVID-19 par le Ministère et conseiller aux fournisseurs de soins de santé de procéder strictement au dépistage des personnes visées par la définition de cas. Contrairement au gouvernement de l'Ontario, celui de la Colombie-Britannique n'a pas restreint le dépistage de cette façon.
- **Les conseils de voyage prodigués par le gouvernement de l'Ontario avant la semaine de relâche étaient incompatibles avec ceux donnés par les autres gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral.** Le 9 mars, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada a recommandé aux Canadiens d'éviter les voyages en croisière en raison de la COVID-19 et, le 11 mars, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la COVID-19 était une pandémie mondiale. Toujours le 11 mars, le médecin hygiéniste en chef de l'Alberta a recommandé aux personnes de plus de 65 ans qui présentent des pathologies chroniques de ne pas voyager à l'extérieur du Canada et aux autres personnes de planifier soigneusement leur voyage. Le 12 mars, le médecin hygiéniste provincial de la Colombie-Britannique a également déconseillé les déplacements non essentiels à l'extérieur du Canada en raison de la flambée épidémique de COVID-19. Le même jour, on a néanmoins recommandé aux Ontariens de voyager à l'extérieur du pays durant la semaine de relâche. Or, cette recommandation était incompatible avec les conseils donnés par les autres gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral. Ce n'est que le lendemain (13 mars) que le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a envoyé une lettre (datée du 12 mars) aux parties prenantes du domaine de la santé pour conseiller aux Ontariens d'éviter les voyages non essentiels. Ce jour-là, le premier ministre du Canada a demandé aux Canadiens d'éviter les voyages non essentiels et de revenir au Canada immédiatement s'ils se trouvaient à l'étranger.
- **La reconnaissance de la transmission communautaire de la COVID-19 s'est faite en retard.** Le 15 mars 2020, Santé publique Ontario a constaté qu'au moins cinq des 15 cas de COVID-19 faisant l'objet

d'une enquête n'étaient ni liés aux voyages ni aux contacts étroits connus avec un autre cas et que ces cas découlaient donc d'une transmission communautaire. Du 15 au 19 mars, plusieurs médecins hygiénistes locaux, dont ceux d'Ottawa, de Toronto, de Simcoe Muskoka et de Halton, ont également décelé publiquement des cas de COVID-19 locaux qui découlaient vraisemblablement d'une transmission communautaire. Le 17 mars, le médecin hygiéniste en chefde l'Ontario s'est contenté de déclarer aux médias que le gouvernement provincial [traduction] « attendait encore de constater des exemples concrets de propagation communautaire ». Malgré des preuves tangibles de transmission communautaire, le Ministère n'a reconnu cet état de choses que le 26 mars. Par contre, en Colombie-Britannique, on a fait l'annonce de la propagation communautaire pour la première fois le 5 mars.

- **On a tardé à exiger du personnel des foyers de soins de longue durée qu'il porte de l'équipement de protection individuelle.** Le 18 mars 2020, un médecin hygiéniste adjoint de l'un des bureaux de santé publique de l'Ontario a communiqué par courriel au médecin hygiéniste en chef pour l'informer qu'il fallait de toute urgence exiger des travailleurs dans les foyers de soins de longue durée qu'ils portent le masque en tout temps lorsqu'ils se trouvent à l'intérieur des établissements. Toutefois, à l'échelle de la province, aucune mesure n'a été prise dans l'immédiat. Le 19 mars, la première flambée épidémique de COVID-19 s'est produite dans un foyer de soins de longue durée de l'Ontario. Ce n'est que plus de deux semaines plus tard, soit le 30 mars, que le médecin hygiéniste en chef a révisé la directive relative aux foyers de soins de longue durée, aux termes de laquelle ceux-ci devaient observer la même directive que les hôpitaux concernant le recours à l'équipement de protection individuelle pour les soins donnés aux résidents soupçonnés d'avoir contracté ou ayant contracté la COVID-19. La directive exigeant le port du masque chez les travailleurs des foyers de soins de longue durée durant leur quart de travail n'a été émise que le 8 avril. Le nombre de flambées épidémiques dans les foyers de soins de longue durée avait alors augmenté pour toucher 69 établissements, se traduisant par 857 cas et 88 décès. Il s'agissait alors de près de 15 % des cas déclarés en Ontario et de 44 % des décès liés à la COVID-19.
- **On a tardé à empêcher le personnel des foyers de soins de longue durée de travailler dans plusieurs établissements à la fois.** Le 22 mars 2020, trois jours après la première flambée épidémique dans les foyers de soins de longue durée (le 19 mars 2020), le médecin hygiéniste en chef a émis une directive destinée à ceux-ci. La formulation de cette directive était floue : elle proposait que [*traduction*] « dans la mesure du possible, les employeurs collaborent avec les employés pour restreindre le nombre de lieux de travail différents où oeuvrent les employés ». Ce n'est que le 14 avril qu'on a émis une ordonnance d'urgence limitant le personnel à un seul lieu de travail. Son entrée en vigueur s'est faite ultérieurement, le 22 avril, plus d'un mois après la première flambée épidémique. Par contre, en Colombie-Britannique, on a rendu une ordonnance le 27 mars (environ trois semaines avant celle de l'Ontario) interdisant au personnel des foyers de soins de longue durée de travailler dans plusieurs établissements à la fois. Le 30 avril, il y avait environ 4 350 cas et 630 décès en lien avec les foyers de soins de longue durée en Ontario, contre environ 410 cas et 70 décès en lien avec ceux-ci en Colombie-Britannique. Au 1er octobre 2020, ces chiffres avaient grimpé pour s'établir à 8 721 cas et à 1 917 décès

en Ontario, comparativement à 860 cas et à 169 décès en Colombie-Britannique.

Prise en compte des conseils des spécialistes dans le processus décisionnel

- **On n'a pas obtenu ni observé systématiquement les conseils des spécialistes.** La mise sur pied du Groupe de commandement pour le secteur de la santé avait pour but de servir de point unique de surveillance pour fournir un leadership exécutif et une orientation stratégique pour diriger l'intervention du système de santé de l'Ontario face à la COVID-19. Toutefois, dans certains cas, les décisions prises ne s'appuyaient pas sur les conseils des spécialistes. En voici quelques-uns :
- **On a étendu le dépistage aux personnes sans symptômes de la COVID-19 ni exposition connue à celle-ci, malgré son utilité restreinte et l'absence de directives du Groupe de commandement pour le secteur de la santé à ce chapitre.** Le 19 mai 2020, on a exposé au Groupe de commandement pour le secteur de la santé une analyse des résultats du dépistage de personnes vivant dans des habitations collectives exemptes de symptômes de la COVID-19. L'exposé a révélé que 99,8 % du personnel et des résidents asymptomatiques de 20 foyers de soins de longue durée et maisons de retraite où il n'y avait pas de flambée épidémique (à savoir aucun cas connu de COVID-19) avaient obtenu un résultat négatif au dépistage. Un dépistage semblable effectué dans certaines maisons de retraite de cinq bureaux de santé publique a donné les mêmes résultats. Malgré les données révélant l'utilité restreinte du dépistage de la COVID-19 chez les personnes asymptomatiques en l'absence d'une exposition connue à celle-ci, le gouvernement provincial a annoncé le 24 mai que ce dépistage était offert à tout le monde et invité les gens à s'en prévaloir afin de réduire la transmission de la COVID-19. Le Groupe de commandement pour le secteur de la santé n'avait alors pas recommandé une telle mesure. Le 5 juillet, le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage a recommandé de ne pas procéder au dépistage des personnes asymptomatiques, notamment celles sans exposition connue à la COVID-19. Les membres du Comité ont révélé au Bureau que depuis les réunions inaugurales du 5 avril 2020, on n'a jamais recommandé le dépistage des personnes asymptomatiques qui ne sont pas entrées en contact avec des personnes ayant contracté la COVID-19, ou ne sont pas visées par les enquêtes sur les flambées épidémiques. Bien que cette politique ait accaparé les ressources des laboratoires et occasionné le ralentissement du dépistage potentiellement rapide des personnes symptomatiques, le Ministère a attendu jusqu'au 25 septembre 2020 avant de la modifier.
- **On a exigé des visiteurs des foyers de soins de longue durée et qu'ils confirment avoir obtenu un résultat négatif au dépistage de la COVID-19.** Le 5 juillet 2020, un sous-groupe du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage a recommandé au médecin hygiéniste en chef de mettre fin au dépistage des personnes asymptomatiques et de cesser de soumettre obligatoirement les visiteurs des foyers de soins de longue durée au dépistage de la COVID-19. Malgré ces recommandations, ce n'est que le 25 septembre 2020 qu'on a révisé les critères de dépistage de la population en général, tandis que les critères de dépistage relatifs aux visiteurs des foyers de soins de longue durée sont demeurés inchangés. Parallèlement, en Colombie-Britannique, il n'y a ni dépistage des personnes asymptomatiques sans exposition connue à la

COVID-19, ni exigence préalable de dépistage de la COVID-19 chez les visiteurs des foyers de soins de longue durée.

- **Le Cadre d'intervention pour la COVID-19 était beaucoup plus laxiste que ce que Santé publique Ontario recommandait à ce chapitre.** Le 3 novembre 2020, le gouvernement provincial a publié le *Cadre d'intervention pour la COVID-19 : Garder l'Ontario et sécurité et ouvert* (ci-après le Cadre d'intervention pour la COVID-19), un nouveau système à code de couleur servant à classer les bureaux de santé publique en fonction des circonstances à l'échelle locale et à déterminer les mesures et les restrictions visant les entreprises dans chaque région. Bien qu'on ait demandé à Santé publique Ontario de donner des conseils sur les indicateurs épidémiologiques possibles de la version provisoire du Cadre d'intervention pour la COVID-19 du gouvernement provincial, le Cadre ne comportait pas tous les indicateurs prescrits et était globalement plus laxiste que ce que Santé publique Ontario avait recommandé. À titre d'exemple, il est indiqué dans le Cadre d'intervention pour la COVID-19 que le palier Contrôle (en rouge), dernier stade avant d'envisager l'instauration du confinement, sera déclenché à une incidence de plus de 100 cas de COVID-19 par tranche de 100 000 résidents sur sept jours; or, Santé publique Ontario avait conseillé de déclencher l'équivalent du dernier stade à une incidence de 25 cas de COVID-19 par tranche de 100 000 résidents sur sept jours. Puisque le Cadre d'intervention pour la COVID-19, en novembre, s'est traduit par un assouplissement des restrictions dans les régions où le nombre de cas de COVID-19 tendait encore à augmenter (comme Peel et Toronto), les bureaux de santé publique de Peel et de Toronto ont décidé de leur propre chef d'imposer des restrictions. Le 13 novembre, le gouvernement provincial a annoncé qu'après avoir consulté le médecin hygiéniste en chef et le Groupe des mesures de santé publique, il avait abaissé le seuil de chacun des paliers du Cadre. Quoi qu'il en soit, même une fois révisés, les seuils demeurent plus élevés que ceux recommandés par Santé publique Ontario. À titre d'exemple, le seuil révisé du stade « Contrôle (en rouge) » qui correspond à 40 cas de COVID-19 ou plus par tranche de 100 000 résidents demeure au moins 1,5 fois plus élevé que celui de 25 cas que Santé publique Ontario a recommandé. D'après ce que le Bureau a appris, Santé publique Ontario appuyait les nouvelles mesures, d'autant plus que la prévalence de la COVID-19 a changé depuis la prestation de ses premières recommandations.

Communication au sein du Groupe de commandement pour le secteur de la santé et auprès de la population

- **Les réunions du Groupe de commandement pour le secteur de la santé se sont déroulées par téléconférence et les discussions qui y ont eu lieu ne sont pas documentées en détail.** De la fin février 2020 à juillet 2020, les réunions se sont déroulées par téléconférence. Ce n'est qu'à partir du 14 juillet 2020 qu'elles ont eu lieu en mode vidéoconférence. Le nombre de participants au Groupe de commandement pour le secteur de la santé a augmenté ultérieurement pour se fixer à 90 (33 membres et 57 invités) en juin 2020 puis à 83 (32 membres et 51 invités) au 31 août; de plus, les conseils donnés au ministre de la Santé, au premier ministre et au Conseil des ministres l'ont été strictement en fonction d'un consensus verbal plutôt que d'un vote en bonne et due forme. De plus, on n'a fourni aucune documentation à l'appui des opinions dissidentes. Des mesures clés

étaient consignées et distribuées à chaque réunion du Groupe de commandement pour le secteur de la santé et le sommaire des réunions était affiché en ligne, mais il ne figurait dans le sommaire que les sujets et les thèmes de chaque réunion, sans indiquer qui y a assisté, sur quoi portait concrètement les discussions et quelles opinions avaient été exprimées. Selon ce que le Bureau a également appris, les principaux participants au Groupe de commandement pour le secteur de la santé s'inquiétaient de l'impossibilité de tirer au clair l'identité du locuteur ou son savoir-faire quant au thème analysé ou du fait que certains participants bien informés aient pu craindre de prendre la parole en raison de la personnalité et de l'ancienneté des autres participants aux téléconférences.

- **On n'informait pas systématiquement les parties prenantes des décisions les touchant avant de rendre celles-ci publiques.** Les parties prenantes touchées, dont les bureaux de santé publique, n'étaient pas systématiquement mises au courant des décisions du gouvernement provincial qui influaient sur leur fonctionnement avant que celles-ci soient rendues publiques. Elles n'étaient donc pas en mesure d'agir rapidement. À titre d'exemple :
  - Le 24 mai, le gouvernement de l'Ontario a annoncé publiquement le changement consistant à procéder au dépistage des personnes asymptomatiques qui le souhaitaient. La semaine suivante, les visites aux centres d'analyse ont augmenté de plus du double. On n'informait pas d'avance les centres d'analyse du moment exact où un changement serait apporté aux critères de dépistage, de telle sorte qu'ils ne pouvaient prévoir rapidement ni l'augmentation de leur effectif ni leur capacité de prélèvement d'échantillons à temps face à l'accroissement de la demande. Dans certains cas, on a refusé de procéder au dépistage des personnes ou on leur a demandé de se présenter au centre d'analyse un autre jour.
  - Le 9 juin, le gouvernement provincial a annoncé publiquement la réouverture le 12 juin de certaines garderies où des mesures opportunes de prévention seraient prises. Il a également appris aux garderies qu'elles pourraient poser des questions à leurs bureaux locaux de santé publique, si besoin est. Or, ceux-ci n'étaient pas au courant qu'une telle annonce serait faite. Des 28 médecins hygiénistes locaux qui ont répondu au sondage mené par le Bureau, plus de 40 % (ou 12) ont indiqué ne pas avoir eu le temps de se préparer à cette annonce sans préavis du gouvernement provincial.
- **La communication publique prêtait davantage à confusion et semblait moins coordonnée que celle dans les autres provinces.** Une étude publiée le 30 septembre 2020 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* a permis de comparer l'état de préparation et l'intervention face à la pandémie de COVID-19 en Colombie-Britannique et en Ontario chez les foyers de soins de longue durée. Il ressort de cette étude que les séances d'information quotidiennes et les entrevues avec les médias étaient cohérentes en Colombie-Britannique, mais que leur coordination laissait à désirer et qu'elles comportaient des renseignements contradictoires en Ontario. Le Bureau a appris des médecins hygiénistes locaux que les conseils de santé publique donnés par les politiciens provinciaux à la place du médecin hygiéniste en chef étaient source de confusion à leurs yeux. Ils s'attendaient à ce que le principal communicateur soit le médecin hygiéniste en chef. Le ministère de la Santé compte un Plan d'intervention en cas d'urgence, mais le Guide sur les

communications en cas de risque ou d'urgence qui s'y trouve en annexe est encore « en préparation », bien que le Plan soit instauré depuis 2013.

- **Certains indicateurs et renseignements qui intervenaient dans les décisions d'imposer ou d'assouplir les mesures de santé publique n'étaient pas rendus publics de façon claire.** Le 27 avril 2020, le gouvernement de l'Ontario a publié le document *Un cadre visant le déconfinement de la province* (ci-après le Cadre de déconfinement), dans lequel étaient décrites en détail les trois phases du déconfinement par lesquelles passerait l'Ontario en vue de la réouverture des entreprises et de l'assouplissement des restrictions en matière de santé publique. Le Cadre de déconfinement définit les indicateurs dont le médecin hygiéniste en chef doit tenir compte lorsqu'il conseille le gouvernement provincial sur l'assouplissement des mesures de santé publique. Parmi les indicateurs, il y a une diminution constante du nombre de nouveaux cas de COVID-19 chaque jour pendant une période de deux à quatre semaines et une diminution du nombre de nouveaux cas de COVID-19 dans les hôpitaux. Toutefois, aucun de ces indicateurs ne comporte d'objectif précis permettant de déterminer s'il est possible d'assouplir les mesures de santé publique ou s'il faut plutôt les raffermir. De plus, le recours à cette même démarche dans l'éventualité d'une fluctuation du nombre de cas de COVID-19 n'est pas établi clairement. En outre, l'information directionnelle qui permettrait aux Ontariens de concevoir exactement les raisons pour lesquelles les mesures de santé publique sont resserrées ou ce qui doit se produire pour les assouplir davantage n'est pas rendue publique. Bien que le gouvernement provincial ait rendu public son *Cadre d'intervention pour la COVID-19 : Garder l'Ontario en sécurité et ouvert* le 3 novembre 2020, dans lequel sont définis les indicateurs permettant de situer les régions de santé publique en fonction de cinq stades [Prévenir (vert), Protéger (jaune), Restreindre (orange), Contrôler (rouge) et Confinement (gris)], aucune cible claire n'est établie pour quatre régions de santé publique sur sept, ce qui nuit à la clarté du Cadre.

Planification et analyse en amont des conséquences et des risques éventuels

- **Le besoin d'analyser les conséquences et les risques demeure, malgré la nécessité de prendre rapidement des décisions en situation d'urgence.** Selon ce que le Bureau a constaté, dans les deux domaines suivants, on aurait pu réfléchir davantage aux conséquences et aux risques, et faire montre d'une transparence publique accrue quant au fondement des décisions prises.
  - **L'arrêt des services hospitaliers non essentiels a occasionné un arriéré considérable d'interventions chirurgicales non urgentes.** Dans une directive qu'il a émis le 17 mars 2020 à l'intention des fournisseurs de soins de santé, dont les hôpitaux, le médecin hygiéniste en chef a exigé l'interruption ou la réduction à un niveau minimal des services ni essentiels ni urgents, jusqu'à nouvel ordre. Cette directive est demeurée en vigueur jusqu'au 26 mai 2020, date à laquelle le médecin hygiéniste en chef l'a modifiée pour permettre la reprise graduelle des services de soins de santé non essentiels et non urgents. Si elle a bel et bien permis d'éviter un dépassement de la capacité en lits dans les hôpitaux, la directive a également empêché de nombreux patients d'avoir accès à des services médicaux courants ou non urgents pendant environ

10 semaines, ce qui s'est traduit par des arriérés considérables dans le système de soins de santé. Selon une étude publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, du 15 mars au 13 juin, il y a eu en Ontario un arriéré estimatif de plus de 148 000 chirurgies, lequel prendrait 84 semaines (environ 20 mois, ou près de deux ans) à résorber. Puisque la capacité des hôpitaux différait à l'échelle de la province, l'occasion de relancer les services hospitaliers plus rapidement dans certaines régions s'est présentée, ce qui aurait pu contribuer à amoindrir en partie l'arriéré grâce à un processus décisionnel stratégique en temps réel.

- **On n'a pas recueilli de données sur l'ascendance raciale ni tenu compte de celles-ci dans le processus décisionnel des mesures de prévention et de confinement destinées aux groupes à risque élevé de contracter la COVID-19.** Chez les groupes d'immigrants, les taux de contraction de la COVID-19 se sont révélés démesurément élevés; ils ont accusé des taux supérieurs d'hospitalisation et de décès attribuables à la COVID-19. Toutefois, il a fallu attendre au 26 juin 2020 avant que le Ministère se mette à recueillir des données sur l'ascendance raciale des personnes chez qui on a procédé au dépistage de la COVID-19. On n'a donc pas tenu compte de ces données dans les décisions visant à mieux cibler les populations présentant un risque accru de contraction. Il ressort d'une étude publiée en septembre 2020 par l'ICES (Institute for the Clinical Evaluation of Science) que les nouveaux arrivants, dont les immigrants et les réfugiés, venus en Ontario depuis 2017 et qui constituent un peu plus de 25 % de la population ontarienne comptaient pour près de 44 % des cas de COVID-19 jusqu'au 13 juin 2020.

Plan d'intervention en cas d'urgence sanitaire

- **On n'a pas actualisé les plans d'intervention en cas d'urgence sanitaire depuis 2013.** Le Ministère dispose de deux plans d'intervention – d'une part, le Plan d'intervention en cas d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (ci-après le Plan d'intervention sanitaire) et, d'autre part, le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (ci-après le Plan de lutte contre la pandémie) – pour composer avec les urgences sanitaires. Toutefois, aucun de ces plans n'a été actualisé depuis 2013. Voilà qui semble être en infraction avec la *Loi sur la sécurité civile et la gestion des situations d'urgence*, sauf qu'il y a une nuance dans la loi selon laquelle il faut effectuer un examen annuel du programme de gestion des situations d'urgence du Ministère par opposition au plan. Puisque les deux plans d'intervention susmentionnés étaient périmés, on n'a pu définir clairement ni attribuer par anticipation les rôles et responsabilités avant la pandémie de COVID-19. Pour sa part, le gouvernement de la Colombie-Britannique a actualisé son plan de lutte contre la pandémie de grippe durant tout le mois de février 2020 pour l'adapter à la pandémie de COVID-19 et être ainsi en mesure d'intervenir. La version actualisée de son plan de lutte contre la pandémie a été rendue publique le 6 mars 2020.
- **On n'a pas mis en oeuvre les recommandations formulées par le Bureau il y a 13 ans quant à l'actualisation à intervalles réguliers des plans d'intervention en cas d'urgence du Ministère.** Dans le cadre de l'audit qu'il a mené en 2007 sur la préparation et la gestion

en cas de flambée épidémique, le Bureau a recommandé que le Ministère examine à intervalles réguliers le Plan de lutte contre la pandémie et le Plan d'intervention sanitaire en vue de les actualiser, s'il y a lieu. Or, après avoir effectué en 2009 l'examen du suivi de ces recommandations, le Bureau a constaté que le Ministère avait bel et bien actualisé les plans cette année-là et que les actualisations permettaient notamment de tirer au clair les rôles et responsabilités dans le Plan de lutte contre la pandémie et d'en faire le sommaire. Toutefois, le Ministère n'a pas actualisé les plans depuis 2013. Une analyse approfondie à cet égard figure au **Chapitre 1 Gestion des situations d'urgence en Ontario—Intervention contre la pandémie**.

Système de santé publique de l'Ontario

- **Les fluctuations dans la gestion et le fonctionnement des bureaux de santé publique ont occasionné une fragmentation et des incohérences partout en Ontario.** En Ontario, on dénombre actuellement 34 bureaux de santé publique. Chaque bureau de santé publique est régi par un conseil de santé indépendant. La portée géographique des bureaux de santé publique, leur structure organisationnelle et leur gouvernance fluctuent passablement. Par comparaison, la santé publique dans d'autres États (comme en Colombie-Britannique, en Alberta et au Québec) se révèle plus simple, semble moins fragmentée et présente moins de fluctuations. À titre d'exemple, la prestation de la santé publique en Colombie-Britannique, où la population (environ 5,1 millions en 2019) correspond environ au tiers de celle de l'Ontario (environ 14,6 millions en 2019), n'est assurée que par cinq régies régionales de la santé et une régie de la santé des Premières Nations, lesquelles ont toutes la même structure organisationnelle et de gouvernance. En Alberta, on a éliminé en 2008 les régies régionales de la santé en faveur d'une seule autorité sanitaire où est centralisée la gestion des programmes et services de santé publique. Le Bureau a également constaté que les bureaux de santé publique de l'Ontario ne communiquaient pas entre eux les pratiques exemplaires et leçons apprises ni n'observaient celles-ci de façon systématique. Voilà l'une des raisons pour lesquelles l'intervention face à la pandémie a varié d'un bureau de santé publique à l'autre.
- **La réforme de la santé publique recommandée il y a plus de 15 ans n'était pas achevée.** Dans le *Rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses* paru en 2003, le *Premier rapport provisoire* de la Commission sur le SRAS paru en 2004 et le *Rapport final* de la Commission sur le SRAS paru en 2006, on a discerné le besoin de réformer le système de santé publique de l'Ontario et certaines idées sur la façon d'y parvenir, comme envisager le regroupement des bureaux de santé publique pour les ramener de 37 (leur nombre à l'époque) à entre 20 ou 25. En avril 2019, le Ministère a annoncé une proposition de modernisation du système de santé publique de l'Ontario, dont l'achèvement était prévu d'ici avril 2020. Cette proposition a cependant été mise en veilleuse, car le Ministère a accordé la priorité à son intervention face à la pandémie de COVID-19. C'est donc dire que le fonctionnement n'a cessé de varier d'un bureau de santé publique à l'autre. Au moment d'écrire ces lignes, les bureaux de santé publique continuaient de fonctionner en cloisonnement et n'échangeaient toujours pas leurs pratiques exemplaires. À titre d'exemple, le Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox & Addington a tenu un atelier annuel sur la préparation à la lutte contre la grippe

(tout récemment, le 16 août 2019) avec des fournisseurs de soins de santé (comme le personnel des foyers de soins de longue durée) pour ensuite se mettre à effectuer des audits de conformité dans chaque foyer de soins de longue durée au début du mois de mars 2020 afin que les consignes appropriées de prévention et de contrôle des infections soient instaurées. Après avoir instauré de telles pratiques avant la pandémie et au début de celle-ci, le Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox & Addington n'a signalé (au 31 août 2020) aucun diagnostic de COVID-19 chez les résidents en soins de longue durée. Pourtant, de telles pratiques n'étaient pas instaurées dans les autres bureaux de santé publique. À titre d'exemple, des 28 bureaux de santé publique qui ont répondu au sondage mené par le Bureau, 71 % (ou 20) ont dit ne pas tenir d'ateliers annuels sur la préparation à la lutte contre la grippe en collaboration avec les fournisseurs de soins de santé.

Voyageurs de l'étranger à destination de l'Ontario

- **En Ontario, on n'a pas établi le contact avec la majorité des voyageurs arrivant de l'extérieur de la province, faute de ressources suffisantes et de mesures prises en vue d'obtenir en temps voulu des données exactes et exhaustives.** Les gouvernements provinciaux comptent sur le gouvernement fédéral, y compris en ce qui touche les ordonnances d'urgence prises par le ministre fédéral de la Santé, pour concevoir et appliquer des règles sur les personnes autorisées à entrer au pays (et en Ontario) de même qu'obtenir des données sur les voyageurs à destination des provinces (dans ce cas-ci, de l'Ontario). Le ministère de la Santé de l'Ontario (ci-après le Ministère) doit effectuer un suivi auprès des voyageurs arrivés au Canada sans présenter de symptômes de la COVID-19 (l'Agence de la santé publique du Canada doit indiquer au Ministère qui sont ces voyageurs). Concrètement, le Ministère doit communiquer avec eux par téléphone ou courriel pour discuter des exigences en matière d'isolement et leur fournir des ressources de soutien, si nécessaire. Toutefois, du 5 avril au 31 août, le Ministère n'a pu joindre environ 50 % des voyageurs au sujet desquels l'Agence de la santé publique du Canada lui a transmis des données. Pareille situation était en partie imputable au manque de personnel affecté à l'exécution de ce travail. Mais c'est aussi parce que le personnel a appris l'existence de ces voyageurs bien des jours après leur arrivée en Ontario, de sorte que les 14 jours pendant lesquels ils auraient été jugés contagieux s'ils avaient contracté la COVID-19 étaient écoulés ou presque. En outre, les données en provenance de l'Agence de la santé publique du Canada ne sont souvent pas fournies en temps voulu ou se révèlent incomplètes. À titre d'exemple :
  - Du 5 avril au 31 août 2020, plus de 45 % des dossiers reçus par le Ministère se rapportaient à des voyageurs qui avaient écoulé plus de la moitié de leur période de 14 jours en auto-isolement, ce qui s'est traduit par un retard dans le soutien à leur égard.
  - Le Ministère n'est pas certain d'avoir obtenu les données complètes sur les voyageurs et il n'a pas pris de mesures pour concevoir si tel est le cas. Quelque 2,5 millions de voyageurs en provenance de l'étranger sont venus en Ontario entre mars et août (essentiellement des citoyens canadiens de retour ou d'autres voyageurs, comme des membres d'équipage étrangers et résidents, du personnel militaire, des immigrants et d'anciens résidents), mais le Ministère a obtenu de l'Agence publique

du Canada des données sur seulement 154 000 d'entre eux ou moins de 9 %. Ces quelque 2,5 millions de voyageurs en provenance de l'étranger pendant cette période constituent l'équivalent d'environ 500 000 personnes/mois qui arrivent en Ontario en provenance d'autres pays (surtout les États-Unis), un nombre supérieur à la population de London (Ontario).

Conclusion globale

Il ressort de l'audit mené par le Bureau que le ministère de la Santé (ci-après le Ministère) n'avait pas encore mis en place de consignes ni de systèmes pleinement performants pour déceler la pandémie de COVID-19 et y donner suite rapidement et de façon structurée, en phase avec les lois applicables et les pratiques exemplaires internationales. On n'a pas actualisé le plan d'intervention en cas d'urgence du Ministère depuis 2013. Puisque ces plans d'intervention en cas d'urgence, périmés et incomplets, ne permettaient pas de préciser les rôles et responsabilités des principales parties prenantes, le Ministère a mis sur pied le Groupe de commandement pour le secteur de la santé, dont la structure s'est complexifiée eu égard aux nombreux participants en cause, dont un grand nombre qui n'étaient pas spécialistes de la santé publique. Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario n'a ni joué un rôle de chef de file ni exercé pleinement ses pouvoirs en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* pour que les bureaux de santé publique et fournisseurs de soins de santé à l'échelle locale puissent intervenir rapidement et avec cohérence

Il ressort également de l'audit mené par le Bureau que, ces dernières années, le Ministère n'a ni discerné, ni analysé, ni instauré les leçons apprises en vue d'une amélioration constante. La principale leçon tirée de la flambée épidémique en 2003 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en Ontario consiste à prendre des précautions pour lutter contre la propagation des maladies infectieuses, même s'il n'y a pas encore de données scientifiques pour les appuyer. Or, le gouvernement de l'Ontario n'a manifestement pas suivi cette leçon : il a mis en place sa structure d'intervention face à la COVID-19 plus lentement que les autres gouvernements provinciaux; il a encouragé les gens à partir en voyage avant la semaine de relâche, bien que les autres gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral aient dissuadé les gens de faire de même; il a pris connaissance en retard de la transmission communautaire de la COVID-19; et il a tardé à empêcher le personnel des foyers de soins de longue durée de travailler dans plusieurs établissements à la fois. De plus, le gouvernement de l'Ontario n'a pas suivi systématiquement les conseils des spécialistes. Ses décisions d'étendre le dépistage aux personnes qui ne présentent pas de symptômes, malgré l'utilité restreinte de cette mesure, et d'exiger des visiteurs des foyers de soins de longue durée qu'ils fournissent la preuve d'un résultat négatif au dépistage de la COVID-19 en témoignent éloquemment.

En outre, l'audit effectué par le Bureau montre que le Ministère n'a ni mesuré ni déclaré à temps les résultats et la performance des activités du gouvernement provincial relativement à la préparation face à la pandémie et à la lutte contre celle-ci. La communication au sein du Groupe de commandement pour le secteur de la santé n'était pas pleinement performante : ses réunions ont eu lieu par téléconférence, sans que soient documentées les discussions ayant mené aux conseils, aux recommandations puis aux décisions ultérieurement prises. La communication auprès des parties prenantes externes n'avait pas lieu non plus en temps voulu, car ces dernières prenaient parfois connaissance des changements qui les touchaient directement seulement lorsque les décisions étaient rendues publiques. Le Ministère a également omis de fournir des indicateurs et renseignements clairs qui auraient permis à la population de concevoir comment certaines décisions sont prises quant à l'imposition des

mesures de santé publique ou leur assouplissement pendant la plus grande partie de l'année. D'entrée de jeu, le Ministère n'a pas recueilli de données sur l'ascendance raciale, ce qui lui aurait permis de cibler les groupes les plus à risque de contracter la COVID-19 dans ses mesures de prévention et de confinement. Le Ministère n'a pas reçu non plus (et ne reçoit toujours pas) en temps voulu des données exactes et exhaustives sur les voyageurs, de sorte qu'il n'a pas joint la plupart des voyageurs pour faire en sorte qu'ils soient au courant de leurs obligations en matière d'auto-isolement et du fait que des mesures de soutien étaient mises à leur disposition.

Le présent rapport comporte neuf recommandations, composées de 29 mesures à prendre, pour donner suite aux constatations de l'audit effectué par le Bureau.

RÉACTION GLOBALE REGROUPÉE DU MINISTÈRE ET DU SECRÉTAIRE DU CONSEIL DES MINISTRES

Le Bureau du Conseil des ministres et les ministères de la Santé et des Soins de longue durée reconnaissent la valeur du travail du Bureau de la vérificatrice générale, lequel améliore constamment ses processus et ses interventions pour favoriser la sécurité et la santé des Ontariens. Comme il est souligné dans le rapport, la COVID-19 s'est révélée éprouvante aux yeux des spécialistes de la santé et des décideurs gouvernementaux à l'échelle mondiale en raison de sa complexité et de ses retombées inédites.

Les recommandations sont une source de conseils utiles dans la cadre de notre intervention face à une pandémie en pleine évolution : elles nous permettent d'aller de l'avant dans la planification des stratégies, leur analyse, leur mise en oeuvre, l'évaluation de leurs retombées et leur rajustement. Notre démarche de planification et de prise de décisions devant la flambée épidémique a englobé ce qui suit :

- un Groupe de commandement pour le secteur de la santé (rebaptisé ensuite Groupe de coordination pour le secteur de la santé) à l'intention des dirigeants du système de santé pour fournir des conseils sur l'intervention face à la pandémie aux ministres de la Santé et des Soins de longue durée, ainsi que des groupes consultatifs connexes pour apporter un savoir-faire spécialisé;
- un Groupe central de coordination pour favoriser une intervention pangouvernementale face à la pandémie qui permet de suivre l'évolution des progrès, d'éliminer les obstacles et de diriger la collaboration interministérielle ainsi que l'exécution de l'orientation gouvernementale;
- la mise en application de données, ainsi que de projections de modélisation, à l'intervention face à la pandémie;
- le mise en application cohérente du savoir-faire et des conseils du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario afin d'orienter l'intervention face à la pandémie.

Depuis le début de cette pandémie, la santé et le bien-être des Ontariens demeurent notre priorité. Il incombe au gouvernement de tenir compte de plusieurs indicateurs de la santé, dont la santé mentale, l'isolement social, la perte d'emploi et les moyens de subsistance globaux de la population ontarienne.

Comme il est souligné dans le rapport, l'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la pandémie a mis en lumière des occasions d'accroître la rapidité et la cohérence des mesures de santé publique partout en Ontario. Une fois la pandémie maîtrisée et les risques pour la population atténués, le ministère de la Santé sera en mesure de procéder à la modernisation de la santé publique, dans

laquelle seront prises en compte les conclusions et recommandations du présent rapport.

RÉACTION GLOBALE DE SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO

Santé publique Ontario (SPO) reconnaît la valeur du Rapport et des recommandations du Bureau de la vérificatrice générale relativement à la performance et à la rapidité de l'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la pandémie. Créés au lendemain d'une série d'événements de santé publique d'envergure au début des années 2000, dont Walkerton et l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), les objets législatifs de SPO consistent notamment « [...] fournir des conseils scientifiques et techniques et un soutien opérationnel à toute personne ou entité dans toute situation d'urgence, ou lorsque se déclare une maladie, qui a des répercussions sur la santé ». Il s'agit notamment à ce titre de procéder à la surveillance et à l'épidémiologie de la santé publique et des laboratoires pour rehausser la conception de la maladie, de faire fonctionner un laboratoire de référence, d'exécuter des services de dépistage clinique et de prodiguer des conseils scientifiques et techniques à la santé publique, au système de soins de santé et au gouvernement de l'Ontario.

Santé publique Ontario, qui prend note des problèmes posés dans l'intervention face à la pandémie, a hâte de collaborer avec les ministères, dont celui de la Santé, Santé Ontario, les bureaux de santé publique et le système de soins de santé à la mise en oeuvre des recommandations du Bureau de la vérificatrice générale qui permettront d'appuyer l'intervention face à la pandémie, la relance qui suivra et le rehaussement de l'état de préparation en Ontario devant de tels événements à l'avenir.

2.0 Contexte

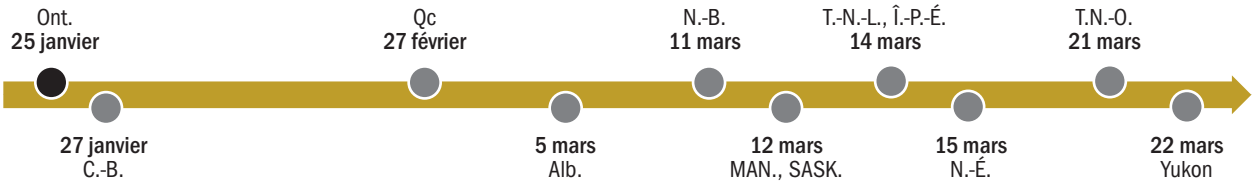
2.1 Chronologie de la COVID-19

La pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (ci-après la COVID-19) s'est propagée rapidement. En effet, moins d'un mois après la découverte du premier cas à la fin du mois de décembre 2019, la COVID-19 s'est propagée de la Chine aux pays voisins puis, peu de temps après, jusqu'en Europe et en Amérique du Nord. C'est le 25 janvier 2020 qu'on a découvert à Toronto (Ontario) le premier cas présumé de COVID-19 au Canada, lequel fut confirmé le 27 janvier 2020. On avait décelé des cas dans les autres provinces et territoires du Canada, à l'exception du Nunavut, au 31 août 2020. La **Figure 2a** montre la chronologie des dates auxquelles on a découvert les premiers cas de COVID-19 par province et territoire. La **Figure 2b** indique d'où provient le premier cas dans chaque province ou territoire. L'**Annexe 1** présente le sommaire des événements clés relatifs à la COVID-19 à l'échelle mondiale et en Ontario.

Puisque la COVID-19 s'est manifestée à l'extérieur du Canada, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont d'abord obtenu des données internationales par l'intermédiaire du Réseau pancanadien de santé publique (ci-après le Réseau), lesquelles leur ont permis d'étoffer leur conception de la maladie. Le Réseau, créé en 2005, est constitué de fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables de la santé publique, y compris l'administratrice en chef de la santé publique du Canada et le médecin hygiéniste en chef (ou l'équivalent) de chaque province et territoire. Le Réseau prodigue des conseils à la Conférence des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en vue de discussions sur des enjeux d'intérêt commun. Comme le montre la **Figure 3**, c'est au début du mois de janvier 2020, environ trois semaines avant la découverte du premier cas de COVID-19 au Canada, qu'on a communiqué les données sur la COVID-19 au sein

Figure 2a : Premiers cas de COVID-19* annoncés par les provinces et les territoires canadiens

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



* Pour chaque province et territoire, le premier cas de COVID-19 désigne une personne qui a reçu un résultat positif au test de dépistage au niveau provincial ou territorial, mais dont le résultat n'avait pas encore été confirmé par le Laboratoire national de microbiologie à Winnipeg (Manitoba) (il s'agissait de l'exigence initiale avant que les provinces et les territoires commencent à acquérir la capacité d'effectuer des tests de façon indépendante). Le premier cas présumé en Ontario a été confirmé le 27 janvier 2020.

Figure 2b : Origine du premier cas de COVID-19 par province et par territoire

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

Province ou territoire (date du premier cas)	Origine
Ont. (25 janvier)	Un homme de Toronto dans la cinquantaine, qui était de retour de Wuhan, en Chine.
C.-B.(27 janvier)	Un homme de Vancouver dans la quarantaine, qui se rendait régulièrement en Chine pour travailler et avait séjourné dans la ville de Wuhan lors de son dernier voyage.
Qc (27 février)	Une femme de Montréal, qui était de retour d'Iran.*
Alb. (5 mars)	Une femme de Calgary dans la cinquantaine, qui revenait d'un séjour sur le paquebot de croisière Grand Princess.
N.-B. (11 mars)	Une femme dans la cinquantaine ou la soixantaine du sud-est de la province, qui était de retour de France.
Man. (12 mars)	Une femme de Winnipeg dans la quarantaine, qui était de retour des Philippines.
Sask. (12 mars)	Une personne dans la soixantaine, qui était de retour d'Égypte.*
T.-N.-L. (14 mars)	Une femme qui était de retour d'une croisière dans les Caraïbes.*
Î.-P.-É. (14 mars)	Une femme dans la cinquantaine de la région du comté de Queens, qui était de retour d'une croisière.
N.-É. (15 mars)	Trois cas relatifs à des voyages n'ayant pas de liens entre eux : • une femme dans la soixantaine du comté de Kings, qui était de retour d'Australie; • un homme dans la cinquantaine avancée de Halifax, qui avait assisté à une conférence en Californie; • un homme dans la trentaine d'Halifax, qui était de retour d'un voyage en Europe.
T.N.-O. (21 mars)	Une personne de Yellowknife qui s'était rendue en Colombie-Britannique et en Alberta.*
Yukon (22 mars)	Un couple de Whitehorse qui avait assisté à une conférence aux États-Unis.

* La province ou le territoire a publié des renseignements limités sur ce cas.

du Réseau. Le Réseau permet aux gouvernements provinciaux et territoriaux d'en apprendre sur les pratiques et politiques qui ont cours dans les autres États puis de les comparer avant de prendre des décisions fondées sur leurs besoins et leur situation.

2.2 Leçons tirées de la flambée épidémique du SRAS

En 2003, la flambée épidémique du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) en Ontario a contaminé plus de 400 Canadiens et causé 44 décès en quatre mois. Les cas de SRAS étaient majoritairement en Ontario et les décès ont tous été

Figure 3 : Principales activités d'échange d'information sur la COVID-19 en janvier 2020*

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

Date	Événement
3 et 8 janvier	Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario communique l'information sur l'éclosion en Chine et dans d'autres régions d'Asie par courriel aux 34 bureaux de santé publique de l'Ontario, en indiquant ce qui suit : • un groupe de cas de pneumonie virale qui n'ont pas encore été diagnostiqués fait l'objet d'une enquête à Wuhan, en Chine; • le gouvernement fédéral communique des renseignements supplémentaires à la province par l'entremise de l'Agence de la santé publique du Canada, qui est en contact avec l'Organisation mondiale de la Santé (un organisme des Nations Unies responsable de la santé publique à l'échelle internationale).
9 janvier	L'Organisation mondiale de la Santé publie une déclaration sur un groupe de cas de pneumonie à Wuhan, en Chine.
10 janvier	Le médecin hygiéniste en chef adjointe de l'Ontario publie une note à l'intention des partenaires du système de santé qui contient une définition de cas de COVID-19 et qui avise les partenaires que les cas de COVID-19 doivent désormais être déclarés aux responsables de la sécurité publique.
28 janvier	Le Réseau pancanadien de santé publique met sur pied un comité consultatif spécial chargé de conseiller la Conférence des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé sur la coordination, les politiques de santé publique et le contenu technique liés à la COVID-19. Le comité discute de la coordination de la préparation et de l'intervention dans l'ensemble du système de santé du Canada.
30 janvier	L'Organisation mondiale de la Santé annonce que la pandémie de COVID-19 constitue une urgence de santé publique de portée internationale.

* Information partagée par des organisations, des comités et des particuliers partout au Canada et en Ontario.

constatés à Toronto. Comparativement à la flambée épidémique du SRAS, la pandémie de COVID-19 s'est révélée nettement plus désastreuse en Ontario : en huit mois, à savoir de la mi-mars 2020 au 1er novembre 2020, il y a eu plus de 70 000 cas et plus de 3 000 décès s'y rapportant.

Comme en témoigne l'expérience vécue en Ontario relativement au SRAS, il faut être prêt à faire face aux flambées épidémiques généralisées. Au cours des années qui ont suivi la flambée épidémique du SRAS, le gouvernement provincial a commandé plusieurs rapports pour passer en revue les suites données en Ontario et étudier celles-ci. Ces rapports ont permis non seulement de discerner des leçons utiles, mais de fournir des recommandations et des principes servant à améliorer le système de santé publique et à rehausser l'état de préparation aux futures flambées épidémiques de maladies infectieuses et les suites données à celles-ci. Voici les rapports fondamentaux à ce chapitre :

- *Rapport préliminaire du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses*, par le Dr David Walker (paru en décembre 2003);
- *Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario*, par le Dr David Walker (paru en avril 2004);
- *Premier rapport provisoire de la Commission sur le SRAS*, par le juge Archie Campbell (paru en avril 2004);
- *Second rapport provisoire de la Commission sur le SRAS*, par le juge Archie Campbell (paru en avril 2005);
- *Rapport final de la Commission sur le SRAS*, par le juge Archie Campbell (paru en décembre 2006).

L'**Annexe 2** présente le sommaire des recommandations pertinentes tirées des rapports fondamentaux relatifs au SRAS. Compte tenu de ces

recommandations, le gouvernement de l'Ontario a instauré plusieurs changements, dont :

- la création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, désormais appelée Santé publique Ontario (voir la **Section 4.1.4**);
- le pouvoir conféré au médecin hygiéniste en chef d'émettre des directives, destinées notamment aux fournisseurs de soins de santé et aux entités de soins de santé (voir la **Section 4.2.2**);
- la capacité donnée au médecin hygiéniste en chef d'enquêter et de prendre des mesures en cas de risque pour la santé par l'exercice des pouvoirs propres à un conseil de santé ou à un médecin hygiéniste (voir la **Section 4.2.2**).

2.3 Rôles et responsabilités des protagonistes clés

En Ontario, le ministère de la Santé (ci-après le Ministère) est chargé d'administrer le système de soins de santé de la province. En vertu du décret 1157/2009, on l'a désigné responsable de la santé humaine, des maladies et des épidémies, ainsi que des services de santé en situation d'urgence. Le Ministère est donc le principal responsable désigné des mesures et des interventions, avant et tout au long de la déclaration provinciale de l'état d'urgence causé par la COVID-19.

Au sein du Ministère, la Direction de la gestion des situations d'urgence pour le système de santé (DGSUSS) est chargée de rendre service au Ministère et au secteur de la santé dans les suites données aux situations d'urgence. La DGSUSS (jusqu'au 31 août 2020) relevait du médecin hygiéniste en chef (qui, à titre de sous-ministre adjoint, relève du sous-ministre de la Santé) et prodiguait des conseils sur des questions de santé publique au secteur de la santé et au gouvernement provincial (voir la **Figure 4**).

Bien que le ministère de la Santé soit le responsable, l'état de préparation aux pandémies et la lutte contre celles-ci exigent une entreprise intergouvernementale et paraprovinciale, à laquelle prennent part de nombreuses personnes et organisations, y compris sans s'y limiter :

- d'autres ministères provinciaux (comme le ministère des Soins de longue durée et le ministère du Solliciteur général);
- les organismes de santé provinciaux (comme Santé publique Ontario et Santé Ontario);
- le gouvernement fédéral et les municipalités;
- les bureaux de santé publique locaux;
- les organismes de soins de santé et les fournisseurs de services (comme les hôpitaux, les fournisseurs de soins primaires et les laboratoires).

L'**Annexe 3** présente le sommaire des protagonistes clés qui s'y investissent. Ce sont le premier ministre et le Conseil des ministres qui assument le pouvoir décisionnel ultime (y compris les modifications législatives et l'approbation de nouveaux fonds).

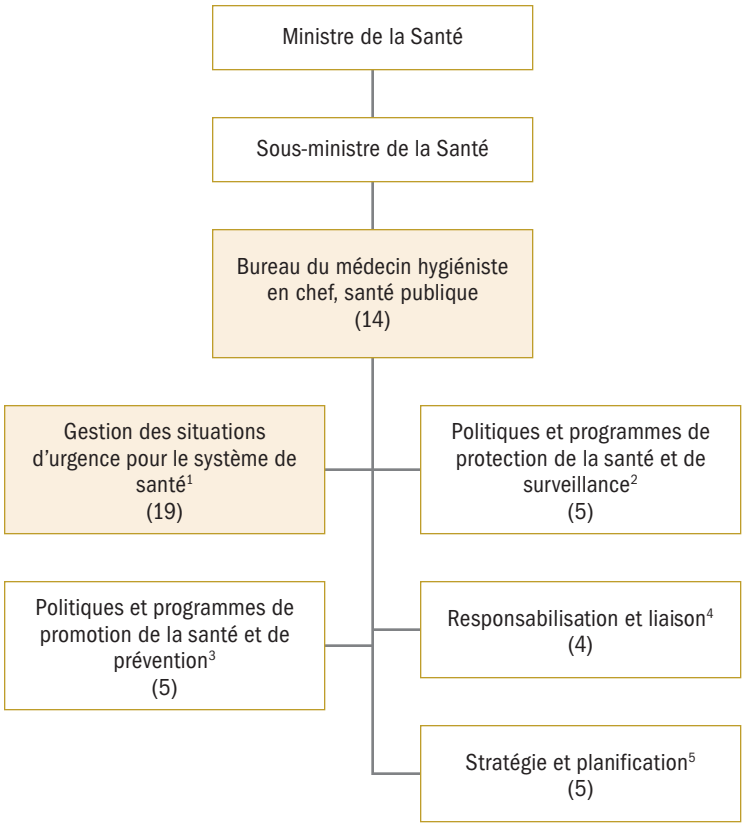
2.4 Plans d'intervention et pouvoirs en cas d'urgence sanitaire

Pour se préparer aux urgences dans le secteur de la santé, le Ministère a mis en place des plans d'intervention en cas d'urgence, dont la dernière actualisation date de plus de sept ans, en mai 2013 (voir la **Section 4.7.1**). Dans ces plans, on décrit les façons par lesquelles le Ministère dirige ou appuie l'intervention en cas d'urgence par la coordination et l'orientation du système de santé, de même que les façons par lesquelles il détermine les éléments déclencheurs qui permettront d'activer les plans (voir la **Figure 5**). Le 27 janvier 2020, le Ministère a activé l'intention des plans pour donner suite aux préoccupations croissantes suscitées par la COVID-19.

Plusieurs pouvoirs et outils variés permettent à diverses parties prenantes d'imposer des mesures et des restrictions en matière de santé publique aux Ontariens, y compris aux visiteurs

Figure 4 : Divisions et directions du ministère de la Santé responsables des urgences dans le secteur de la santé, au 31 août 2020

Source des données : Ministère de la Santé



Division/direction responsable des situations d'urgence dans le secteur de la santé

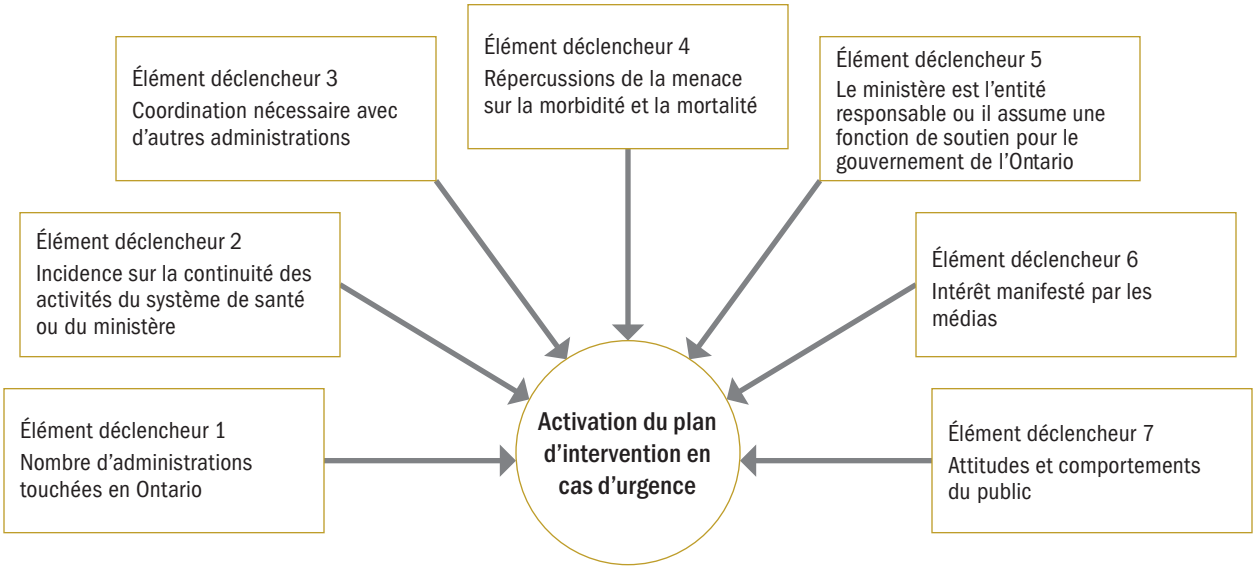
(#) Le chiffre entre parenthèses indique le nombre d'employés de la division/direction

Notes : Le 31 août 2020, le ministère de la Santé a réorganisé les divisions et directions responsables des situations d'urgence dans le secteur de la santé. Voir la figure 9 pour la structure organisationnelle mise à jour.

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

Figure 5 : Éléments déclencheurs à prendre en compte pour l'activation du plan d'intervention en cas d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée*

Source des données : Ministère de la Santé



Note : Tous ces éléments déclencheurs sont pertinents dans le cas de la pandémie de COVID-19.
* La dernière mise à jour du plan remonte à mai 2013, lorsque le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée formaient un seul ministère.

et aux organismes en activité dans la province. Concrètement :

- Le premier ministre et le Conseil des ministres peuvent émettre des ordonnances d'urgence afin d'imposer des règles aux organismes en activité en Ontario, dont les entreprises, ainsi qu'à la population en général.
- Le médecin hygiéniste en chef peut émettre des directives à l'intention des fournisseurs de soins de santé, des entités de soins de santé, des conseils de santé et des médecins hygiénistes locaux en Ontario pour imposer des mesures de prévention des infections et de lutte contre celles-ci ou voir à la cohérence et à la coordination dans la démarche adoptée par le milieu de la santé publique.
- Le ministère de la Santé et d'autres parties prenantes (y compris des médecins hygiénistes locaux) peuvent également formuler des orientations, lesquelles sont facultatives et dont la mise en application s'appuie sur le discernement des personnes.
- Les médecins hygiénistes locaux peuvent émettre des ordonnances destinées à des Ontariens ou à des entreprises qui se situent dans leur secteur de compétence en santé publique afin d'agir ou de s'abstenir d'agir conformément à l'ordonnance à l'égard d'une maladie transmissible.

L'**Annexe 4** permet de comparer les pouvoirs que peuvent exercer les diverses parties prenantes pour imposer des mesures et des restrictions en matière de santé publique pendant la pandémie de COVID-19.

2.5 Motifs de publication du présent rapport spécial

Bien que ses résultats par habitant soient plus reluisants que ceux obtenus par de nombreux États américains et certains pays européens, l'Ontario est l'un des États les plus touchés par la pandémie de COVID-19 au Canada. Comparativement aux autres provinces et territoires, en date du 31 août 2020, c'est en Ontario qu'il y avait le troisième nombre de

cas en importance par tranche de 100 000 habitants (voir la **Figure 6a**) et le deuxième nombre de décès en importance par tranche de 100 000 habitants (voir la **Figure 6b**). L'**Annexe 5** permet de comparer les groupes, de même que les cas et les décès relatifs à la COVID-19 par province et territoire, en date du 31 août 2020.

La pandémie de COVID-19 a comporté des retombées sur la vie des Ontariens. Tous les gouvernements provinciaux ou territoriaux au Canada ont eu à surmonter des difficultés propres à eux (aidés en cela par le gouvernement fédéral), mais le gouvernement de l'Ontario a dû faire face à des épreuves considérables et exceptionnelles découlant de la décentralisation de ses systèmes de santé publique et de santé, et il compose depuis longtemps avec des problèmes déjà relevés dans les rapports d'audit du Bureau, notamment celui de 2017 intitulé Préparation et gestion en cas d'éclosion. On trouve également en Ontario des caractéristiques démographiques exceptionnelles, dont un nombre appréciable d'immigrants, une forte densité démographique et des enjeux considérables liés à la pauvreté (notamment dans le Sud de l'Ontario). De tels facteurs exacerbent le risque de transmission communautaire de la COVID-19. La transmission communautaire a eu lieu, caractérisé par un nombre substantiel de cas de COVID-19 à Ottawa, dans la région de Peel et à Toronto, et elle continuera de poser un risque important à l'avenir. À la lumière de ces épreuves, il est essentiel de compter sur une structure de commandement claire, dotée d'un solide leadership en santé publique, et où les rôles et responsabilités des parties prenantes sont bien définis et compris. Telle est la condition indispensable à un processus décisionnel rapide, opportun et performant. Elle est d'autant plus impérative, compte tenu de la vitesse de propagation de la première et de la deuxième vague de la pandémie et de l'éventualité de vagues subséquentes. Le présent rapport a pour objet d'informer pour permettre d'interpréter ce qui s'est passé à l'échelle provinciale en ce qui touche la planification sanitaire face à la flambée épidémique de la pandémie et la prise de décisions en lien avec la COVID-19, de façon à rehausser l'état de préparation et la prise de décisions ayant trait à la COVID-19 en Ontario à l'avenir.

Dans le présent rapport, les éléments suivants sont exposés :

Figure 6a : Nombre de cas de COVID-19 pour 100 000 résidents, par province et par territoire, au 31 août 2020.

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

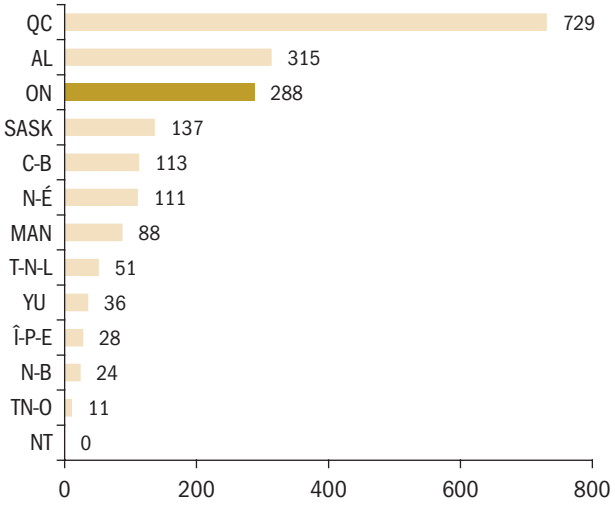
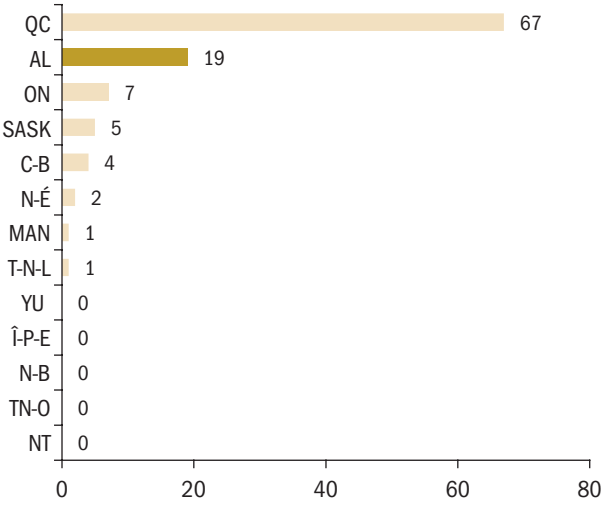


Figure 6b : Nombre de décès attribuables à la COVID-19 pour 100 000 résidents, par province et par territoire, au 31 août 2020.

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



Note : Les chiffres sont arrondis au nombre entier le plus proche. En conséquence, certaines provinces et certains territoires identifiés comme n'ayant aucun décès pour 100 000 résidents ont enregistré des décès attribuables à la COVID-19

- la structure et le processus de planification et de prise de décisions du gouvernement de l'Ontario tout au long de la pandémie de COVID-19;
- les faiblesses de cette structure et de ce processus ayant occasionné une détérioration de la performance de la première intervention du gouvernement de l'Ontario face à la COVID-19;
- les changements qui demeurent nécessaires pour corriger ces faiblesses en prévision d'éventuelles vagues constantes de COVID-19 et de futures pandémies.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

L'audit mené par le Bureau avait pour objectif de déterminer si le ministère de la Santé (ci-après le Ministère), de concert avec ses partenaires du secteur des soins de santé, avait mis en place des consignes et des systèmes performants pour :

- déceler la pandémie de COVID-19 et y donner suite rapidement et de façon structurée, en phase avec les lois applicables et les pratiques exemplaires internationales;
- discerner, analyser et instaurer les leçons apprises en vue d'une amélioration constante;
- mesurer et déclarer à temps les résultats et la performance des activités du gouvernement provincial relativement à la préparation face à la pandémie et à la lutte contre celle-ci.

Dans la planification de ses travaux, le Bureau a déterminé les critères d'audit (voir l'**Annexe 6**) auxquels recourir pour atteindre son objectif d'audit. Ces critères reposent notamment sur un examen des lois, des politiques et des consignes applicables, des études internes et externes, et des pratiques exemplaires. Les cadres supérieurs du Ministère ont passé en revue les objectifs du Bureau et leurs critères connexes, après quoi ils ont convenu de leur pertinence.

Les travaux du Bureau sur la préparation face à la pandémie de COVID-19 et la lutte contre celle-ci portent sur six domaines clés (voir la **Figure 1**), lesquels seront exposés dans une série de rapports.

Le point de mire du présent rapport se rapporte aux activités de planification et de prise de décisions du gouvernement provincial de janvier 2020 (mois où on a confirmé en Ontario le premier cas de COVID-19 au Canada) à août 2020. L'audit effectué par le Bureau s'est déroulé de mai 2020 à septembre 2020. Le Bureau a obtenu une déclaration écrite de la direction du Ministère selon laquelle, au 13 novembre 2020, elle avait fourni au Bureau toute l'information dont elle disposait et qui pourrait influer passablement sur les constatations ou la conclusion du rapport.

Les travaux d'audit du Bureau ont porté d'abord sur la Division des services de santé d'urgence du Ministère et le Bureau du médecin hygiéniste en chef, puis sur Santé Ontario et Santé publique Ontario. Dans le cadre de ses travaux d'audit, le Bureau :

- a examiné le Plan d'intervention en cas d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe ainsi que les politiques et consignes connexes;
- a parlé aux cadres supérieurs du Ministère et de Santé Ontario, après quoi il a examiné leur correspondance et leurs dossiers pour comprendre les mesures adoptées et les décisions prises;
- s'est entretenu avec des cadres supérieurs de Santé publique Ontario, après quoi il a examiné leur correspondance et leurs dossiers pour comprendre les conseils qu'ils ont prodigué au Ministère.

Afin de comprendre l'objet, le fonctionnement et les dossiers du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, créé dans le but d'appuyer le processus décisionnel du Ministère et du gouvernement relativement à la COVID-19, le Bureau s'est entretenu avec le président du Groupe (le sous-ministre de la Santé). Il s'est également

entretenu avec des membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé afin de concevoir les expériences qu'ils ont vécues au sein du Groupe et de discerner les aspects à améliorer. Il a passé en revue les documents présentés au Groupe de commandement pour le secteur de la santé. Toutefois, la portée de l'audit du Bureau s'est révélée limitée à cet égard. Le 29 juillet 2020, le Bureau a demandé au Ministère de lui transmettre les communications et les recommandations que le Groupe de commandement pour le secteur de la santé a formulées au Conseil des ministres et au Groupe central de coordination. Le Bureau a effectué un suivi quant à cette demande à huit reprises entre la première demande et le début du mois de novembre 2020, sans toutefois obtenir l'information s'y rapportant.

Les parties prenantes clés auxquelles le Bureau a parlé dans le cadre de l'audit sont répertoriées à l'**Annexe 7**. Parmi celles-ci, il y avait des médecins hygiénistes, des cadres supérieurs et des membres du personnel de 10 bureaux de santé publique (sur 34; ces 10 bureaux comptaient pour plus de 75 % des cas de COVID-19 en Ontario, en date du 31 août 2020), le médecin hygiéniste provincial et des cadres supérieurs du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, des cadres supérieurs des Services de santé de l'Alberta, des spécialistes et des fournisseurs de soins de santé de première ligne dans les hôpitaux de l'Ontario ainsi que des groupes de parties prenantes du secteur de la santé de l'Ontario.

Pour approfondir sa conception des épreuves auxquelles font face les autres régions, le Bureau a également mené un sondage auprès des 34 bureaux de santé publique et reçu des réponses de 28 médecins hygiénistes locaux, ce qui a donné un taux de réponse de 82 %.

Le Bureau a retenu les services du Dr David Walker, qui a présidé le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario puis le Comité d›experts sur l›éclosion de la maladie des Légionnaires dans la ville de Toronto, en tant que conseiller indépendant pour obtenir de l'aide dans les travaux à exécuter.

Le Bureau a mené ses travaux et présenté les résultats de son examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe publiées par le Conseil des normes d'audit et d'assurance des Comptables professionnels agréés du Canada (CPA Canada). Il lui a fallu également obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des consignes documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des critères législatifs et réglementaires applicables.

Le Bureau s'est conformé aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie de l'Institut des comptables agréés de l'Ontario, lesquelles sont fondées sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Le gouvernement de l'Ontario a créé et tient à jour une structure complexe d'intervention comportant de nombreux participants; ce ne sont pas des spécialistes de la santé publique qui en assurent la direction

Le premier ministre de l'Ontario et son Conseil des ministres sont responsables en définitive des décisions prises dans l'intervention face à la COVID-19 (comme les dépenses consacrées à de

nouvelles initiatives de lutte contre la pandémie de COVID-19), mais ils ont bénéficié de l'appui et des conseils du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, créé et dirigé par le ministère de la Santé (ci-après le Ministère). La **Figure 7** donne un aperçu de la structure d'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la COVID-19. La structure du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, à la fois vaste et complexe, englobait 90 participants (33 membres et 57 invités) en juin 2020 et 83 participants (32 membres et 51 invités) au 31 août 2020 (voir l'**Annexe 8**), de même que 25 sous-groupes (voir l'**Annexe 9**) composés de plus de 400 participants. Cette structure est d'autant plus compliquée qu'il s'y trouve d'autres groupes, dont le Groupe central de coordination (voir l'**Annexe 10**) et cinq comités directeurs régionaux (voir la **Figure 8**).

Qui plus est, malgré la mise sur pied du Groupe de commandement pour le secteur de la santé afin de donner suite à une pandémie en santé publique, celui-ci n'est pas dirigé par des spécialistes de la santé publique (comme le médecin hygiéniste en chef et des cadres supérieurs de Santé publique Ontario) et la majorité de ses membres ne sont pas spécialisés en santé publique.

4.1.1 Le Groupe de commandement pour le secteur de la santé a pris de l'ampleur et s'est complexifié au fil du temps

Le 28 février 2020, le Ministère a créé le Groupe de commandement pour le secteur de la santé pour appuyer le processus décisionnel relatif à la COVID-19. Par la création du Groupe, il s'agissait de prodiguer des conseils stratégiques et des recommandations à la ministre de la Santé sur les moyens par lesquels contrer la pandémie de COVID-19. Au moment où le Groupe de commandement pour le secteur de la santé a été créé, le Ministère savait qu'il y avait 13 cas de COVID-19 au Canada, dont cinq en Ontario.

Conformément à son mandat (exposé à l'occasion de la première réunion du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, le 28 février 2020), le Groupe de commandement pour le secteur de la santé dans sa version d'origine n'était pas doté d'une structure complexe. Concrètement :

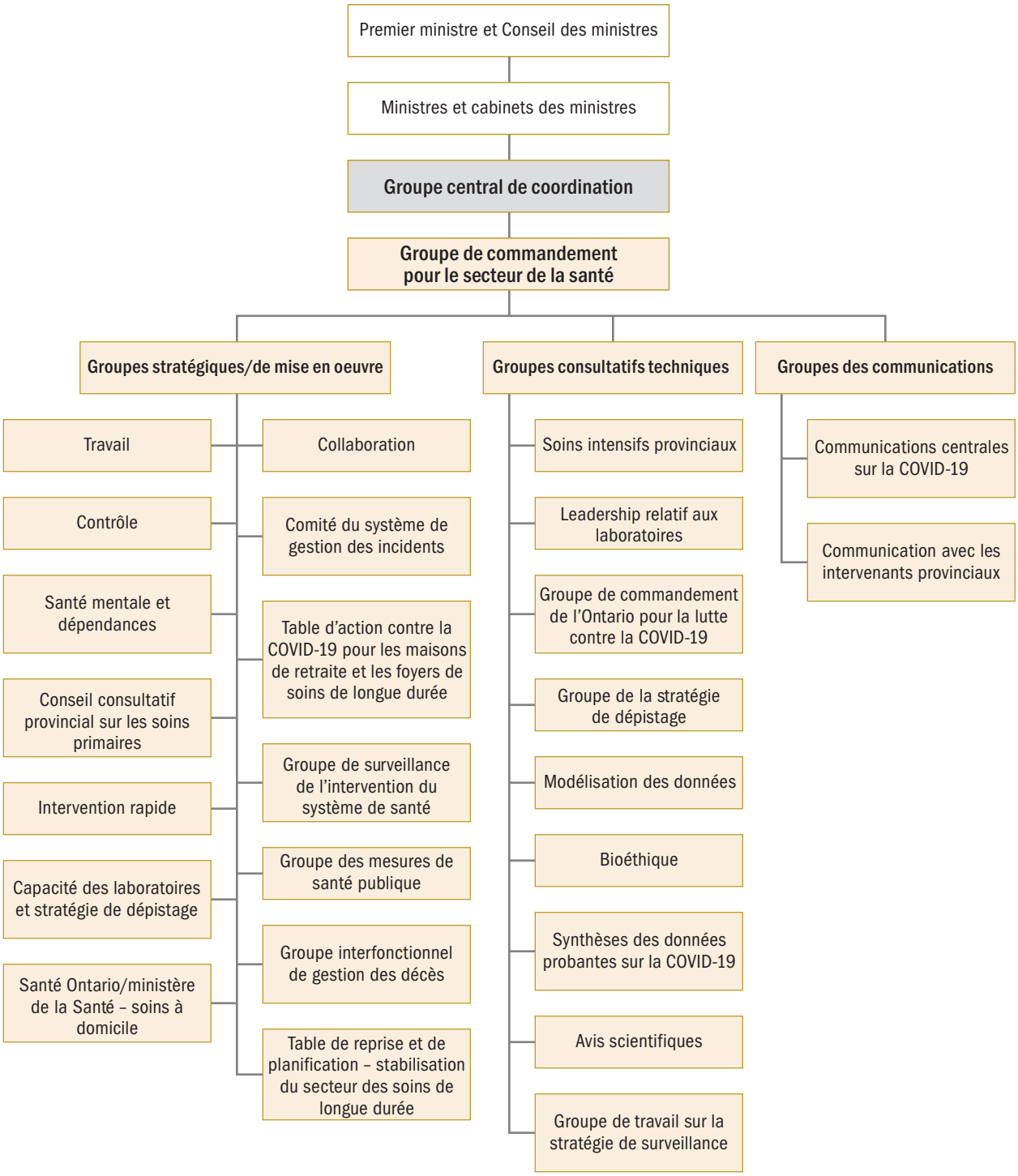
- C'est la sous-ministre de la Santé qui en assurait la présidence et il comportait 20 cadres supérieurs issus d'organismes de santé de l'Ontario, dont le président-directeur général de Santé Ontario et un vice-président de Santé publique Ontario. L'**Annexe 8** énumère les membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé; le nom des 21 membres qui le composaient à l'origine le 28 février 2020 (y compris la présidente) est marqué d'un astérisque.
- Il n'y avait pas de sous-groupes.

Cette structure d'origine a pris considérablement de l'ampleur et s'est complexifiée, assortie de nombreux participants et sous-groupes.

- Au 8 juin 2020, le Groupe comptait 90 participants, à savoir 33 membres et 57 invités, y compris les membres du personnel du Ministère et du Bureau du Conseil des ministres, ainsi qu'un gestionnaire du Ministère en tant que membre du personnel de soutien, qui étaient conviés aux réunions par téléconférence pour écouter la discussion sur l'intervention sanitaire du gouvernement de l'Ontario relativement à la COVID-19.
- Au 31 août 2020, il comptait 83 participants, à savoir 32 membres et 51 invités. L'**Annexe 8** énumère les membres qu'on a ajoutés au Groupe de commandement pour le secteur de la santé ainsi que la date de leur ajout.
- Le nombre de sous-groupes s'est également accru pour se fixer à 25 groupes actifs; l'**Annexe 9** présente tous les sous-groupes et la date de leur création. L'ajout de ces participants a fait en sorte qu'au 31 août 2020, le Groupe de commandement pour le secteur de la santé comptait plus de 400 participants.

Figure 7 : Aperçu de la structure des mesures sanitaires de l'Ontario contre la COVID-19

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



Niveaux d'autorité les plus élevés.

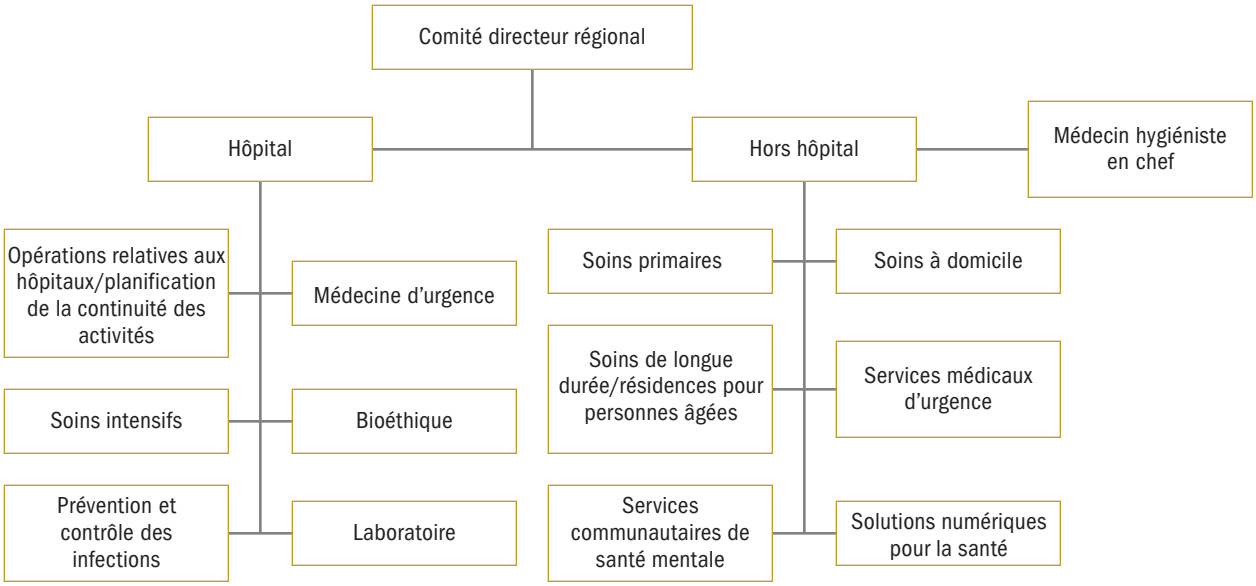
Groupe central de coordination (présidé par le secrétaire du Conseil des ministres et le chef de cabinet du premier ministre). L'annexe 10 présente la liste des membres du Groupe central de coordination.

Groupe de commandement pour le secteur de la santé et ses sous-groupes. L'**annexe 8** fournit une liste des membres et les dates auxquelles ils ont joint le Groupe de commandement pour le secteur de la santé. L'annexe 9 fournit une liste des sous-groupes et des dates auxquelles ils ont été créés.

Note : Le Groupe central de coordination ne dépend pas directement des ministres et de leurs cabinets. La structure est présentée de manière à illustrer la hiérarchie.

Figure 8 : Structure organisationnelle type d'un comité directeur régional

Source des données : Santé Ontario



Si, dans certains cas, l'ajout de spécialistes a permis de combler des lacunes, d'autres changements ont semblé se traduire par l'exécution des travaux en double et le gaspillage des ressources. À titre d'exemple, on a apporté au Groupe de commandement pour le secteur de la santé et à ses sous-groupes les changements suivants dans l'optique d'améliorer les décisions qui y sont prises (comme les conseils prodigués au Conseil des ministres) :

- Le 25 mars 2020, le coroner en chef pour l'Ontario s'est ajouté en tant que nouveau membre pour commenter les stratégies de transport et de manipulation des cadavres de personnes mortes de la COVID-19.
- Un sous-groupe sur la Stratégie des mesures de santé publique et un sous-groupe sur la modélisation des données ont été créés le 11 avril 2020 et le 26 mars 2020, respectivement, pour discuter de sujets pertinents (comme les difficultés et la pertinence ayant trait à la réouverture ou à la fermeture des espaces publics à l'échelle provinciale, et les suites données aux questions techniques sur les modèles de données dont se sert le gouvernement provincial dans la lutte contre la pandémie de COVID-19).

Le Ministère a informé le Bureau que le Groupe de commandement pour le secteur de la santé a pris de l'ampleur au fil du temps pour traiter les enjeux en évolution de la COVID-19. Toutefois, la prise d'une telle ampleur s'est traduite par le gaspillage des ressources et l'exécution des travaux en double. À titre d'exemple, au 31 août 2020 :

- Le coroner en chef de l'Ontario, déjà nommé en mai 2020 directeur de la démarche de dépistage de la COVID-19 en sus de ses fonctions normales, a également été nommé ultérieurement (une fois terminé son rôle dans le dépistage) coordonnateur de l'intervention provinciale face à la pandémie (au 26 août 2020). Le dépistage en laboratoire, quoique dirigé par le coroner en chef de l'Ontario, était également géré formellement par plusieurs sous-groupes à la fois. Parmi ceux-ci, il y avait notamment le Comité de direction des laboratoires, mené par le président-directeur général de Santé Ontario, et le Comité de la stratégie

de dépistage, coprésidé par la chef de la microbiologie et des sciences de laboratoire et spécialiste des maladies infectieuses à Santé publique Ontario. Par surcroît, il y avait également un forum sur la stratégie et la mise en oeuvre du dépistage, lequel a servi à rassembler les parties prenantes clés pour discuter des composantes du dépistage.

- Les sous-groupes du Groupe de commandement pour le secteur de la santé comptaient des mandats similaires, y compris un mandat similaire à celui du Groupe de commandement pour le secteur de la santé même, ce qui occasionne l'exécution des travaux en double et le gaspillage des ressources par plusieurs groupes à la fois qui tiennent les mêmes discussions. À titre d'exemple :
- Le mandat du Groupe de commandement pour le secteur de la santé consiste à [*traduction*] « fournir un leadership exécutif et une orientation stratégique pour diriger l'intervention du système de santé de l'Ontario face à la COVID-19 ». Ce mandat s'apparente à celui du sous-groupe de surveillance de l'intervention du système de santé, lequel consiste à [*traduction*] « diriger la gestion et la coordination opérationnelles de l'intervention du système de santé face à la pandémie de COVID-19 », de même qu'à celui du sous-groupe de la collaboration, lequel consiste à [*traduction*] « fournir des conseils et une orientation stratégiques pour diriger l'intervention du système de santé de l'Ontario face à la COVID-19 ».
- Le sous-groupe des sciences et celui des données jouent des rôles semblables. Tous deux s'investissent dans la synthèse de données scientifiques et la collecte de l'apport du milieu scientifique afin de fournir en temps voulu au Groupe de commandement pour le secteur de la santé des données pertinentes qui lui permettront de prodiguer des conseils.

Compte tenu de sa structure complexifiée à outrance qui fait intervenir de nombreux participants, la communication n'a pas été performante au sein du Groupe de commandement pour le secteur de la santé : de fait, toutes les réunions ont eu lieu par téléconférence jusqu'à la mi-juillet. Or, étant donné le nombre considérable de participants à celles-ci, les téléconférences ne constituaient pas un médium propice aux discussions (voir la **Section 4.5.1**).

4.1.2 Le Groupe de commandement pour le secteur de la santé consiste en un comité consultatif ou une tribune d'échange d'information qui, au bout du compte, ne détient pas de pouvoir décisionnel

Le terme « commandement » dans l'appellation « Groupe de commandement pour le secteur de la santé » est trompeur, car ce groupe prodigue des conseils sans pour autant commander l'intervention complète du gouvernement provincial face à la pandémie de COVID-19. Ce travail est effectué par le premier ministre et le Conseil des ministres, dont fait partie le ministre de la Santé, à qui le Groupe de commandement pour le secteur de la santé prodigue des conseils. C'est donc dire que le Groupe de commandement pour le secteur de la santé sert de comité consultatif auprès des décideurs, mais qu'elle ne prend pas elle-même toutes les décisions (y compris en ce qui touche exactement les ordonnances d'urgence qu'il convient d'émettre pour donner suite à la pandémie de COVID-19).

Lorsque le Groupe de commandement pour le secteur de la santé s'est réuni pour la première fois le 28 février 2020, le sous-ministre de la Santé a présenté les conseils du Groupe directement au secrétaire du Conseil des ministres, puis le ministère de la Santé a transmis ses recommandations directement au secrétaire du Conseil des ministres. Le secrétaire du Conseil des ministres a présenté cette information au Conseil des ministres dans le cadre du processus interne de présentation au Conseil des ministres; selon ce

que le Ministère a dit au Bureau, le déroulement de ce processus s'est fait en mode accéléré pour répondre aux besoins, étant donné l'urgence de la pandémie. Durant les mois de mars et d'avril, on a créé divers sous-groupes qui relevaient du Groupe de commandement pour le secteur de la santé à propos d'une gamme de stratégies visant à accroître la capacité dans les hôpitaux, la capacité de dépistage de la COVID-19 en laboratoire de même que et la capacité de Télésanté Ontario.

Le 25 mars 2020, le secrétaire du Conseil des ministres a confié au cabinet d'experts-conseils McKinsey & Company la prestation de conseils quant à la conception de la structure organisationnelle qui allait servir dans le processus décisionnel relatif à la COVID-19. Le 11 avril 2020, on a mis sur pied le Groupe central de coordination et, dans un premier temps, le cabinet McKinsey & Company a exposé ses recommandations quant à la structure du groupe le 14 avril 2020.

Entre sa création le 11 avril 2020 jusqu'au 6 juillet 2020, le Groupe central de coordination s'est réuni cinq jours par semaine; depuis le 6 juillet 2020, il s'est réuni trois jours par semaine. L'**Annexe 10** présente la liste de ses membres. Concrètement :

- Il est coprésidé par le secrétaire du Conseil des ministres ainsi que le chef de cabinet du premier ministre.
- Il comprend le sous-ministre de la Santé et les sous-ministres de huit autres ministères.
- Les principaux responsables de la santé publique, comme le médecin hygiéniste en chef ou les principaux représentants de Santé publique Ontario, ne font pas partie de ses membres permanents (bien qu'ils aient été invités à assister à des réunions).
- Il contribue à la coordination d'une démarche intégrée dans l'intervention, sanitaire ou autre, du gouvernement de l'Ontario face à la COVID-19.
- Il a mis sur pied des sous-groupes qui ne portaient qu'indirectement sur les enjeux de santé, dont le sous-groupe du personnel essentiel (axé sur la recension et le déploiement du personnel essentiel dans l'ensemble de la fonction publique et du secteur parapublic de l'Ontario), le sous-groupe de la sécurité publique et le sous-groupe stratégique de la chaîne d'approvisionnement et de la production intérieure.

4.1.3 Le médecin hygiéniste en chef n'assume pas un rôle de chef de file

Comme il est mentionné à la **Section 4.1.1**, le Groupe de commandement pour le secteur de la santé était présidé à l'origine par la sous-ministre de la Santé. Le Ministère a informé le Bureau que le 6 mars 2020, on a ajouté le président-directeur général de Santé Ontario et le médecin hygiéniste en chef à titre de « coprésidents fonctionnels » du Groupe de commandement pour le secteur de la santé. Toutefois, le médecin hygiéniste en chef n'y joue pas un rôle de chef de file. Concrètement, voici ce que le Bureau a constaté :

- On n'a jamais actualisé le mandat du Groupe de commandement pour le secteur de la santé afin d'officialiser le changement qui consiste en l'ajout du président-directeur général de Santé Ontario et du médecin hygiéniste en chef à titre de coprésidents. Le Bureau n'a constaté aucune différence perceptible dans le rôle et les responsabilités du médecin hygiéniste en chef relativement au Groupe de commandement pour le secteur de la santé, une fois le changement établi.
- De fait, certains membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé ont informé le Bureau qu'ils ne savaient pas que le médecin hygiéniste en chef était coprésident. Ils ont également informé le Bureau que le médecin hygiéniste en chef n'avait pas dirigé les réunions. En l'absence de la sous-ministre de la Santé, c'est le président-directeur général de Santé Ontario qui assumait cette responsabilité.

- Le médecin hygiéniste en chef n'a présidé aucune des sous-groupes du Groupe de commandement pour le secteur de la santé.
- C'est la sous-ministre de la Santé, plutôt que le médecin hygiéniste en chef, qui a participé en tant que membre du Groupe central de coordination (voir la **Section 4.1.2**) et qu'on a désigné dans la liste des membres du Groupe central de coordination comme responsable du Groupe de commandement pour le secteur de la santé.
- Contrairement à ses homologues des autres provinces, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario n'était pas le principal porte-parole de la lutte contre la COVID-19 auprès des médias. Certes, le médecin hygiéniste en chef a souvent pris part aux points de presse quotidiens en Ontario à propos de la COVID-19 et répondu à des questions, mais la plupart des mises à jour quotidiennes et des conférences de presse étaient dirigées par le premier ministre et faisaient intervenir d'autres conférenciers réguliers comme la ministre de la Santé, le ministre de l'Éducation et le médecin hygiéniste en chef adjoint.
- En août 2020, on a encore amoindri le rôle joué par le médecin hygiéniste en chef. Le 20 août 2020, la sous-ministre de la Santé a envoyé aux membres du personnel du Ministère une note de service dans laquelle il était indiqué que la Direction des services de santé d'urgence du Ministère, y compris le Centre des opérations d'urgence du Ministère (responsable de l'intervention face à la COVID-19 et de sa coordination en Ontario), était retirée du portefeuille du médecin hygiéniste en chef. On a transféré cette direction à un autre sous-ministre adjoint qui, à compter du 31 août 2020, serait responsable de la toute nouvelle Division de l'intervention contre la pandémie. La **Figure 9** montre la nouvelle division et les nouvelles directions qui, au ministère de la Santé, sont responsables des urgences dans le secteur de la santé.

La décision du gouvernement de l'Ontario de ne pas confier au médecin hygiéniste en chef le rôle principal dans son intervention contre la COVID-19 avait de quoi étonner, compte tenu des directives à ce sujet dans le Plan d'intervention en cas d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (de plus amples détails au sujet de ce plan figurent à la **Section 4.7**). Voici ce qui est précisé dans le Plan : « Un directeur des opérations d'urgence peut piloter l'intervention du MSSLD [ministère de la Santé et des Soins de longue durée] en cas d'urgence, surtout si le MSSLD est le ministère principal. C'est habituellement le médecin hygiéniste qui joue ce rôle pour les urgences qui relèvent des responsabilités assignées au MSSLD par décret (santé, maladies et épidémies de l'homme; situations d'urgence du système de santé touchant les bureaux de santé de l'Ontario). Le Ministère a informé le Bureau que le médecin hygiéniste en chef avait joué ce rôle, mais le Bureau n'a rien trouvé qui puisse confirmer cette affirmation.

4.1.4 Le rôle de Santé publique Ontario dans l'intervention contre la COVID-19 a diminué, malgré son savoir-faire et son importance

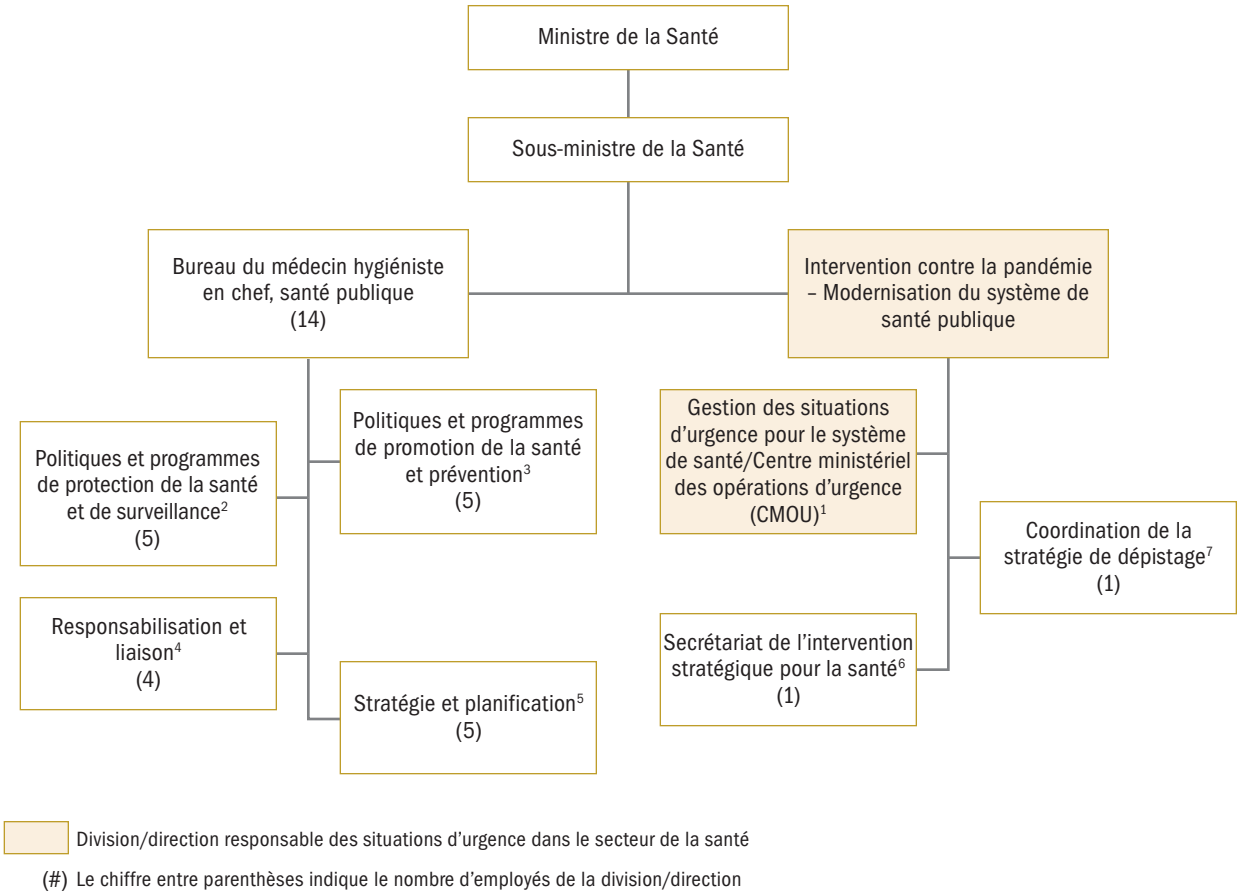
Bien qu'on ait créé Santé publique Ontario expressément après la crise du SRAS pour apporter un savoir-faire scientifique et technique en situation d'urgence sanitaire, le Ministère n'en a pas tiré pleinement parti durant la pandémie de la COVID-19.

L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, laquelle exerce ses activités sous le nom de Santé publique Ontario depuis 2011, a été créée en 2008 pour donner suite aux recommandations contenues dans les rapports suivants sur le SRAS (voir l'**Annexe 2**) :

- Dans le Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies

Figure 9 : Divisions et directions du ministère de la Santé responsables des urgences dans le secteur de la santé, au 31 août 2020

Source des données : Ministère de la Santé



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

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

infectieuses de l'Ontario paru en avril 2004, il est recommandé de créer un organisme de santé publique (ce qui a donné l'impulsion à la création de Santé publique Ontario) dans lequel l'orientation stratégique sera établie par le médecin hygiéniste en chef pendant que le leadership opérationnel et scientifique au quotidien sera assuré par un directeur général.

- Dans son Rapport final paru en décembre 2006, la Commission sur le SRAS recommande au gouvernement provincial de [*traduction*] « mener à bien le processus de redressement du système de santé publique, notamment par la création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé ».

L'une des responsabilités de Santé publique Ontario consiste à prodiguer des conseils scientifiques et techniques et à apporter un soutien opérationnel en situation d'urgence ou de flambée épidémique ayant des répercussions sanitaires. Cette responsabilité serait assumée à la demande du médecin hygiéniste en chef, qui siège au comité de planification stratégique de Santé publique Ontario et est à même d'assister aux réunions du conseil d'administration de Santé publique Ontario.

Santé publique Ontario est reconnue pour le rôle important qu'elle joue en Ontario relativement à la santé publique. À titre d'exemple, un groupe de spécialistes de la santé publique (composé de médecins hygiénistes provinciaux ou locaux, actuels ou anciens, et du directeur médico-scientifique des laboratoires de santé publique) provenant de partout au Canada a mené en 2018 un examen, dont l'objet consistait à évaluer si Santé publique Ontario s'acquittait de son mandat. Dans l'ensemble, le groupe de spécialistes en est venu à la conclusion suivante [*traduction*] :

> Santé publique Ontario assure la prestation de services de grande qualité à ses nombreux clients, et son travail comporte d'importantes retombées favorables au système de santé publique en Ontario et ailleurs, ainsi qu'à la santé de la population de la province. Il convient de féliciter les dirigeants et les membres du personnel de Santé publique Ontario, ainsi que ses partenaires et bailleurs de fonds, pour avoir mis sur pied une institution importante qui se révèle particulièrement bénéfique pour la santé de la population de l'Ontario et le système de santé auquel elle rend service.

Comme il est mentionné à l'**Annexe 3**, Santé publique Ontario a pris part à l'intervention du gouvernement provincial contre la COVID-19. Sa participation s'est rapportée au fonctionnement de sept laboratoires de santé publique où on procède au dépistage de la COVID-19, ainsi qu'à la prestation de données de surveillance, de conseils et d'un appui aux bureaux de santé publique en ce qui concerne la gestion des cas et la recherche des contacts des personnes diagnostiquées positives à la COVID-19. Santé publique Ontario compte deux représentants au sein du Groupe de commandement pour le secteur de la santé (sa directrice générale de la protection de la santé et sa directrice générale de la microbiologie), mais la plupart des 30 autres membres du Groupe ne sont pas des spécialistes de la santé publique.

Des membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé ont informé le Bureau que les discussions portent fréquemment sur les enjeux de santé publique, mais que l'apport des spécialistes de la santé publique (y compris Santé publique Ontario) n'est pas systématiquement sollicité. À titre d'exemple de décision prise sans demander l'avis des spécialistes de la santé, il y a eu le dépistage de la COVID-19 imposé à tous les visiteurs des foyers de soins de longue durée (voir la **Section 4.4.2**).

Plutôt que de chercher à obtenir de Santé publique Ontario des conseils en nombre accru, on a confié à Santé Ontario des activités dont Santé publique Ontario aurait pu assurer la direction. À titre d'exemple :

- Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (le Plan de lutte contre la pandémie, dont il est question à la **Section 4.7.1**) permet de définir les rôles et responsabilités des diverses parties prenantes dans l'éventualité d'une pandémie de grippe. Le rôle joué par Santé publique Ontario dans la direction et la communication de la stratégie provinciale de surveillance ainsi que l'analyse et l'interprétation des données provinciales de surveillance y est précisé. Bien que Santé publique Ontario ait supervisé la collecte et la déclaration de l'information sur les cas de COVID-19 et leur déclaration au Groupe de commandement pour le secteur de la santé et à la population, c'est Santé Ontario qui a regroupé et analysé les données de surveillance pour faire rapport sur les paramètres au Groupe de commandement pour le secteur de la santé, y compris les données de surveillance liées à d'autres secteurs du système de soins de santé, comme l'utilisation des lits d'hôpitaux et les délais d'exécution du dépistage en laboratoire.
- Dans le Plan de lutte contre la pandémie, il est également précisé que le rôle et les responsabilités de Santé publique Ontario comprennent la coordination et la prestation du dépistage de la grippe en laboratoire par le gouvernement provincial et que les laboratoires des hôpitaux doivent fournir à Santé publique Ontario les données relatives au dépistage. Santé publique Ontario a bel et bien procédé au dépistage de la COVID-19 en laboratoire, mais c'est Santé Ontario qui en a assuré la coordination. Tous les laboratoires où il y avait dépistage de la COVID-19 (c.-à-d. les laboratoires de Santé publique Ontario, des hôpitaux et communautaires) devaient également fournir à Santé Ontario les données s'y rapportant. De plus, comme il est mentionné à la **Section 4.1.1**, le coroner en chef de l'Ontario a été désigné directeur de la démarche de dépistage de la COVID-19.

Pareille situation est imputable en partie aux contraintes de Santé publique Ontario en matière de ressources, de telle sorte que Santé Ontario a dû assumer ces rôles supplémentaires.

Les conseils de Santé publique Ontario, organisme responsable de la prestation de conseils scientifiques et techniques, se révèlent utiles lorsque des urgences de santé publique sont rendues publiques. Voilà qui peut rassurer la population : les décisions du Ministère et du gouvernement sont en phase avec les conseils reçus et on peut discerner nettement les cas où ces conseils ne sont pas suivis.

Il se peut que le financement de Santé publique Ontario ait influé sur son rôle dans l'intervention du gouvernement de l'Ontario contre la COVID-19. Depuis 2013-2014, le financement de Santé publique Ontario en lien avec ses activités de base (environ 148 millions de dollars) est demeuré inchangé. Dans le document *Plan d'activités annuel de 2018-2018 à 2019-2020*, Santé publique Ontario y va d'une mise en garde contre l' « insuffisance du financement durable pour continuer de réaliser [son] mandat, y compris [sa] capacité de réagir de façon complète aux menaces émergentes pour la santé publique ». Malgré cela, le Ministère n'a pas majoré le financement qu'il consent à Santé publique Ontario. Le **Chapitre 3 – Dépistage en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts** donne de plus amples précisions à propos des conséquences de ce manque de financement sur Santé publique Ontario quant à l'intervention contre la COVID-19.

4.1.5 Ce ne sont pas des spécialistes de la santé publique qui dirigent la structure d'intervention régionale

Outre la structure d'intervention provinciale (y compris le Groupe de commandement pour le secteur de la santé, dont il est question à la **Section 4.1.1**, et le Groupe central de coordination, dont il est question à la **Section 4.1.2**), Santé Ontario a également

établi une structure d'intervention régionale. Elle se compose de cinq comités directeurs régionaux qui appuient l'intervention de Santé Ontario face à la pandémie de même que la participation du président-directeur général de Santé Ontario (Matthew Anderson) au Groupe de commandement pour le secteur de la santé. De plus, chacun des cinq comités directeurs régionaux met sur pied des sous-groupes chargés de diriger et de coordonner les ressources locales selon l'orientation donnée à l'échelle de l'Ontario et donne de la rétroaction pour éclairer le processus décisionnel provincial. Les comités directeurs régionaux se sont réunis du 1er au 3 mars 2020 et ont appuyé le président-directeur général de Santé Ontario à titre de coprésident fonctionnel du Groupe de commandement pour le secteur de la santé. La taille des comités directeurs régionaux varie, allant de 22 à 33 membres, et 137 personnes au total y étaient représentées au 31 août 2020 La **Figure 8** montre la structure organisationnelle type d'un comité directeur régional.

Bien que la pandémie de COVID-19 ait trait à la santé publique, ce ne sont pas essentiellement des personnes spécialisées en santé publique qui dirigent les comités directeurs régionaux. Au lieu de cela, chaque comité est habituellement codirigé par un responsable régional (au service de Santé Ontario) et un PDG d'hôpital de la région concernée.

Selon plusieurs médecins hygiénistes ayant répondu au sondage mené par le Bureau, le rôle joué par Santé Ontario dans ce processus pose problème. Ils ont souligné en particulier que le rôle de chef de file de Santé Ontario dans ces questions de santé publique prête à confusion, étant donné que Santé publique Ontario et le Bureau du médecin hygiéniste en chef sont plus expérimentés en matière de santé publique. Ces médecins hygiénistes ont indiqué que leur rôle de spécialiste de la santé publique était amoindri et qu'ils s'inquiétaient du fait que les besoins en santé publique étaient subordonnés à l'orientation et aux exigences de Santé Ontario. Un médecin hygiéniste a indiqué que sa pire épreuve au cours de la pandémie était de devoir travailler avec son comité directeur régional, notamment le fait de devoir composer avec des dirigeants de comité qui tentent de prendre des décisions à propos d'enjeux qu'ils ne connaissent pas, ce qui se révèle frustrant.

Santé Ontario a informé le Bureau que les hôpitaux codirigeaient les comités directeurs régionaux parce qu'ils s'attendaient à ce que la pandémie de COVID-19 ait de lourdes retombées sur les hôpitaux et à la nécessité d'en arriver rapidement à une capacité hospitalière accrue (ce qui ne s'était toutefois pas pleinement concrétisé au moment où le Bureau a effectué l'audit). Au fur et à mesure de l'évolution des suites données à la pandémie de COVID-19 en Ontario, les hôpitaux ont plutôt participé à l'établissement de centres d'évaluation pour procéder au dépistage de la COVID-19 chez les gens et acheminer les résultats du processus aux laboratoires, dont ceux des hôpitaux.

Le Bureau est d'avis que ce sont les spécialistes de la santé publique, plutôt que les hôpitaux, qui auraient dû jouer un rôle significatif dans la direction de la structure régionale d'intervention. Qui plus est, alors que les hôpitaux fournissaient des soins aux patients gravement atteints de la COVID-19, la plupart des patients étaient plutôt à la recherche de soins prodigués par d'autres professionnels de la santé. Au 31 août 2020, près de 90 % des personnes atteintes de la COVID-19 (37 530 des 42 421 personnes en Ontario chez qui la COVID-19 a été diagnostiquée) n'étaient pas hospitalisées pour autant.

4.1.6 En Colombie-Britannique, l'intervention face à la pandémie de COVID-19 a été rapide et dirigée par une équipe restreinte

La structure d'intervention du gouvernement de la Colombie-Britannique face à la pandémie de COVID-19 faisait intervenir un groupe de personnes plus restreint que celle du gouvernement de

l'Ontario. La médecin hygiéniste provinciale (dont le rôle dans la structure est semblable à celui du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario) a informé le Bureau que l'intervention du gouvernement de la Colombie-Britannique face à la COVID-19 tirait parti des structures en cours plutôt que d'entraîner la création d'une nouvelle structure complexe assortie de divers sous-groupes. La structure d'intervention est documentée dans le BCPPP, où sont définis clairement les rôles et responsabilités des participants au gouvernement et dans le secteur de la santé. On l'a mise à jour en février 2020, en prévision de sa mise en application.

La structure d'intervention du système de santé était organisée par le HECC (centre de coordination des urgences sanitaires), lequel assume des rôles et responsabilités semblables à ceux qui relèvent du Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé de l'Ontario (voir la **Section 4.3.1**). Dans l'ensemble, la médecin hygiéniste provinciale de la Colombie-Britannique a informé le Bureau que le sous-ministre de la Santé et elle ont constamment dirigé l'intervention du gouvernement provincial face à la COVID-19.

Il semble que grâce à cette structure simplifiée, le gouvernement de la Colombie-Britannique a pu agir avec plus de rapidité et de résolution que celui de l'Ontario relativement à plusieurs cas tout au long de la pandémie. À titre d'exemple :

- Le 12 mars 2020, le gouvernement de la Colombie-Britannique a exhorté les résidents à éviter les voyages non essentiels, dont ceux à destination des États-Unis. Pendant ce temps, le gouvernement de l'Ontario a déclaré aux médias que la situation pourrait changer, mais que les familles qui souhaitaient voyager à l'étranger pour profiter de la semaine de relâche pouvaient le faire (voir la **Section 4.3.3**).
- Le 27 mars, le gouvernement de la Colombie-Britannique a émis une ordonnance provinciale de santé publique afin que les travailleurs dans les foyers de soins de longue durée ne soient affectés qu'à un seul établissement. Ce n'est que le 14 avril que le gouvernement de l'Ontario a emboîté le pas (voir la **Section 4.3.5**).
- Le 14 avril, le gouvernement de la Colombie-Britannique a émis une ordonnance provinciale de santé publique destinée aux employeurs chez qui sont logés les travailleurs étrangers temporaires, dont ceux qui travaillent à la ferme, pour imposer des mesures de santé publique, notamment la mise en quarantaine, en vue de résoudre de façon performante et en amont le risque lié aux conditions de logement de ces travailleurs dans les habitations collectives Le gouvernement de l'Ontario n'a rendu aucune ordonnance officielle de ce genre. Ce n'est que le 21 juin que le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a envoyé une note de service aux 34 médecins hygiénistes locaux, dans laquelle on recommandait fortement à chacun d'émettre des ordonnances locales. Il y avait alors déjà 16 flambées épidémiques aux fermes de l'Ontario, pendant qu'au moins 385 personnes étaient diagnostiquées positives à la COVID-19 (voir la **Section 4.2.2**).

RECOMMANDATION 1

Pour fonctionner à l'aide d'une structure décisionnelle simplifiée et tirée au clair qui permet de donner suite rapidement aux vagues subséquentes de la COVID-19 en Ontario, le Bureau recommande que le secrétaire du Conseil des ministres et le ministère de la Santé :

- rationalisent et actualisent la structure du Groupe de commandement pour le secteur de la santé et de ses sous-groupes afin de discerner et de maintenir en poste les membres et les spécialistes les plus essentiels et appropriés pour prodiguer des conseils au gouvernement;

- désignent le médecin hygiéniste en chef, appuyé par Santé publique Ontario et les Groupes des mesures de santé publique, comme coprésident du Groupe de commandement pour le secteur de la santé puis officialisent les responsabilités du médecin hygiéniste en chef en matière de leadership dans ce rôle;
- examinent le rôle joué par Santé publique Ontario dans le cadre de l'intervention contre la COVID-19 afin de déterminer les activités qui devraient relever de cet organisme (comme la direction de la surveillance provinciale de la santé publique, avec l'appui de Santé Ontario quant à la capacité du système de santé);
- modifient la *Loi de 2007 sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé* afin de déterminer dans quelles circonstances (comme au cours des urgences de santé publique) il faut rendre publics les conseils scientifiques et techniques de Santé publique Ontario;
- nomment des médecins hygiénistes locaux issus de bureaux de santé publique pour assumer la coprésidence des comités directeurs régionaux.

RÉACTION REGROUPÉE DU MINISTÈRE ET DU SECRÉTAIRE DU CONSEIL DES MINISTRES

Le Bureau du Conseil des ministres et les ministères reconnaissent la nécessité de continuer d'examiner et de mettre à jour les structures d'intervention afin de fournir en temps voulu des conseils factuels au gouvernement, pendant que la pandémie continue de sévir. L'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la pandémie, dont les structures conçues pour la soutenir, continue d'évoluer et de s'adapter en fonction des besoins changeants en Ontario. Notre intervention a tiré parti des conseils d'un cabinet d'experts-conseils à propos des pratiques exemplaires internationales.

Le Groupe de coordination pour le secteur de la santé, qui comprend Santé publique Ontario, prodigue des conseils au ministre de la Santé et au ministre des Soins de longue durée.

Désormais, le médecin hygiéniste en chef ou ses adjoints et délégataires participent régulièrement au Groupe central de coordination lorsque les points à l'ordre du jour nécessitent le savoir-faire du médecin hygiéniste en chef, et il en sera encore ainsi à l'avenir, tout comme en ce qui concerne les principaux représentants de Santé publique Ontario et de Santé Ontario.

4.2 Le médecin hygiéniste en chef n'a ni dirigé ni utilisé de façon indépendante les pleins pouvoirs dans le cadre de l'intervention contre la COVID-19

Le savoir-faire, la crédibilité et l'indépendance sont nécessaires au médecin hygiéniste en chef afin qu'il soit un protagoniste de premier ordre quant à la santé publique en Ontario. De plus, le médecin hygiéniste en chef doit être en mesure de recourir à son savoir-faire, sans l'ingérence du milieu politique, pour donner des directives et prendre des décisions qui protègent la population dont la santé est menacée. Bien que des changements aient été apportés au rôle du médecin hygiéniste en chef à la suite de la crise du SRAS, toutes les mesures recommandées n'ont pas été prises afin que le médecin hygiéniste en chef puisse oeuvrer de façon indépendante en situation d'urgence sanitaire. Ses pouvoirs soient discrétionnaires, mais le médecin hygiéniste en chef n'a pu les exercer pleinement dans le cadre de l'intervention contre la COVID-19 en Ontario : il n'a notamment pas émis de directives au nom des médecins hygiénistes locaux. Dans certains cas, ce sont le premier ministre et le Conseil des ministres qui ont ultérieurement

exécuté les mesures (comme l'obligation de porter un masque dans chaque bureau de santé publique).

4.2.1 Les recommandations visant à accroître l'indépendance du médecin hygiéniste en chef après la crise du SRAS n'ont pas été pleinement mises en oeuvre

Les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef sont définis dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (la Loi). En 2004, on a modifié cette loi pour légiférer sur l'indépendance du rôle du médecin hygiéniste en chef. Il s'agissait de suites données aux recommandations formulées dans des rapports clés faisant état des leçons tirées de la crise du SRAS en 2003. L'**Annexe 2** met en relief les recommandations relatives à l'indépendance du médecin hygiéniste en chef et l'état d'avancement de leur mise en oeuvre. La **Figure 10** souligne les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef, ainsi que ceux conférés au ministre de la Santé et aux médecins hygiénistes locaux en vertu de la Loi. L'**Annexe 11** présente les articles pertinents de la *Loi* relativement à ces pouvoirs.

La Commission sur le SRAS a recommandé, entre autres, que le médecin hygiéniste en chef conserve un poste de sous-ministre adjoint (relevant du sous-ministre de la Santé) afin de continuer de rendre compte au gouvernement à propos de la politique et de l'orientation générales en matière de santé publique et de l'utilisation des fonds publics. Toutefois, durant la flambée épidémique d'une maladie infectieuse, elle a également recommandé que le médecin hygiéniste en chef bénéficie d'une indépendance fonctionnelle par rapport au Ministère, ce qui signifie que le médecin hygiéniste en chef devrait être à même de prodiguer de façon indépendante ses propres

Figure 10 : Résumé des pouvoirs du médecin hygiéniste en chef, de la ministre de la Santé et des médecins hygiénistes locaux en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*

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

Pouvoir	Médecin hygiéniste en chef Santé	Ministre de la Santé	Médecins hygiénistes locaux
Émettre des directives à l'intention des fournisseurs de soins de santé lorsque : • il existe un risque immédiat pour la santé des personnes en Ontario.	77.7(1)*		
Émettre des ordres à l'intention des fournisseurs de soins de santé lorsque : • une maladie nouvelle ou émergente présente un risque immédiat pour la santé des Ontariens.		77.7(1)*	
Émettre des directives à l'intention des conseils de santé et des médecins hygiénistes lorsque : • il existe un risque immédiat d'événement de santé publique provincial, national ou international, de pandémie ou d'urgence ayant des répercussions sur la santé en Ontario; • des politiques ou des mesures sont nécessaires pour soutenir une réponse coordonnée aux situations ci-dessus.	77.9(1) 77.9(2)*		
Émettre des ordres lorsque : • une maladie transmissible existe ou peut exister; • une maladie transmissible présente un risque pour la santé des personnes dans le service de santé; • les exigences de l'ordre sont nécessaires pour réduire ou éliminer le risque pour la santé que présente la maladie transmissible.	77.1(2)		22(1) 22(2)*

L'**annexe 11** fournit des détails sur les articles pertinents de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

conseils que le Ministère devrait suivre. De plus, la Commission sur le SRAS a recommandé que les recommandations ministérielles formulées par le médecin hygiéniste en chef soient présentées par écrit et rendues publiques.

Toutefois, dans les suites données à la COVID-19, on n'a pas suivi toutes les recommandations découlant des leçons tirées du SRAS. À titre d'exemple :

- Le médecin hygiéniste en chef n'a pas joué un rôle de chef de file au sein du Groupe de commandement pour le secteur de la santé (bien qu'on l'ait désigné « coprésident fonctionnel », il n'a assumé aucun rôle ni responsabilité supplémentaire en lien avec ce titre). Au lieu de cela, c'est la sous-ministre de la Santé qu'on a désigné comme responsable de ce groupe (voir la **Section 4.1.3**).
- Le médecin hygiéniste en chef n'était pas membre permanent du Groupe central de coordination (voir la **Section 4.1.2**).
- Les conseils prodigués par le médecin hygiéniste en chef au Groupe de commandement pour le secteur de la santé n'ont pas tous été rendus publics.

Comme il est indiqué à la **Figure 11**, le médecin hygiéniste en chef a bel et bien émis cinq directives à divers fournisseurs de soins de santé et entités de soins de santé (qui supervisent les fournisseurs de soins de santé), mais le Bureau a constaté que les décisions d'émettre ces directives n'étaient pas prises de façon indépendante. Le médecin hygiéniste en chef a confirmé qu'il bénéficie en toute indépendance du pouvoir d'émettre des directives, mais qu'il a consulté des parties prenantes, dont le sous-ministre de la Santé et le Groupe de commandement pour le secteur de la santé, avant de procéder.

4.2.2 Le médecin hygiéniste en chef n'a pas recouru à tous les pouvoirs à sa disposition pendant l'intervention provinciale contre la COVID-19

Le médecin hygiéniste en chef n'a pas recouru aux pleins pouvoirs dont il dispose en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (ci-après la Loi) pour diriger l'intervention contre la COVID-19 en Ontario. De nombreux médecins hygiénistes locaux ont indiqué que cela aurait eu pour effet d'améliorer l'intervention contre la COVID-19 en Ontario. De plus, en vertu de cette loi, les médecins hygiénistes locaux peuvent « [...] au moyen d'un ordre écrit, exiger d'une personne qu'elle prenne ou s'abstienne de prendre les mesures qui y sont précisées à l'égard d'une maladie transmissible ». Il faut exercer un tel pouvoir pour donner suite à un besoin local dans les cas où une ordonnance provinciale ne serait ni appropriée ni pertinente aux secteurs de compétence. La **Figure 10** et l'**Annexe 11** présentent de plus amples précisions sur les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef et des médecins hygiénistes locaux.

Au cours de la dernière décennie, les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef d'émettre des directives ont été élargis pour inclure ce qui suit :

- **Le pouvoir de faire rapport directement à l'Assemblée législative ou à la population :** Depuis 2004, en vertu de la loi, le médecin-hygiéniste en chef assume la responsabilité de faire rapport annuellement à l'Assemblée législative et le pouvoir de faire rapport à d'autres Ontariens, si besoin est. Autrement dit, le médecin hygiéniste en chef peut s'adresser directement à la population de l'Ontario et agir au mieux des intérêts en santé et sécurité publiques.
- **Le pouvoir d'agir au nom des médecins hygiénistes :** Depuis 2004, en vertu de la Loi, le médecin hygiéniste en chef a le pouvoir d'exercer, n'importe où en Ontario, l'un ou l'autre des pouvoirs propres à un conseil de santé ou à un médecin hygiéniste, afin

Figure 11 : Directives émises par le médecin hygiéniste en chef en vertu de l'article 77.7 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*

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

No de la directive	Date d'émission initiale*	Destinataires	Sujet	Principales instructions de la directive initiale
1	12 mars 2020	Fournisseurs de soins de santé et entités de soins de santé	Utilisation d'équipement de protection individuelle (EPI) pour les soins aux patients dont l'infection par la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée COVID-19	Des précautions contre la transmission par contact et par gouttelettes doivent être prises pour les soins de routine. Des précautions contre la transmission par voie aérienne doivent être prises lorsque des interventions médicales générant des aérosols sont planifiées ou anticipées.
2	19 mars 2020	Fournisseurs de soins de santé	Cessation ou réduction à des niveaux minimaux de tous les services non essentiels et non urgents	Tous les services non essentiels et non urgents doivent être interrompus. Des exceptions peuvent être autorisées dans les situations où le facteur temps entre en jeu afin d'éviter ou de prévenir des résultats négatifs pour les patients ou les situations qui auraient une incidence directe sur la sécurité des patients. Des directives ont été fournies aux cliniciens pour déterminer ce qui constitue un service essentiel.
3	22 mars 2020	Foyers de soins de longue durée*	Précautions et procédures pour les résidents des foyers de soins de longue durée*	Les résidents ne devraient pas être autorisés à quitter la résidence. Dans la mesure du possible, les employeurs devraient collaborer avec les employés pour limiter le nombre de lieux différents où ceux-ci exécutent leurs tâches.
4	24 mars 2020	Services d'ambulance et auxiliaires médicaux	Utilisation d'EPI pour les soins aux patients dont l'infection par la COVID-19 est soupçonnée ou confirmée	Des masques chirurgicaux doivent être utilisés pour les patients dont on soupçonne qu'ils sont atteints de la COVID-19. Si l'on s'attend à ce qu'un patient dont on soupçonne qu'il est atteint de la COVID-19 nécessite une intervention médicale générant des aérosols (IMGA), les auxiliaires médicaux doivent changer leur masque pour un respirateur N95 résistant aux fluides. Selon une évaluation des risques au point de service, il peut être approprié d'utiliser des respirateurs N95 dans des situations autres qu'une infection par la COVID-19.
5	30 mars 2020	Hôpitaux	Précautions et procédures pour les hôpitaux	Une évaluation des risques au point de service est requise avant chaque interaction avec les patients. Les hôpitaux doivent fournir aux travailleurs un accès aux mesures de contrôle de la santé et de la sécurité appropriées, y compris un respirateur N95. Les hôpitaux ne doivent pas refuser sans motif raisonnable l'EPI approprié à leur personnel, y compris les respirateurs N95, au besoin. Les hôpitaux doivent évaluer en permanence la disponibilité d'EPI et explorer toutes les façons de maintenir un approvisionnement suffisant.

Note : Des révisions ont été apportées aux directives après la date d'émission initiale.

* Les directives relatives aux foyers de soins de longue durée sont abordées dans un chapitre distinct de la série de rapports d'audit relatifs à la COVID-19 préparés par notre Bureau (**chapitre 5**).

d'enquêter ou d'agir s'il le juge nécessaire en vue de prévenir, d'éliminer ou de réduire un risque à la santé des particuliers. Autrement dit, le médecin hygiéniste en chef est en mesure d'émettre une ordonnance écrite qui exige d'une personne ou d'une entreprise qu'elle prenne ou s'abstienne de prendre les mesures qui y sont précisées à l'égard d'une maladie transmissible.

- **Le pouvoir d'émettre des directives destinées aux fournisseurs de soins de santé et aux entités de soins de santé :** Depuis 2007, en vertu de la Loi, le médecin hygiéniste en chef a le pouvoir d'émettre des directives obligatoires que les fournisseurs de soins de santé et les entités de soins de santé doivent observer. Il s'en est servi en 2015 pour émettre quatre directives destinées aux fournisseurs de soins de santé et aux entités de soins de santé pour donner suite à l'Ebola, un virus qui s'est propagé à partir de l'Afrique de l'Ouest.
- **Le pouvoir d'émettre des directives destinées aux médecins hygiénistes locaux :** En 2011, après la flambée épidémique du virus H1N1 en 2009, on a modifié la Loi a été modifiée pour permettre au médecin hygiéniste en chef d'émettre des directives destinées aux conseils de santé et aux médecins hygiénistes des bureaux locaux de santé publique « les obligeant à adopter ou à mettre en oeuvre des politiques ou des mesures concernant les questions » comme « les maladies infectieuses, les risques pour la santé et la préparation aux situations d'urgence en santé publique » si le médecin hygiéniste estime ce qui suit :
  - il est survenu un événement de santé publique de portée provinciale, nationale ou internationale ou il s'est déclarée une pandémie ou une situation d'urgence ayant des répercussions sur la santé quelque part en Ontario, ou il existe un risque immédiat qu'un tel événement y survienne ou qu'une telle pandémie ou situation s'y déclare;
  - les politiques ou les mesures sont nécessaires pour appuyer une intervention coordonnée aux cas ou protéger autrement la santé de personnes.

Bien que le pouvoir de promulguer des directives destinées aux conseils de santé et aux médecins hygiénistes, ou pour le compte des médecins hygiénistes, soit demeuré en place en 2020, au moment où le Bureau a effectué son audit, le médecin hygiéniste en chef ne l'avait pas exercé dans l'intervention face à la pandémie de COVID-19.

Le médecin hygiéniste en chef a le pouvoir discrétionnaire de déterminer quand et comment utiliser son pouvoir d'émettre des directives ou d'agir au nom des médecins hygiénistes locaux. Le médecin hygiéniste en chef a informé le Bureau qu'il n'était pas nécessaire d'émettre des directives destinées aux médecins hygiénistes locaux durant la pandémie parce qu'il estimait que chacun des médecins hygiénistes locaux mettraient en application des mesures appropriées à leur région respective. De plus, il a indiqué qu'il n'estimait pas que son rôle consistait à contraindre les médecins hygiénistes locaux à émettre les ordonnances écrites qu'ils ont le pouvoir d'émettre en vertu de la Loi.

Au lieu des directives provinciales, les médecins hygiénistes locaux peuvent émettre leurs propres ordonnances applicables aux personnes et aux organismes qui exercent leurs activités dans la région en question. Toutefois, il se peut que certaines mesures soient davantage appropriées à l'ensemble de la province, voire à plusieurs régions à la fois au sein de la province. À titre d'exemple, il arrive fréquemment que les gens se déplacent dans plusieurs régions sanitaires au cours d'une même journée, ce qui donne à penser qu'il y a lieu d'harmoniser les ordonnances dans ces régions. Pareille situation se reflète également dans les conseils fournis par le sous-groupe des mesures de santé publique au médecin hygiéniste

en chef [traduction] : « Les déplacements des gens aux fins de leurs activités, dont le travail, sont considérables; le lieu de contraction ne correspond pas au lieu de résidence », et « la mise en application à une échelle provinciale ou géographique élargie témoigne d'une démarche qui privilégie la santé de la population ».

S'ils ne recevaient pas d'autres directives du gouvernement provincial, chacun des 34 bureaux de santé publique devait prendre des décisions de façon indépendante, ce qui s'est traduit par diverses interventions et mesures partout en Ontario. Les médecins hygiénistes locaux ont dit au Bureau que le médecin hygiéniste en chef aurait pu utiliser son pouvoir pour émettre des directives à l'échelle de la province afin d'assurer la cohérence dans les suites données à la COVID-19 en Ontario, notamment en ce qui concerne l'exigence de porter un masque et les précautions à l'égard des travailleurs étrangers temporaires à la ferme.

Absence de cohérence dans le message et les exigences du gouvernement provincial relativement au port du masque avant octobre 2020

Les 34 bureaux de santé publique, sinon les municipalités où ils se trouvent, ont émis des ordonnances ou des règlements municipaux pour exiger des habitants des régions en question qu'ils portent le masque dans les espaces publics intérieurs (dans un cas – la municipalité où se trouve le bureau de santé publique de Lambton – la municipalité a émis des règlements municipaux touchant seulement certains secteurs de la région).

Cependant, non seulement les ordonnances ont été rendues à des périodes variables (allant du 26 juin au 17 août), mais elles différaient passablement en ce qui touche les exigences liées à l'âge et à l'endroit, ainsi que les dispenses pour des motifs religieux. À titre d'exemple :

- Le Bureau de santé publique de Toronto exigeait le port du masque chez les enfants de plus de deux ans, tandis que le Bureau de santé de Middlesex-London l'exigeait chez les personnes de plus de 12 ans.
- Chaque bureau de santé publique ou municipalité comporte son propre répertoire de lieux où le port du masque fait l'objet d'une obligation ou d'une dispense.

La **Figure 12** présente les différences entre les ordonnances quant au port du masque dans chaque bureau de santé publique. De telles variations régionales peuvent prêter à confusion chez les personnes qui se déplacent ou effectuent des voyages vers différentes régions sanitaires publiques. Le médecin hygiéniste en chef a bel et bien émis des directives aux travailleurs de la santé, dont ceux dans les hôpitaux, les ambulances et les foyers de soins de longue durée, au sein de plusieurs des directives (voir la **Figure 11**), mais il n'a pas émis de directives touchant la population en général.

Des 28 médecins hygiénistes qui ont répondu au sondage mené par le Bureau, environ 68 % (19) ont indiqué que le médecin hygiéniste en chef aurait dû émettre une directive concernant les protocoles communautaires quant au port du masque afin que le message diffusé partout en Ontario soit cohérent. Les médecins hygiénistes locaux ont indiqué qu'en l'absence d'une telle directive du gouvernement provincial, ils consacraient beaucoup de temps et de ressources à la mise au point de leurs propres ordonnances. Le port du couvre-visage dans les espaces intérieurs publics est devenu obligatoire le 3 octobre partout en Ontario, mais cette obligation découle d'une modification à l'ordonnance d'urgence relative à la COVID-19 plutôt que d'une directive du médecin hygiéniste en chef.

Le Bureau a constaté qu'au Canada, il n'y avait pas dans toutes les provinces une ordonnance promulguée par l'État relativement au port du masque. La **Figure 13** révèle le statut de telles ordonnances au Canada.

Figure 12 : Ordres donnés par les bureaux de santé publique, les administrations municipales et la province de l'Ontario concernant le port obligatoire du masque dans les espaces publics intérieurs partout en Ontario

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

Autorité	Ordre donné en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*	Ordre donné en vertu de règlements administratifs municipaux	Date d'entrée en vigueur en 2020	Exigences relatives à l'âge
Ville de London		✓	21 juillet	Âge supérieur à 12 ans
Bureau de santé de Middlesex-London	✓		21 juillet	Âge supérieur à 12 ans
Municipalité de North Middlesex		✓	22 juillet	Âge supérieur à 12 ans
Municipalité de Strathroy Caradoc		✓	20 juillet	Âge supérieur à 12 ans
Comté de Haldimand		✓	27 juillet	Âge supérieur à 10 ans
Municipalité de Chatham-Kent		✓	14 août	Âge supérieur à 9 ans
Comté de Brant		✓	20 juillet	Âge supérieur à 5 ans
Ville de Waterloo		✓	13 juillet	Âge supérieur à 5 ans
Comté de Lambton[1]		✓	31 juillet	Âge supérieur à 5 ans
Conseil régional de Niagara		✓	31 juillet	Âge supérieur à 5 ans
Comté de Prince Edward		✓	10 juillet	Âge supérieur à 2 ans
Santé publique de la région de York	✓		17 juillet	Âge supérieur à 5 ans
Région de Halton		✓	22 juillet	Âge supérieur à 5 ans
Département de santé de la région de Durham	✓		10 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	✓		7 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Circonscription sanitaire de Grey Bruce	✓		17 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Circonscription sanitaire du district de Haliburton-Kawartha-Pine Ridge	✓		17 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Santé publique de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington	✓		27 juin	Âge supérieur à 2 ans[2]
Circonscription sanitaire du district de North Bay Parry Sound	✓		24 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Circonscription sanitaire du Nord-Ouest	✓		17 août	Âge supérieur à 2 ans[2]
Santé publique de Peterborough	✓		1er août	Âge supérieur à 2 ans[2]
Circonscription sanitaire de Porcupine	✓		23 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Santé publique Sudbury et districts	✓		17 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Bureau de santé du comté de Renfrew et du district	✓		14 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka	✓		13 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Santé publique du Sud-Ouest	✓		30 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Circonscription sanitaire de Thunder Bay et du district	✓		24 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Circonscription sanitaire de Timiskaming	✓		24 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]
Santé publique de Wellington-Dufferin-Guelph	✓		17 juillet	Âge supérieur à 2 ans[2]

Autorité	Ordre donné en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*	Ordre donné en vertu de règlements administratifs municipaux	Date d'entrée en vigueur en 2020	Exigences relatives à l'âge
Santé publique d'Algoma	✓		17 juillet	Âge supérieur à 2 ans[3]
Ville de Brampton		✓	10 juillet	Âge supérieur à 2 ans[3]
Ville de Hamilton		✓	20 juillet	Âge supérieur à 2 ans[3]
Ville d'Ottawa		✓	15 juillet	Âge supérieur à 2 ans[3]
Comté de Norfolk		✓	24 juillet	Âge supérieur à 2 ans[3]
Ville de Caledon		✓	10 juillet	Âge supérieur à 2 ans[3]
Ville de Mississauga		✓	10 juillet	Âge supérieur à 2 ans
Ville de Toronto		✓	7 juillet	Âge supérieur à 2 ans
Santé publique de Huron Perth	✓		17 juillet	Âge supérieur à 2 ans
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark	✓		7 juillet	Âge supérieur à 2 ans
Circonscription sanitaire du comté de Windsor-Essex	✓		26 juin	Âge supérieur à 2 ans
Province de l'Ontario[4]			3 octobre	Âge supérieur à 2 ans

Notes : Voir l'**annexe 4** pour connaître les différences entre les ordres donnés en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et ceux donnés en vertu d'un règlement municipal.

1. Ne s'applique qu'à Sarnia, à la Ville de Petrolia de Lambton Shores et au village de Point Edward.
2. Tout enfant de moins de 5 ans (âge chronologique ou développemental) qui refuse de porter un couvre-visage et qui ne peut être convaincu de le faire par son fournisseur de soins est également exempté.
3. Tout enfant de moins de 5 ans qui refuse de porter un couvre-visage et qui ne peut être convaincu de le faire par son fournisseur de soins est également exempté.
4. Mis en oeuvre dans le cadre d'une modification au Règlement de l'Ontario 364/20 (Règles pour les régions à l'étape 3) en vertu de la Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19).

Aucune ordonnance du gouvernement provincial ne permettait de protéger les travailleurs étrangers à la ferme

Le 14 avril 2020, le médecin hygiéniste provincial de la Colombie-Britannique a émis une ordonnance aux voyageurs et aux employeurs, dont ceux qui hébergeaient des travailleurs étrangers temporaires, y compris les travailleurs à la ferme. Aux termes de cette ordonnance, les employeurs étaient tenus de concevoir un protocole de sécurité lié à la COVID-19 et de voir à ce que les travailleurs aient été en auto-isolement pendant 14 jours, qu'ils soient logés dans des conditions hygiéniques adéquates et qu'ils reçoivent des soins médicaux. De son côté, le gouvernement de l'Ontario n'a jamais émis de directives à cet égard, même après la première flambée épidémique à la ferme, relatée le 27 avril.

Les bureaux de santé publique de l'Ontario ont eu recours à diverses méthodes pour lutter contre le risque présenté par la COVID-19 dans les habitations collectives à la ferme. Ils ont ou bien promulgué des ordonnances obligatoires destinées aux fermes dans leur région, ou bien émis des directives, ou bien communiqué directement avec les agriculteurs pour discuter des conditions auxquelles ces derniers faisaient face. La **Figure 14** montre les différences entre les ordonnances promulguées ou les directives émises par les bureaux de santé publique à l'intention des travailleurs étrangers à la ferme

Le médecin hygiéniste en chef a bel et bien envoyé une note de service le 21 juin aux bureaux de santé publique, mais il s'en tenait à [traduction] « recommander fortement aux médecins hygiénistes d'exercer leur pouvoir en

Figure 13 : Ordres provinciaux ou territoriaux concernant le port du masque au Canada, au 31 octobre 2020

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

Province ou territoire	Ordre concernant le port obligatoire du masque en place pour l'ensemble de la province ou du territoire?	Date de mise en oeuvre
Alb.	Non	—[1]
C.-B.	Non	S.O.
Man.	Non	—[2]
N.-B.	Oui	9 octobre 2020
T.-N.-L.	Oui	24 août 2020
T.N.-O.	Non	—
N.-É.	Oui	31 juil. 2020
Nunavut	Non	—
Ontario	Oui	3 oct. 20203
Î.-P.-É.	Non	—
Québec	Oui	18 juill. 2020
Sask.	Non	—
Yukon	Non	—

Notes : Depuis le 1er novembre 2020, des changements ont été apportés aux directives et aux ordres provinciaux, territoriaux et municipaux relatifs au port du masque.

1. Les municipalités suivantes ont adopté des règlements pour rendre obligatoire le port du masque dans les espaces publics : Banff (depuis le 31 juillet), Beaumont (depuis le 14 août), Calgary (depuis le 1er août), Canmore (depuis le 7 août), Edmonton (depuis le 1er août), Première Nation de Fort McKay (depuis le 11 juillet), Fort Saskatchewan (depuis le 13 octobre), Jasper (depuis le 5 août), Lethbridge (depuis le 24 août), Leduc (depuis le 8 octobre), Okotoks (depuis le 26 octobre), municipalité régionale de Wood Buffalo (depuis le 26 octobre), Spruce Grove (depuis le 23 octobre), St. Albert (depuis le 8 août), Stony Plain (depuis le 27 octobre), comté de Strathcona (depuis le 5 octobre) et comté de Sturgeon (depuis le 20 août).
2. La ville de Winnipeg a adopté un règlement pour rendre obligatoire le port du masque dans les espaces publics à compter du 28 septembre 2020.
3. Des municipalités de l'Ontario avaient mis en place des règlements sur le port du masque avant l'entrée en vigueur de l'ordre provincial. Les dates d'entrée en vigueur sont présentées à la **figure 12**.

vertu de l'article 22 de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, à savoir émettre des ordres applicables à des catégories afin que les employeurs des travailleurs temporaires prennent des mesures pour réduire le risque de transmission du virus de la COVID-19 à la ferme ». Quoi qu'il en soit, le Bureau a constaté que la plupart des 34 bureaux de santé publique (62 %) n'ont pas observé cette recommandation. Seulement 13 bureaux (38 %) ont promulgué une ordonnance, tandis que 14 autres bureaux (41 %) n'ont émis que des directives (au sens de la loi, l'observation des directives n'est pas une obligation). Les sept bureaux de santé publique (21 % du total) qui n'ont ni promulgué d'ordonnance ni émis de directive ont dit au Bureau qu'il n'y avait pas, sinon peu, de fermes où étaient hébergés des travailleurs étrangers au sein de leur région.

En outre, les ordonnances et les directives des 27 bureaux de santé publique variaient. À titre d'exemple, sept des 13 bureaux de santé publique ont expressément mentionné que les travailleurs étrangers temporaires à la ferme ne devraient travailler qu'à un seul établissement.

Seulement cinq (18 %) des 28 médecins hygiénistes locaux qui ont répondu au sondage mené par le Bureau ont indiqué qu'ils souscrivaient à l'absence d'ordonnance du gouvernement provincial concernant les travailleurs étrangers à la ferme. Onze (39 %) des 28 médecins hygiénistes locaux ont indiqué qu'il aurait dû y avoir une ordonnance provinciale; 11 autres (39 %) étaient incertains; et un a déclaré que la question ne s'appliquait pas à sa situation.

Dès le 31 août, des flambées épidémiques à la ferme s'étaient produites dans sept bureaux de santé publique, ce qui s'est traduit par 1 335 cas de

Figure 14 : Ordres et directives donnés par les bureaux de santé publique aux exploitations agricoles et aux lieux d'hébergement collectif pour les travailleurs étrangers

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

Bureau de santé publique	Ordre donné en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé[1]	Directives émises[1]	Entrée en vigueur en 2020
Santé publique d'Algoma		✓	27 juillet
Circonscription sanitaire du comté de Brant	✓		24 juillet
Santé publique de Chatham-Kent	✓		24 juillet
Services de santé publique de la Ville de Hamilton		✓	Avril
Département de santé de la région de Durham	✓		4 juin
Circonscription sanitaire de l'Est de l'Ontario	✓		10 juillet
Circonscription sanitaire de Grey Bruce		✓	2 avril
Circonscription sanitaire de Haldimand-Norfolk	✓		24 mars
Circonscription sanitaire du district de Haliburton-Kawartha-Pine Ridge	✓		9 juillet
Santé publique de la région de Halton		✓*	–
Santé publique de Hastings Prince Edward	✓		3 juillet
Santé publique de Huron Perth	✓		30 juin
Santé publique de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington			–
Santé publique de Lambton		✓	3 avril
Circonscription sanitaire du district de Leeds, Grenville et Lanark		✓	17 juin
Bureau de santé de Middlesex-London		✓	1er avril
Santé publique de la région de Niagara	✓		–
Circonscription sanitaire du district de North Bay Parry Sound		✓	17 avril
Circonscription sanitaire du Nord-Ouest			–
Santé publique Ottawa		✓	6 avril
Santé publique de Peel		✓	9 avril
Santé publique de Peterborough		✓*	–
Circonscription sanitaire de Porcupine			–
Santé publique Sudbury et districts		✓	23 juin
Services de santé publique et d'urgence de la région de Waterloo	✓		29 juin
Bureau de santé du comté de Renfrew et du district		✓	4 juin
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka	✓		4 juin
Santé publique du Sud-Ouest	✓		8 juillet
Circonscription sanitaire de Thunder Bay et du district			–
Circonscription sanitaire de Timiskaming		✓	7 juillet
Bureau de santé publique de Toronto			–
Santé publique de Wellington-Dufferin-Guelph		✓	3 avril
Circonscription sanitaire du comté de Windsor-Essex	✓		13 juin
Santé publique de la région de York		✓	24 avril
Total	**13**	**16**	

Note : Consultez l'annexe 4 pour connaître les différences entre les ordres donnés en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé et les directives.

* Les bureaux de santé publique ont communiqué directement avec les exploitations agricoles pour déterminer les directives préexistantes qu'elles peuvent consulter ou répondre à des questions précises des exploitants agricoles.

COVID-19. Parmi les sept bureaux, à l'exception du Bureau de santé du comté de Windsor-Essex (qui a instauré sa propre directive), quatre (les bureaux de santé de Chatham-Kent, de Haldimand-Norfolk, de Niagara et Southwestern) ont émis une ordonnance, tandis que les deux autres (York et Middlesex-London) n'ont ni promulgué d'ordonnance ni émis de directive.

4.2.3 Les rôles et pouvoirs des agents de santé publique dans les autres États sont tirés au clair

En Colombie-Britannique et au Québec, il y a des agents de santé publique (appelés respectivement médecin hygiéniste provincial et directeur national de la santé publique) dont le rôle est semblable à celui du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario et qui travaillent selon un modèle semblable à celui de l'Ontario. Comme en Ontario, ils relèvent du ministère de la Santé de leur province respective et peuvent promulguer des ordonnances ou émettre des directives à d'autres parties prenantes. Le Bureau a cependant toutefois constaté d'importantes différences relativement à leur rôle de grand responsable de la santé publique dans leur province respective. La **Figure 15** met en comparaison les rôles et les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef (ou de son équivalent) en Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario.

La différence la plus significative réside dans la clarté des lois en Colombie-Britannique et au Québec en ce qui touche la capacité des agents de santé publique d'émettre des directives. En Ontario, aux termes de la loi, le médecin hygiéniste en chef peut émettre des directives directement aux fournisseurs de soins de santé, aux entités de soins de santé, aux conseils de santé ou aux médecins hygiénistes, mais pas à des parties non liées au secteur des soins de santé ni aux résidents de l'Ontario, à moins qu'il exerce son droit de recourir aux pouvoirs d'un médecin hygiéniste ou d'un conseil de santé pour intervenir face à un risque. Les médecins hygiénistes ont le droit

Figure 15 : Comparaison du rôle du médecin hygiéniste en chef (ou l'équivalent) en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec

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

Détails du rôle	Ont.	C.-B.	Qc
Titre du poste	Médecin hygiéniste en chef	Médecin hygiéniste provincial	Directeur national de santé publique
Lois habilitantes	*Loi sur la protection et la promotion de la santé*	*Loi sur la santé publique*	*Loi sur la santé publique*
Le titulaire du poste est-il explicitement désigné en tant que haut fonctionnaire de la santé publique?	Non	Oui	Non
Le titulaire peut-il agir au nom des médecins hygiénistes locaux ou orienter leurs actions?	Oui	Oui	Oui
À qui le titulaire donne-t-il des directives ou des ordres en cas d'urgence?	Fournisseurs de services de santé et conseils de santé*	Toute personne pour qu'elle prenne des mesures préventives	Toute personne pour qu'elle prenne des mesures préventives afin d'éliminer une menace, à moins qu'un ministère, une municipalité ou un organisme ait le même pouvoir et soit en mesure de l'exercer
Le titulaire relève-t-il de l'Assemblée législative?	Oui	Oui	Non

* Le médecin hygiéniste en chef peut agir à titre de médecin hygiéniste et donner un ordre à toute personne afin qu'elle prenne des mesures préventives.

d'émettre des ordonnances aux personnes de leur région afin qu'elles agissent ou s'abstiennent d'agir face à un risque de maladie transmissible. Ce processus est plus complexe que celui en Colombie-Britannique ou au Québec, où les agents de santé publique peuvent émettre des directives ou promulguer des ordonnances aux personnes, quelles qu'elles soient, afin qu'elles prennent ou s'abstiennent de prendre des mesures.

Autre différence importante : le pouvoir de déclarer une urgence de santé publique. Dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* en vigueur en Ontario, il n'y a aucun mécanisme permettant de déclarer une urgence de santé publique qui entraînerait des mesures d'urgence. Les pouvoirs d'émission de directives du médecin hygiéniste en chef et des médecins hygiénistes dont il est question ci-dessus peuvent être utilisés lorsque ces derniers décèlent un « risque pour la santé ». C'est le 17 mars 2020 qu'en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*, le lieutenant-gouverneur en conseil a déclaré que la pandémie de COVID-19 constituait une situation d'urgence, après quoi on a promulgué des ordonnances d'urgence en matière de santé sous forme de règlements aux termes de cette loi, en sus des directives émises par le médecin hygiéniste en chef. A contrario, en Colombie-Britannique et au Québec, en vertu des lois sur la santé publique, il faut déclarer une urgence de santé publique avant de pouvoir recourir aux pouvoirs d'urgence prévus dans ces lois.

- Le 17 mars 2020, en vertu de la loi sur la santé publique en vigueur en Colombie-Britannique, la médecin hygiéniste provinciale a déclaré que la pandémie de COVID-19 constituait une situation d'urgence, ce qui lui a permis de promulguer des ordonnances d'urgence. Le 18 mars 2020, le gouvernement de la Colombie-Britannique a également déclaré l'état d'urgence en vertu de la loi sur les programmes d'urgence en vigueur là-bas, ce qui lui a permis de prendre des règlements supplémentaires comme des mesures d'application de la loi en lien avec les rassemblements et les événements.
- Au Québec, c'est le 13 mars 2020 qu'on a déclaré une urgence de santé publique en vertu de la *Loi sur la santé publique*. Dès lors, la ministre et le directeur national de la santé publique ont pu recourir à leurs pouvoirs d'urgence. Les mesures d'urgence prévues par la *Loi sur la santé publique* du Québec visent une vaste gamme de secteurs, comme la capacité de fermer les écoles et les garderies et de limiter la taille des rassemblements à l'intérieur.

Le médecin hygiéniste provincial de la Colombie-Britannique, clairement habilité par la loi sur la santé publique et le plan de lutte contre la pandémie de grippe de la province pour assurer le leadership durant la pandémie de COVID-19, a émis de mars à août 2020 10 ordonnances au nom des médecins hygiénistes des cinq régies régionales de la santé (voir la **Figure 16**). Ces ordonnances se rapportaient à des mesures de santé publique, comme la limitation des déplacements du personnel des foyers de soins de longue durée d'un établissement à l'autre, ainsi que l'élaboration de protocoles pour les voyageurs qui sont de retour, les employeurs dont le personnel essentiel doit voyager et les employeurs qui fournissent des logements aux travailleurs étrangers. Comme il est indiqué à la **Figure 16**, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario n'a pas émis de directives sur des mesures obligatoires ayant trait à l'un ou l'autre de ces domaines; toutefois, dans une directive, il a demandé aux établissements de soins de longue durée d'oeuvrer à restreindre le nombre de lieux de travail du personnel, dans la mesure du possible.

De plus, en vertu des lois de la Colombie-Britannique, il est indiqué clairement que le rôle de l'agent de santé publique dans cette province consiste à être le grand responsable de la santé publique de la province. En Ontario, les lois ne stipulent pas la même chose au sujet du médecin hygiéniste en chef.

Figure 16 : Liste des directives et des ordres donnés par le médecin hygiéniste provincial de la Colombie-Britannique, au 31 août 2020

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

Ordre donné par le médecin hygiéniste provincial en Colombie-Britannique			Même directive ou ordre donné en Ontario?	
Date de diffusion en 2020	**Ordre**	**Description**	**Directive donnée par le médecin hygiéniste en chef**	**Décret pris par le lieutenant-gouverneur au nom du gouvernement**
26 mars	Collecte de renseignements auprès du personnel des établissements de soins de longue durée afin d'affecter les employés à un lieu de travail dans un emplacement	Ordre obligeant les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux privés, les résidences avec services d'aide et les hôpitaux désignés à recueillir des renseignements personnels et liés au travail pour affecter le personnel travaillant dans les établissements. Les décisions en matière de dotation seront soutenues par un dialogue continu et la résolution de problèmes entre le médecin hygiéniste provincial, le ministère de la Santé, la Health Employers Association of British Columbia (HEABC), les associations syndicales et les syndicats représentant les employés d'employeurs non liés à la HEABC. Dans la plupart des cas, les employés ne pourront travailler qu'à un seul endroit.		
27 mars	Ordres visant à empêcher les employés de travailler dans plus d'un foyer de soins de longue durée	Ordres qui obligent les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux privés à limiter les mouvements de personnel entre établissements, en s'assurant que les employés travaillent dans un seul établissement. Les foyers peuvent demander l'approbation du médecin hygiéniste pour permettre à un membre du personnel de travailler dans plus d'un établissement s'ils ne sont pas en mesure de disposer d'un effectif suffisant dans un établissement en raison des directives du médecin hygiéniste. Les foyers ne doivent pas mettre fin à l'emploi de membres de leur personnel ou les pénaliser de quelque autre manière que ce soit, et ils doivent préserver tous les avantages sociaux et avantages accessoires à l'égard des membres de leur personnel qui se conforment aux directives du médecin hygiéniste concernant l'endroit où ils doivent travailler.		✓[1] (14 avril 2020)
14 avril	Voyageurs et employeurs	Ordre visant tous les voyageurs, les employeurs qui hébergent des travailleurs étrangers temporaires et les employeurs de voyageurs qui sont des travailleurs essentiels, qui exige un isolement de 14 jours et d'autres protocoles après l'entrée en Colombie-Britannique.		
15 avril	Affectation du personnel des établissements de soins de longue durée	Ordre obligeant les conseils régionaux de santé et le secteur des soins de longue durée à créer des groupes de travail chargés d'affecter le personnel à un établissement de soins de longue durée et à d'autres lieux d'hébergement collectif pour veiller à ce que les employés, les bénévoles et les élèves ne soient placés que dans un seul établissement. Les médecins hygiénistes ordonneront l'affectation du personnel après avoir examiné les renseignements fournis par le groupe de travail.		✓

Ordre donné par le médecin hygiéniste provincial en Colombie-Britannique			Même directive ou ordre donné en Ontario?	
Date de diffusion en 2020	**Ordre**	**Description**	**Directive donnée par le médecin hygiéniste en chef**	**Décret pris par le lieutenant-gouverneur au nom du gouvernement**
16 avril	Services personnels	Ordre visant les exploitants d'établissements de services personnels et les personnes fournissant des services personnels, qui les oblige à cesser ou à suspendre les services.		
7 mai	Écouvillonnage par des infirmières auxiliaires autorisées	Ordre autorisant les infirmières auxiliaires autorisées à effectuer des écouvillonnages aux fins de la détection du CoV-2.		
14 mai	Plans de sécurité au travail	Ordre obligeant les employeurs à publier leur plan de sécurité lié à la COVID-19 sur leur site Web et sur les lieux de travail, et à en remettre une copie à un responsable de la santé publique ou à un agent de WorkSafe BC sur demande.		✓[3] (3 avril 2020)
28 mai	Vente de marchandises sur les marchés	Ordre visant les vendeurs de marchandises sur les marchés et les gestionnaires de marchés, qui réglemente la manutention, l'offre et la vente de produits.		
29 mai	Camps de vacances pour les enfants et les jeunes	Ordre visant les personnes qui possèdent ou occupent des installations de camps de vacances fréquentés par des enfants et des jeunes ou qui sont autrement responsables de telles installations, qui interdit à celles-ci et à toute autre personne d'exploiter les installations dans le but d'offrir des services de camp de vacances pour les enfants et les jeunes.		✓[2] (11 juin 2020)
2 juillet	Camps industriels	Ordre visant les personnes qui emploient des travailleurs dans les secteurs de l'agriculture, de la foresterie et des ressources ou qui leur fournissent un hébergement dans un camp industriel ou un autre lieu d'hébergement collectif, y compris un motel, un hôtel ou des tentes; ces personnes doivent élaborer un protocole de prévention et de contrôle des infections par la COVID-19 afin de prévenir et de contrôler le risque de transmission de la COVID-19 aux travailleurs.		

1. Le décret d'urgence pris en vertu de la *Loi sur les mesures d'urgence et la protection civile* – et maintenu en vertu de la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario mesures adaptables en réponse à la COVID-19* – a obligé les employés à divulguer leur lieu de travail et les employeurs à s'assurer que leurs employés travaillaient à un seul endroit. La collecte des données et la répartition centrale ne faisaient pas partie du décret.
2. Conformément aux Règles pour les régions à l'étape 2 en vertu de la Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19), les camps qui offrent un hébergement supervisé pour la nuit aux enfants sont fermés.

RECOMMANDATION 2

Pour donner des moyens d'action au leadership en santé publique de l'Ontario, le Bureau recommande que le Groupe central de coordination, coprésidé par le secrétaire du Conseil des ministres ainsi que le chef de cabinet du premier ministre et le ministère de la Santé :

- analyse immédiatement le rôle et le poids exercés par le médecin hygiéniste en chef dans la direction des suites données par le gouvernement de l'Ontario aux vagues subséquentes de COVID-19;
- raffermisse les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef, en phase avec les pouvoirs décisionnels propres aux postes équivalents en Colombie-Britannique et au Québec, comme tirer au clair dans la loi le rôle du médecin hygiéniste en chef et autoriser explicitement ce dernier à émettre des directives aux parties en cause dans les situations d'urgence.

RÉACTION REGROUPÉE DU MINISTÈRE ET DU SECRÉTAIRE DU CONSEIL DES MINISTRES

Le Bureau du Conseil des ministres souligne que le Groupe central de coordination ne constitue pas un organe décisionnel. Les ministres, appuyés par leurs sous-ministres et leurs ministères, formulent plutôt des recommandations directement au Conseil des ministres à des fins d'approbation ou d'aval. Les décisions de financement sont prises par le Conseil du Trésor (CT) en fonction des présentations des ministères, et toutes les décisions du CT sont confirmées par le Conseil des ministres.

Le ministère de la Santé tiendra compte des recommandations concernant le rôle et les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef pendant que nous procédons à la modernisation de la santé publique.

En novembre 2019, le ministère de la Santé, en partenariat avec un conseiller, a lancé des consultations sur le renforcement et la modernisation des services de santé publique et de santé d'urgence.

Les consultations ont été mises en veilleuse à la mi-mars 2020 pour permettre à la santé publique d'intervenir face à la pandémie de COVID-19.

Une fois la pandémie maîtrisée et les risques pour la population atténués, les consultations reprendront et le Ministère procédera à la modernisation de la santé publique.

Les recommandations découlant de cet examen seront transmises à la ministre de la Santé puis passées en revue par le Conseil des ministres dans le cadre des processus décisionnels courants.

4.3 Une leçon clé tirée de la crise du SRAS – le principe de précaution – aurait pu empêcher la propagation de COVID-19, mais elle n'a pas été mise en application

Dans son rapport final, la Commission indépendante créée par le gouvernement de l'Ontario pour enquêter sur l'introduction et la propagation du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a déclaré ce qui suit [*traduction*] :

> La leçon qui est peut-être la plus importante à tirer de la crise du SRAS, c'est l'importance du principe de précaution. L'importance de ce principe selon lequel on ne saurait attendre des preuves scientifiques irréfutables avant de prendre des mesures raisonnables pour atténuer le risque s'est manifestée à maintes reprises pendant la crise du SRAS.

La Commission a recommandé que le principe de précaution [*traduction*] « soit expressément adopté comme principe directeur dans l'ensemble des systèmes de santé, de santé publique et de

sécurité des travailleurs de l'Ontario ». Cette recommandation est en phase avec l'un des principes directeurs énumérés dans le mandat du Groupe de commandement pour le secteur de la santé; elle désignait précisément le principe de précaution et la nécessité de ne pas attendre des preuves scientifiques irréfutables avant d'agir pour protéger la santé des Ontariens. Or, le Ministère n'a pas systématiquement appliqué ce principe directeur. Le Bureau a relevé plusieurs domaines où on aurait pu prendre des mesures précocement (surtout par comparaison avec la Colombie-Britannique) plutôt que d'attendre des preuves irréfutables et, selon toute vraisemblance, de telles mesures auraient permis d'amoindrir la propagation de COVID-19 et les décès s'y rapportant. Outre le retard dans le traitement de la situation des travailleurs étrangers à la ferme, comme il est mentionné à la **Section 4.2.2**, voici d'autres domaines qui en ont pâti :

- l'analyse du risque posé par la COVID-19 à l'égard des Ontariens comme étant faible malgré les données attestant sa propagation dans plusieurs pays (voir la **Section 4.3.1**);
- des critères restrictifs de dépistage de la COVID-19, sauf en ce qui touche la plupart des personnes qui avaient voyagé récemment (voir la **Section 4.3.2**);
- un retard dans les conseils donnés aux Ontariens à propos des voyages non essentiels (voir la **Section 4.3.3**)
- un retard dans la prise de conscience de la transmission communautaire de la COVID-19 (voir la **Section 4.3.4**);
- un retard à exiger que les membres du personnel des foyers de soins de longue durée portent de l'équipement de protection individuelle et à les empêcher de travailler dans plusieurs établissements à la fois (voir la **Section 4.3.5**);
- un retard dans la promulgation d'une ordonnance d'urgence relative aux maisons de retraite (voir la **Section 4.3.6**).

4.3.1 Le Ministère a analysé le risque posé par la COVID-19 à l'égard des Ontariens comme étant faible en janvier 2020, malgré les données attestant sa propagation dans plusieurs pays

Bien que le Ministère ait suivi l'évolution de la situation de la COVID-19 dans le monde et consulté le gouvernement fédéral au sujet de la menace posée par le nouveau coronavirus, il n'a pas perçu que celui-ci menaçait fortement l'Ontario en janvier 2020, malgré les données montrant que la propagation de la COVID-19 était déjà amorcée à l'extérieur de la Chine. En Alberta, on a mis sur pied une structure d'intervention face à la COVID-19 plus rapidement qu'en Ontario, même si le premier cas de COVID-19 dans cette province est apparu plus d'un mois après celui de l'Ontario.

Le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé fait partie de la Direction de la gestion des situations d'urgence du Ministère et a relevé du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario jusqu'au 31 août 2020 (voir la **Section 4.1.3**). Ce centre est chargé de suivre l'évolution des situations qui surgissent et risquent de menacer le système de santé ou la santé des Ontariens. Les 3 et 8 janvier 2020, le Bureau du médecin hygiéniste en chef a communiqué par courriel avec les 34 bureaux de santé publique de l'Ontario au sujet de la flambée épidémique qui surgissait en Asie, notamment en Chine. Dans le courriel envoyé le 3 janvier, il leur a indiqué qu'un agrégat de cas de pneumonie virale qui n'était toujours pas diagnostiqué faisait l'objet d'une enquête à Wuhan, en Chine. Dans celui envoyé le 8 janvier, il leur a également mentionné que l'Agence de la santé publique du Canada, alors en contact avec l'Organisation mondiale de la santé, transmettait au gouvernement de l'Ontario des données supplémentaires à ce sujet.

Le 22 janvier 2020, le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé a communiqué par courriel relativement à la COVID-19 avec le Centre provincial des opérations d'urgence, dont

le fonctionnement est assuré par ministère du Solliciteur général pour suivre l'évolution des situations à l'intérieur et à l'extérieur de l'Ontario pour permettre de déterminer et de coordonner l'intervention du gouvernement de l'Ontario en situation d'urgence grave. On faisait état dans ce courriel de la déclaration des cas dans les autres pays d'Asie et aux États-Unis, mais on pouvait néanmoins y lire que [traduction] « le risque pour les Ontariens est considéré comme faible : »

> [*Traduction*] Le ministère de la Santé suit activement l'évolution des cas de nouveau coronavirus (2019-nCoV) signalés à Wuhan, en Chine. Des cas sont signalés aussi dans des pays voisins de la Chine (p. ex., le Japon, la Corée du Sud, la Thaïlande et Taïwan), pendant que les États-Unis ont déclaré leur premier cas confirmé le 21 janvier. Toutes les infections à l'extérieur de la Chine se sont produites chez des voyageurs à Wuhan, et le risque pour les Ontariens est considéré comme faible. Le système de santé de l'Ontario a mis en place de rigoureuses mesures pour déceler et traiter un cas éventuel de 2019-nCoV, pendant que le Ministère continue de suivre activement l'évolution de la situation et de faire progresser des mesures de préparation, si nécessaire.

Le lendemain (le 23 janvier 2020), dans un discours qu'il a donné, le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé a parlé du suivi de l'évolution de la COVID-19 à l'échelle mondiale effectué par l'Organisation mondiale de la Santé. Il a indiqué que [*traduction*] « l'analyse des risques faite par l'OMS montre que la flambée épidémique présente un risque très élevé en Chine de même qu'un risque élevé à l'échelle régionale et mondiale ».

Deux jours plus tard, le 25 janvier 2020, on a décelé le premier cas présumé de COVID-19 à Toronto (Ontario), puis deux autres jours plus tard, on a confirmé qu'il s'agissait d'un cas de COVID-19. Dès la fin du mois de janvier 2020, on avait confirmé davantage de cas dans environ 20 pays, dont le Canada. Dès la fin du mois de février, la COVID-19 s'était propagée dans plus de 50 pays. L'**Annexe 12** recense les premiers cas confirmés par pays en janvier et en février 2020. Au cours de cette période, le Ministère s'est consacré essentiellement à aider le gouvernement fédéral à rapatrier les Canadiens en voyage dans les régions touchées à l'échelle mondiale et à suivre l'évolution de la prévalence de la COVID-19.

Le Centre des opérations d'urgence du ministère de la santé a mis en oeuvre ses plans d'urgence le 27 janvier 2020 (voir la **Section 4.7.1**), mais ce n'est que le 28 février 2020 que le Ministère a créé le Groupe de commandement pour le secteur de la santé ainsi que des stratégies d'intervention face à la COVID-19.

Pour leur part, les Services de santé de l'Alberta ont mis en oeuvre leur centre de coordination en cas d'urgence un mois plus tôt, le 29 janvier 2020, afin de mettre en place le leadership organisationnel relativement à la lutte contre la COVID-19, d'assurer la coordination des activités entre les cinq régions géographiques et de gérer les données et les communications provinciales. On a pris cette mesure plus d'un mois avant le 5 mars 2020, date à laquelle le premier cas de COVID-19 a été décelé en Alberta. C'est le comité du Conseil des ministres chargé de la gestion des urgences, auquel prenaient part le premier ministre ainsi que le ministre de la Santé de l'Alberta, qui a assumé le processus décisionnel global des suites données par le gouvernement de l'Alberta à la COVID-19. Selon ce que le Bureau a appris, le Comité a commencé en janvier 2020 à tenir des réunions, souvent jusqu'à trois fois par semaine.

Si on avait constitué précocement en Ontario une structure d'intervention, la préparation et l'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la COVID-19 auraient pu en bénéficier et on aurait pu éviter des décès. À titre d'exemple, comme en témoignent la **Figure 6a** et la **Figure 6b**, au 31 août 2020, le nombre de cas de COVID-19 par habitant était plus élevé en Alberta (314 cas par tranche de 100 000 habitants)

qu'en Ontario (288 cas par tranche de 100 000 habitants); cependant, le taux de décès attribuable à la COVID-19 était plus de trois fois supérieur en Ontario (19 décès par tranche de 100 000 habitants) qu'en Alberta (cinq décès par tranche de 100 000 habitants).

Comme l'indique le **Chapitre 3 – Dépistage en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts**, parce que le gouvernement de l'Alberta a amorcé le dépistage de la COVID-19 chez les personnes symptomatiques un mois avant le gouvernement de l'Ontario, il a été plus à même de déceler par le dépistage la prévalence réelle de la COVID-19 sur son territoire que le gouvernement de l'Ontario.

4.3.2 Le Ministère a déconseillé le dépistage de la COVID-19 chez la plupart des voyageurs, bien que son éclosion ait été constatée dans de nombreux pays.

En février, le Ministère a demandé aux hôpitaux de restreindre le dépistage de la COVID-19 aux personnes qui avaient voyagé en Chine ou été en contact étroit avec des personnes de Chine; pourtant, la pandémie de COVID-19 était alors confirmée dans une vingtaine de pays à l'extérieur de la Chine et du Canada (voir l'Annexe 12). De telles restrictions n'avaient pas cours en Colombie-Britannique, ce qui a permis le dépistage de la COVID-19 selon les voyages, ou le contact avec des personnes, en provenance des autres pays.

Le 24 janvier 2020, le Ministère a publié une première définition de cas de COVID-19. Il a fourni aux professionnels de la santé des conseils à propos de ce qui constituait un cas probable de COVID-19. Bien que des directives de dépistage n'aient pas été émises, la définition de cas pouvait servir à déterminer les personnes chez qui le dépistage de la COVID-19 est envisageable. Le concept des cas probables s'entendait alors des personnes qui présentaient des symptômes de la COVID-19 (dont la fièvre, la toux ou la difficulté à respirer) ou des signes d'une aggravation de la maladie et qui : 1) ou bien avaient voyagé à Wuhan, en Chine, dans les 14 jours suivant l'apparition des symptômes; 2) ou bien étaient en contact étroit avec une personne qui avait contracté la COVID-19 ou une maladie respiratoire aiguë et avait voyagé à Wuhan, en Chine, dans les 14 jours suivant sa maladie. Comme il est précisé au **Chapitre 3 – Dépistage en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts**, le Ministère a mis à jour ses directives de dépistage au fur et à mesure de son apprentissage sur la COVID-19 et de l'accroissement de sa capacité de dépistage en laboratoire.

Le 7 février 2020, on a actualisé la définition de cas de COVID-19 du Ministère pour englober les personnes qui avaient voyagé en Chine continentale, sans pour autant inclure celles qui avaient voyagé ailleurs. Comme l'indique l'**Annexe 12**, la COVID-19 s'était alors propagée à 18 pays (outre la Chine et le Canada). Devant la crainte que des patients hospitalisés ayant voyagé dans d'autres pays que la Chine aient pu contracter la COVID-19, on s'est mis dans certains hôpitaux à procéder au dépistage chez ces patients.

Le 16 février 2020, le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé a communiqué par courriel avec les parties prenantes du domaine de la santé pour leur indiquer qu'il savait que certains hôpitaux voulaient procéder au dépistage de la COVID-19 chez les patients qui s'étaient rendus dans d'autres pays que la Chine (y compris le Japon, Taïwan et la Thaïlande) mais que cette pratique était contraire à la définition de cas de COVID-19 qui avait alors cours. L'**Annexe 13** présente le courriel au complet. Le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé s'inquiétait du risque éventuel de confusion suscité par les différentes pratiques de différents hôpitaux dans le système de soins de santé. Dans le courriel, il est mentionné que la gestion et la coordination du dépistage en laboratoire et de l'intervention sanitaire s'en trouveraient compliquées, sans pour autant expliquer clairement pourquoi. En conclusion du courriel, on établit que :

> [*Traduction*] Dans le cadre des mesures constantes visant à protéger la santé et la sécurité des Ontariens et des travaux en vue de régler la situation en évolution de la COVID-19, tous les fournisseurs du système de santé doivent s'en tenir à la définition de cas adoptée actuellement par le gouvernement de l'Ontario et qui figure sur le site Web du Ministère.

À ce courriel envoyé le 16 février, un groupe de 10 épidémiologistes hospitaliers a répondu par une lettre au médecin hygiéniste en chef le 21 février, dans laquelle ils établissent qu'en raison de la prolifération des cas de COVID-19 dans des pays autres que la Chine, leurs hôpitaux procéderont au dépistage des patients ayant des symptômes de la COVID-19 et qui ont récemment voyagé dans des pays où il y avait propagation communautaire de la COVID-19. Dans cette lettre, on recommande que le médecin hygiéniste en chef se mette à étendre le dépistage de la COVID-19 (notamment aux patients hospitalisés ayant des symptômes de la COVID-19) et à en accroître la capacité. Comme il est précisé au **Chapitre 3 – Dépistage en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts**, les laboratoires avaient bel et bien commencé à accroître leur capacité de dépistage, mais il a fallu attendre la fin du mois de mars pour voir la mise sur pied d'un réseau provincial de laboratoires sous l'égide de Santé Ontario pour favoriser la coordination des laboratoires qui procèdent au dépistage de la COVID-19.

Le 21 février 2020, dans un autre courriel envoyé aux parties prenantes du domaine de la santé, le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé a affirmé ce qui suit :

> Le Ministère a reçu de nombreuses questions quant au moment opportun du dépistage de la COVID-19. Il y a lieu de procéder lorsque la situation du patient correspond à la définition nationale de cas. Il est recommandé que les fournisseurs procèdent au dépistage conformément à la définition actuelle de cas, mais les données sur ce virus sont en constante évolution. Il est donc possible que les fournisseurs déterminent, en fonction des analyses et du jugement clinique, que le dépistage de la COVID-19 soit opportun en dehors de la définition de cas.

Au 21 février 2020, la COVID-19 s'était propagée à 23 pays (hormis la Chine et le Canada).

Les parties prenantes provinciales de la santé ont fait part de leurs préoccupations au Bureau, comme quoi la directive et les conseils formulés dans le courriel du 21 février prêtaient à confusion et n'étaient pas en phase avec le message dans le courriel du 16 février. De plus, l'à-propos du courriel du 16 février, dans lequel le dépistage n'est pas autorisé là où on soupçonne la présence de la COVID-19, a suscité des préoccupations.

Contrairement au gouvernement de l'Ontario, celui de la Colombie-Britannique n'a pas restreint le dépistage. Le personnel du BCCDC (centre de lutte contre les maladies de la Colombie-Britannique) a informé le Bureau que les professionnels de la santé avaient été expressément informés par les médecins hygiénistes (qui sont affiliés à l'une des cinq régies régionales de la santé de la Colombie-Britannique et dont les normes de pratique sont déterminées par le médecin-hygiéniste provincial) qu'ils pouvaient procéder au dépistage au-delà de la définition de cas si la présence de la COVID-19 était soupçonnée. Ce modus operandi a permis de déceler la COVID-19 chez une trentenaire qui était de retour en Colombie-Britannique après un voyage en Iran. On a confirmé ce cas le 20 février 2020; il s'agissait alors du sixième cas de COVID-19 décelé en Colombie-Britannique. Comme le montre le modus operandi adopté en Colombie-Britannique, l'élargissement du dépistage permet de déceler précocement les cas de COVID-19, ce qui permet d'améliorer les données fournies en vue du processus décisionnel.

4.3.3 Les conseils de voyage prodigués par le gouvernement de l'Ontario avant la semaine de relâche étaient incompatibles avec ceux donnés par les autres gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la COVID-19 était une pandémie mondiale. Le lendemain, aux Ontariens qui comptaient sur le gouvernement de l'Ontario pour obtenir des conseils à propos de la sécurité des voyages à l'étranger avant la semaine de relâche (laquelle s'est amorcée le 16 mars), celui-ci leur a conseillé de voyager pour profiter des vacances pendant la semaine de relâche.

Le surlendemain, à savoir le 13 mars, les parties prenantes du secteur de la santé (comme les associations et les organismes qui représentent divers types de fournisseurs de soins de santé) ont reçu un rapport de situation quotidien du ministère de la Santé. On y trouvait une note de service du médecin hygiéniste en chef, datée du 12 mars, conseillant à la population ontarienne d'éviter les voyages non essentiels à l'extérieur du Canada. Parallèlement, le gouvernement fédéral et d'autres gouvernements provinciaux exhortaient également les gens à éviter de voyager à cause du risque posé par la COVID-19. À titre d'exemple :

- **Le 9 mars :** l'administratrice en chef de la santé publique du Canada avertissait les Canadiens d'éviter les voyages en croisière.
- **Le 11 mars :** le médecin hygiéniste en chef de l'Alberta recommandait aux personnes de plus de 65 ans qui présentent des pathologies chroniques de ne pas voyager à l'extérieur du Canada et aux autres personnes de planifier soigneusement leur voyage.
- **Le 12 mars :** Le médecin hygiéniste provincial de la Colombie-Britannique exhortait les résidents à éviter les voyages non essentiels, dont ceux à destination des États-Unis. Pendant ce temps, le médecin hygiéniste en chef de l'Alberta conseillait également aux Albertains de ne pas voyager à l'extérieur du Canada.
- **Le 13 mars :** Tant le premier ministre du Canada que l'administratrice en chef de la santé publique du Canada conseillaient aux Canadiens d'annuler les voyages non essentiels à l'étranger afin d'empêcher la propagation de la COVID-19.
- **Le 14 mars :** Le gouvernement fédéral exhortait les Canadiens à l'étranger à revenir immédiatement au Canada pendant que des vols commerciaux étaient en service.

Le 16 mars, au début de la semaine de relâche en Ontario, le gouvernement fédéral annonçait la fermeture des frontières canadiennes à la plupart des personnes qui n'étaient ni citoyens canadiens ni résidents permanents. Deux jours plus tard, le 18 mars, le gouvernement fédéral annonçait par surcroît la fermeture de la frontière canado-américaine relativement aux voyages non essentiels.

Si les conseils du gouvernement provincial avaient alors été en phase avec ceux prodigués ailleurs au Canada, les Ontariens auraient probablement pris moins de vols internationaux durant la semaine de relâche, les voyageurs auraient su à quoi s'en tenir et on aurait pu amoindrir la propagation de la COVID-19 en Ontario. Au lieu de cela :

- Du 6 au 13 mars, environ 4 450 vols internationaux ont quitté l'Ontario, dont plus de 1 500 le 12 mars et le 13 mars.
- La plupart des cas de COVID-19 au Canada et en Ontario à la fin du mois de février et au début du mois de mars étaient liés aux voyages. À titre d'exemple, des 140 cas de COVID-19 relatés au 15 mars, 101 (ou 72 %) se rapportaient à des voyages à l'étranger.

4.3.4 Retard dans la prise de conscience de la transmission communautaire de la COVID-19

Malgré des données rigoureuses, le Ministère n'a pas pris conscience à temps et publiquement de la transmission communautaire de la COVID-19 en Ontario. Prendre conscience rapidement de la transmission communautaire était d'une importance cruciale pour, d'une part, donner aux membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé les moyens de discerner les mesures appropriées et, d'autre part, permettre à la population de prendre les précautions de circonstance.

Le 5 mars 2020, le gouvernement de la Colombie-Britannique faisait état du premier cas manifeste de transmission communautaire sur son territoire : une femme qui n'avait ni voyagé récemment ni établi en toute connaissance de cause le contact avec une personne infectée a été diagnostiquée positive à la COVID-19. Peu de temps après, on a obtenu des données rigoureuses attestant la transmission communautaire en Ontario. Concrètement :

- **Le 15 mars :** Santé publique Ontario informait le Groupe de commandement pour le secteur de la santé que, des 15 cas de COVID-19 faisant l'objet d'une enquête, au moins cinq n'avaient pas voyagé récemment et n'étaient liés ni à une personne ayant voyagé à l'extérieur du Canada, ni à un contact étroit connu avec un autre cas. Ils pouvaient plutôt provenir d'un établissement de soins de santé, d'un foyer de soins de longue durée ou d'une activité en groupe dans la collectivité.
- **Du 15 au 19 mars :** plusieurs médecins hygiénistes des bureaux de santé publique, notamment à Ottawa, à Toronto, à Simcoe Muskoka et à Halton, ont décelé publiquement des cas de COVID-19 locaux qui témoignaient d'une transmission communautaire.

Malgré ces données, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario s'en tenait à déclarer aux médias le 17 mars que le gouvernement provincial [*traduction*] « attendait encore de constater des exemples concrets de propagation communautaire ». Ce n'est que plus d'une semaine plus tard, à l'occasion d'une conférence de presse tenue le 26 mars, que le médecin hygiéniste adjoint de l'Ontario a établi ce qui suit : parce que 25 % des cas touchaient des personnes qui n'avaient ni voyagé récemment ni été en contact étroit avec un autre cas de COVID-19, ces personnes avaient vraisemblablement contracté la COVID-19 par transmission communautaire.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario a demandé au Bureau du médecin hygiéniste en chef la raison du retard. Voici ce qu'il a révélé :

> Le gouvernement provincial suivait alors de très près l'évolution des tendances et discutait activement du pourcentage croissant de cas pour lesquels on n'avait pas accès depuis plusieurs jours aux données sur la source d'exposition. La présence d'un nombre restreint de cas sans lien épidémiologique clair n'est pas directement révélateur d'une transmission communautaire, car la capacité d'établir un lien clair s'appuie sur l'enquête des cas et la capacité d'obtenir les antécédents valides des cas. On ne pouvait faire clairement la démonstration du moment où la transmission communautaire s'est amorcée en Ontario; toutefois, il est alors ressorti des données une hausse progressive du nombre de cas pour lesquels ni les voyages ni le contact étroit avec un cas étaient en cause, de telle sorte qu'on a considéré la transmission communautaire comme source vraisemblable.

4.3.5. Retard à exiger que les membres du personnel des foyers de soins de longue durée portent de l'équipement de protection individuelle et à les empêcher de travailler dans plusieurs établissements à la fois

Le gouvernement de l'Ontario s'est décidé tardivement à exiger des membres du personnel des foyers de soins de longue durée qu'ils portent de l'équipement de protection individuelle et à ne pas restreindre leurs déplacements d'un foyer à l'autre. On peut attribuer cette décision tardive en partie aux préoccupations suscitées par les pénuries d'équipement de protection individuelle chez les travailleurs de la santé, qui sont les plus à risque de contracter la COVID-19, mais elle aura eu pour effet d'aggraver le nombre de cas et de décès relatifs à la COVID-19 et liés aux flambées épidémiques dans les foyers de soins de longue durée. Concrètement :

- **L'équipement de protection individuelle que doivent porter les membres du personnel des foyers de soins de longue durée :** Le 18 mars 2020, un médecin hygiéniste adjoint d'un bureau de santé publique a communiqué par courriel au médecin hygiéniste en chef sa préoccupation selon laquelle, puisque les travailleurs de la santé qui n'ont ni voyagé récemment ni symptôme peuvent néanmoins contracter la COVID-19, ils devraient tous être tenus de porter des masques chirurgicaux en tout temps lorsqu'ils travaillent dans des établissements de soins de santé, lesquels sont des milieux à risque élevé. Dans le courriel, l'expéditeur estimait qu'il s'agissait d'une priorité urgente à mettre en oeuvre avant même d'obtenir des données attestant son efficacité pour aplanir la courbe de croissance de la COVID-19. Toutefois, à l'échelle de la province, aucune mesure n'a été prise dans l'immédiat. À l'étranger, le 17 mars, une première étude réalisée en Italie a permis de confirmer que les personnes âgées représentaient 88 % des décès relatifs à la COVID-19. On y indiquait également que près de 50 % des personnes décédées avaient eu au préalable trois affections ou plus. Le taux de décès des personnes sans affection au préalable était nettement inférieur, à 0,8 %. Le lendemain, le 18 mars, la première flambée épidémique de COVID-19 s'est produite dans un établissement de soins de longue durée de Bobcaygeon, le foyer de soins infirmiers Pinecrest (dans le Bureau de santé du district de Haliburton Kawartha Pine Ridge). Ce n'est que presque deux semaines après l'envoi du courriel par le médecin hygiéniste adjoint régional (c.-à-d. le 30 mars 2020) que le médecin hygiéniste en chef a révisé la directive aux foyers de soins de longue durée quant aux soins des résidents chez qui la contraction de la COVID-19 était soupçonnée ou confirmée. Dès le 31 mars, le nombre de flambées épidémiques dans les foyers de soins de longue durée s'était accru pour passer à 12, se traduisant par 230 cas et 12 décès, ce qui représentait alors près de 10 % des cas déclarés en Ontario et près de 30 % des décès relatifs à la COVID-19. La directive exigeant le port du masque chez les travailleurs des foyers de soins de longue durée durant leur quart de travail n'a été émise que le 8 avril. Le nombre de flambées épidémiques dans les foyers de soins de longue durée avait alors encore augmenté pour s'établir à 69, se traduisant par 857 cas et 88 décès, ce qui représentait près de 15 % des cas déclarés en Ontario et 44 % des décès liés à la COVID-19.
- **Empêcher le personnel des foyers de soins de longue durée de travailler dans plusieurs établissements à la fois :** Le 22 mars 2020, le médecin hygiéniste en chef a émis une directive à l'intention des foyers de soins de longue durée selon laquelle [*traduction*] « dans la mesure du possible, les employeurs collaborent avec les employés pour restreindre le nombre de lieux de travail différents où oeuvrent les employés,

afin de minimiser le risque d'exposition des patients à la COVID-19 ». Les directives sont faites pour être observées, mais celle-ci était rédigée en des termes très généraux : elle ne précisait ni les conditions dans lesquelles il serait acceptable que l'employé travaille dans plusieurs foyers de soins de longue durée à la fois, ni s'il y avait un nombre limite de foyers de soins de longue durée où l'employé peut entrer au cours d'une période donnée. Le 14 avril, on a mis en place une ordonnance d'urgence selon laquelle les employés ne pouvaient travailler qu'à un seul foyer de soins de longue durée à la fois, mais celle-ci est entrée en vigueur seulement le 22 avril, plus d'un mois après la première flambée épidémique dans les foyers de soins de longue durée en Ontario. L'ordonnance visait strictement les employés, sans s'appliquer aux membres du personnel contractuel qui ont pu constituer une source d'infection.

Le nombre de flambées épidémiques dans les foyers de soins de longue durée a augmenté pour s'établir à 198 le 30 avril, se traduisant par 3 647 cas et 542 décès. Il s'agissait alors de près de 22 % des cas de COVID-19 déclarés en Ontario et de près de 50 % des décès liés à la COVID-19. Par contre, en Colombie-Britannique, on a rendu une ordonnance le 27 mars interdisant au personnel des foyers de soins de longue durée de travailler dans plusieurs établissements à la fois (trois semaines avant celle de l'Ontario).

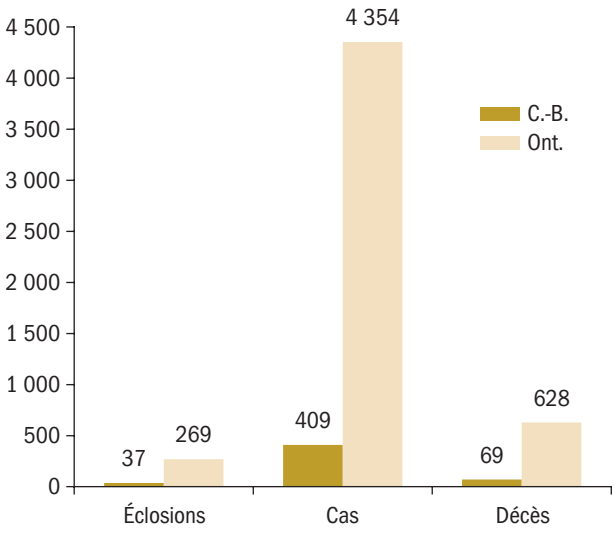
Le 31 mars 2020, il y avait en Colombie-Britannique des flambées épidémiques dans 19 établissements de soins, se traduisant par 149 cas et 21 décès, ce qui s'apparentait à la situation en Ontario, où 12 flambées épidémiques se manifestaient dans des foyers de soins de longue durée. Les chiffres en Colombie-Britannique sont demeurés relativement stables après l'ordonnance du 27 mars. La promulgation précoce de l'ordonnance en Colombie-Britannique y était vraisemblablement pour quelque chose, du moins en partie. Au 30 avril 2020, il y avait en Colombie-Britannique 37 flambées épidémiques dans des établissements de soins, se traduisant par 409 cas et 69 décès. En Ontario, le nombre de cas et de décès relatifs à la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée était passable supérieur à celui en Colombie-Britannique (voir la **Figure 17**).

Au 30 septembre 2020, comme le montrent la **Figure 18** et l'**Annexe 14** :

- C'est en Ontario que le pourcentage de flambées épidémiques de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite était le plus élevé (à 38 %), tandis qu'il se situait à 16 % en Colombie-Britannique et à 23 % en moyenne au Canada.
- Le pourcentage de cas de COVID-19 en lien avec les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite en Colombie-Britannique (7 %) était nettement inférieur à celui constaté en Ontario (20 %).
- Les deuxièmes nombres en importance de cas et de décès en lien avec les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite au Canada se trouvaient en Ontario.

Figure 17 : Éclosions dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite en Colombie-Britannique et en Ontario, au 30 avril 2020

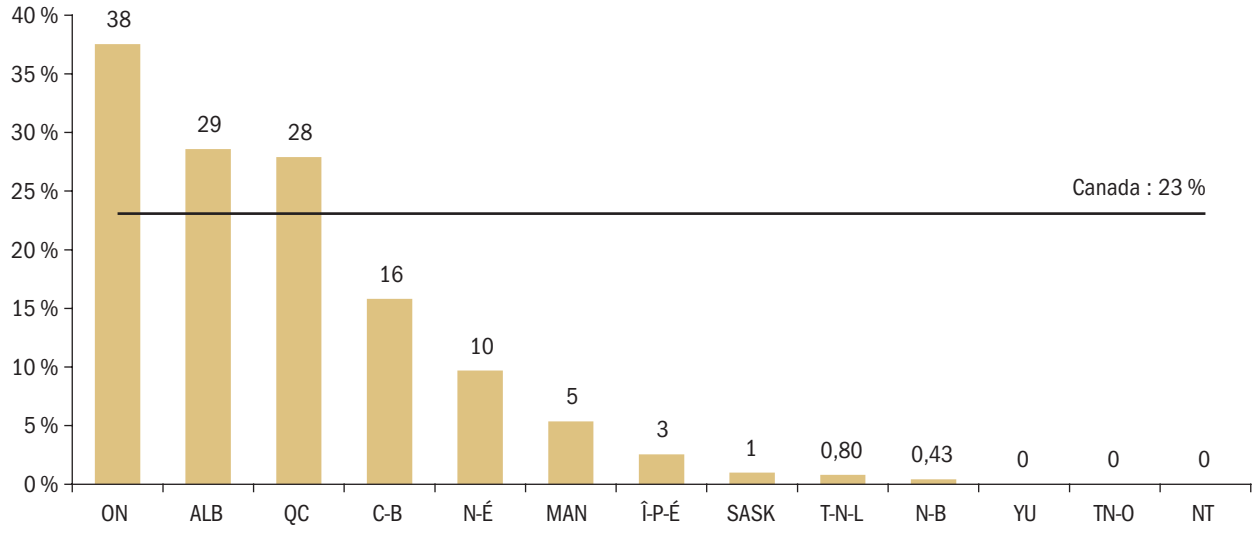
Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



Notes : Les éclosions en Colombie-Britannique englobent tous les établissements de soins actifs, de soins de longue durée et de vie autonome.

Figure 18 : Pourcentage de foyers de soins de longue durée et de maisons de retraite dans lesquels des éclosions de COVID-19 ont eu lieu, par province et par territoire, au 30 septembre 2020

Source des données : Institut national sur le vieillissement, Université Ryerson



Au 1er octobre 2020, il y avait 8 721 cas et 1 917 décès relatifs aux foyers de soins de longue durée en Ontario contre 860 cas et 169 décès ayant trait aux établissements de soins en Colombie-Britannique.

4.3.6 Retard dans la promulgation d'une ordonnance d'urgence relative aux maisons de retraite

Comme ce qui s'est passé dans le cas des foyers de soins de longue durée, il y a eu des retards dans les décisions prises en lien avec les maisons de retraite, qui relèvent du secteur privé (voir le rapport d'audit du Bureau au sujet de l'Office de réglementation des maisons de retraite dans son Rapport annuel 2020).

Le Bureau a constaté l'adoption, le 12 mai 2020, d'une ordonnance d'urgence visant à autoriser un organisme dirigeant à assumer temporairement la gestion ou à nommer les gestionnaires d'un foyer de soins de longue durée en cas de flambée épidémique de COVID-19. Toutefois, une ordonnance semblable en lien avec les maisons de retraite n'a été adoptée que le 29 mai 2020, plus de deux semaines plus tard. Le ministère des Services aux aînés et de l'Accessibilité a informé le Bureau que le retard était imputable à des aspects juridiques, mais le gouvernement en est venu à la conclusion que les avantages obtenus seraient supérieurs au risque juridique encouru. À titre de comparaison, le secteur des soins de longue durée n'est pas supervisé par un organisme de réglementation indépendant, de sorte que les aspects juridiques ne s'appliquaient pas.

Au 31 août 2020, on dénombrait plus de 180 flambées épidémiques de COVID-19 en lien avec les maisons de retraite, se traduisant par environ 1 500 cas et environ 210 décès.

RECOMMANDATION 3

Pour accélérer la prise de décisions au cours des vagues subséquentes de COVID-19 et des futures urgences sanitaires, le Bureau recommande que le Groupe central de coordination et le ministère de la Santé :

- demandent à Santé publique Ontario de préparer immédiatement une directive à propos du recours opportun principe de précaution, ce que la Commission sur le SRAS a qualifié de leçon la plus importante tirée de la crise du SRAS, et dans laquelle

il est stipulé que les décideurs ne peuvent attendre d'avoir des preuves scientifiques irréfutables avant de prendre des mesures raisonnables pour atténuer les risques et protéger la santé de la population ontarienne;

- aient recours aux décideurs principaux et aux membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé et appuie ces derniers dans la mise en application et l'observation du principe de précaution en tant que principe directeur à l'avenir.

RÉACTION REGROUPÉE DU MINISTÈRE ET DU SECRÉTAIRE DU CONSEIL DES MINISTRES

La santé et le bien-être des Ontariens sont demeurés notre priorité. L'interprétation des données alors accessibles a servi de fondement aux mesures de prévention pour contrer la propagation de la pandémie.

La COVID-19 s'est révélée éprouvante aux yeux des spécialistes de la santé et des décideurs gouvernementaux à l'échelle mondiale en raison de sa complexité et de ses retombées inédites. L'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la pandémie s'est appuyée sur les données, l'analyse des risques et le contexte local.

Santé publique Ontario et le Groupe consultatif scientifique continuent de prodiguer des conseils scientifiques à l'appui de l'intervention.

4.4 Ni les pratiques exemplaires, ni les conseils des spécialistes n'étaient systématiquement appliqués

La création du Groupe de commandement pour le secteur de la santé avait pour objet de permettre au Ministère de formuler des recommandations factuelles à l'appui du processus décisionnel du gouvernement provincial relativement à la COVID-19 (voir la **Section 4.1**). Toutefois, dans certains cas, les décisions n'étaient pas fondées sur les conseils des spécialistes, comme :

- la décision d'étendre le dépistage de la COVID-19 aux personnes ne présentant pas de symptômes (voir la **Section 4.4.1**);
- la décision d'exiger le dépistage de la COVID-19 avant la visite des foyers de soins de longue durée (voir la **Section 4.4.2**).
- la décision de ne pas observer les conseils de Santé publique Ontario à propos des indicateurs épidémiologiques quant à son cadre d'intervention face à la COVID-19 (voir la **Section 4.4.3**).

4.4.1 Étendre le dépistage de la COVID-19 aux personnes sans symptômes ni exposition connue à la COVID-19 présentait peu d'avantages et allait à l'encontre des conseils des spécialistes

Le 2 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donnait une directive sur le dépistage en laboratoire de la COVID-19 relativement aux cas humains soupçonnés de l'avoir contractée. Elle recommandait de donner la priorité au dépistage de la COVID-19 chez les personnes qui répondent à la définition de cas et d'envisager possiblement le dépistage chez les personnes asymptomatiques qui ont pu avoir été en contact étroit avec un cas de COVID-19. Voici le conseil donné par l'OMS :

> [*Traduction*] La décision de procéder au dépistage doit s'appuyer sur des facteurs cliniques et épidémiologiques et se rapporter à une analyse de probabilité d'infection. On peut envisager le dépistage des contacts asymptomatiques ou légèrement symptomatiques dans l'analyse des personnes ayant été en contact avec un cas de COVID-19… La collecte et le dépistage rapides des échantillons appropriés chez les patients qui répondent à la définition de cas soupçonné

de COVID-19 constituent une priorité pour la gestion clinique et le contrôle des flambées épidémiques et doivent faire l'objet de la supervision d'un spécialiste en laboratoire.

Il n'était alors pas précisé dans la directive du gouvernement de l'Ontario qu'il convenait de procéder au dépistage chez les personnes asymptomatiques (y compris celles sans symptôme de la COVID-19 ni exposition connue à une personne ayant la COVID-19).

Le 25 mars 2020, dans la directive du Ministère, on préconisait de restreindre le dépistage à certaines personnes symptomatiques : les travailleurs de la santé; les résidents et le personnel des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite; les patients hospitalisés; les membres de communautés autochtones ou en milieu éloigné, isolé ou rural; et les personnes identifiées comme voyageurs à leur arrivée au Canada.

Le 19 mai 2020, on a exposé au Groupe de commandement pour le secteur de la santé un bilan des progrès réalisés dans le dépistage des personnes asymptomatiques dans les habitations collectives. Voici ce qui est ressorti de l'exposé :

- On a décelé la COVID-19 chez seulement 0,2 % (quatre sur 1 834) des membres du personnel ou résidents de 20 foyers de soins de longue durée ou maisons de retraite; ces personnes étaient toutes asymptomatiques et vivaient ou travaillaient dans des foyers où il n'y avait pas de flambée épidémique (sans cas connu de la COVID-19).
- Dans le cadre d'une autre démarche de dépistage réalisée par cinq bureaux de santé publique, on a décelé la COVID-19 chez seulement 0,2 % (neuf sur 5 598) des membres du personnel ou résidents asymptomatiques au sein de certaines maisons de retraite où il n'y avait pas de flambée épidémique.

Malgré ces constatations, le 24 mai 2020, le gouvernement provincial annonçait que le dépistage de la COVID-19 était offert à tout le monde et invitaient les gens à s'en prévaloir s'ils estimaient avoir été en contact étroit avec une personne ayant contracté la COVID-19, ce qui est raisonnable. Toutefois, cette annonce s'adressait également aux personnes qui voulaient passer par un dépistage de la COVID-19 simplement parce qu'elles estimaient être en mesure de s'en prévaloir, bien qu'elles n'aient pas affiché de symptômes de la COVID-19 ni eu de contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19 qu'elles connaissaient.

De mai à août 2020, Santé Ontario a coordonné en divers milieux une série de campagnes de dépistage de la COVID-19 chez des personnes qui n'en présentaient aucun symptôme. Parmi ces milieux, il y avait les foyers de soins de longue durée et les fermes. Il ressort de ces campagnes que le dépistage des personnes asymptomatiques est peu utile dans les milieux sans flambée épidémique active, où le risque de contracter la COVID-19 est donc faible. Concrètement :

- Dans les milieux sans flambée épidémique active, le pourcentage de personnes asymptomatiques diagnostiquées positives à la COVID-19 était très faible (de 0 % à 0,2 %) et le dépistage a révélé plusieurs « faux diagnostics positifs »; en de tels cas, le résultat du dépistage de la COVID-19 était erronément positif et les personnes concernées en venaient à croire – à tort – qu'elles avaient contracté la COVID-19.
- Dans les milieux avec flambée épidémique active, le pourcentage de personnes asymptomatiques diagnostiquées positives à la COVID-19 était de 2,5 % à 6 %.

Des 28 médecins hygiénistes locaux ayant répondu au sondage mené par le Bureau, près de 90 % (25) ont indiqué que le dépistage des personnes asymptomatiques à faible risque était peu utile. Concrètement, ils ont informé le Bureau de ce qui suit :

- Le dépistage auquel procédait le gouvernement de l'Ontario était conçu pour le diagnostic des personnes symptomatiques,

plutôt qu'asymptomatiques, et étaient donc moins fiables à cet égard.

- Le dépistage des personnes asymptomatiques risquait de se traduire par de faux diagnostics positifs (c'est-à-dire des résultats inexacts et une surestimation des cas de COVID-19).
- La décision de procéder au dépistage des personnes asymptomatiques dont l'exposition à la COVID-19 n'était pas connue ne s'appuyait pas sur des données ni des conseils de spécialistes : elle était plutôt mue par la volonté d'accroître chaque jour le nombre de personnes faisant l'objet du dépistage.
- Lorsque le gouvernement provincial a décidé d'étendre le dépistage aux personnes asymptomatiques, l'affluence subite des personnes « à faible risque et très anxieuses » qui craignaient d'avoir contracté la COVID-19 a dépassé la capacité des centres d'analyse. En réalité, ces personnes étaient peu susceptibles d'avoir contracté la COVID-19, car elles n'en présentaient pas les symptômes, ni n'avaient d'exposition connue à celle-ci.

Lors de l'audit effectué par le Bureau, le Ministère n'avait pas recueilli de données comparatives sur la fréquence de dépistage des personnes asymptomatiques et symptomatiques, de sorte qu'il ignorait dans quelle mesure les données quotidiennes publiées par le gouvernement de l'Ontario englobaient les personnes asymptomatiques.

Comme il est mentionné à l'**Annexe 8**, un Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage (ci-après le Comité) a été constitué à la demande du Groupe de commandement pour le secteur de la santé le 5 avril 2020. Le Comité est chargé de formuler au médecin hygiéniste en chef, par l'intermédiaire de Santé publique Ontario, des recommandations concernant le dépistage. Les membres du Comité ont informé le Bureau qu'ils n'avaient jamais recommandé le dépistage de la COVID-19 chez les personnes asymptomatiques qui ne sont ni entrées en contact avec des personnes l'ayant contractée ni visées par les enquêtes sur les flambées épidémiques.

Le 5 juillet, le Comité a présenté au médecin hygiéniste en chef les recommandations suivantes quant au dépistage de la COVID-19 :

- Restreindre le dépistage des personnes asymptomatiques chez les groupes à faible prévalence et à faible risque (comme ceux sans exposition connue à la COVID-19).
- Envisager le dépistage ciblé de personnes asymptomatiques seulement chez certains groupes vulnérables au sein de régions ou établissements à risque élevé et d'autres habitations collectives.
- Mettre fin au dépistage de la population asymptomatique dans son ensemble.

Les membres du Comité ont informé le Bureau que ces recommandations étaient fondées sur une analyse constante de la documentation et une évaluation approfondie des facettes où le dépistage de la COVID-19 se révélait utile et minimisait les ravages dans les campagnes ciblées de dépistage des personnes asymptomatiques en mai et en juin 2020. On a fait remarquer que les données sur le dépistage des personnes asymptomatiques faisaient défaut au cours des périodes de prévalence communautaire élevée et que le gouvernement de l'Ontario pourrait procéder de nouveau à une évaluation constante si la prévalence communautaire augmentait.

Malgré ces recommandations, ce n'est que le 25 septembre 2020, 11 semaines plus tard, qu'on a rajusté les critères de dépistage pour restreindre celui-ci chez les personnes asymptomatiques. Le Ministère a alors annoncé qu'on pourrait procéder au dépistage des personnes asymptomatiques à une pharmacie désignée, pour autant qu'elles confirment avoir été en contact avec un cas positif confirmé, avoir vécu ou travaillé à un endroit où s'est produit une flambée épidémique ou à une habitation collective à risque élevé, avoir prévu la visite d'un foyer de soins de longue durée, ou avoir le droit de participer à une campagne ciblée de dépistage menée par le ministère de la Santé

ou le ministère des Soins de longue durée. Comme il est mentionné au **Chapitre 3 – Dépistage en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts**, le gouvernement de l'Ontario n'a pas atteint globalement ses objectifs ciblés dans l'exécution du dépistage en laboratoire (60 % des résultats du dépistage en laboratoire de la COVID-19 étaient relatés aux intervenants de la santé et aux bureaux de santé publique dans le jour suivant la collecte d'un échantillon, et 80 % de ces résultats étaient relatés dans les deux jours suivant la collecte d'un échantillon) de janvier à août. Il aurait été plus facile d'atteindre ces objectifs si la recommandation du Comité d'experts de mettre fin au dépistage chez la population asymptomatique en général avait été observée.

Contrairement à l'Ontario, d'autres États (au Canada ou à l'étranger) ont pris précocement la décision de ne pas procéder au dépistage de la COVID-19 chez les personnes asymptomatiques. À titre d'exemple :

- Le 5 juillet, le sous-groupe du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage a relevé dans son exposé au médecin hygiéniste en chef que les États à l'étranger qui ne procèdent pas au dépistage soutenu et continu chez les personnes asymptomatiques étaient l'Australie, la Finlande, la France, l'Allemagne, Hong Kong, le Japon, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, Singapour et la Corée du Sud.
- Le 20 août, le BCCDC a recommandé de ne pas procéder au dépistage chez les personnes asymptomatiques, sauf si ce dépistage s'inscrit dans une enquête de santé publique à propos d'un cas, d'un agrégat de cas ou d'une flambée épidémique. Cette recommandation s'appuyait sur le fait que l'élargissement du dépistage aux personnes sans symptômes de la COVID-19 aurait de lourdes retombées sur les coûts du système de santé, dont ceux des laboratoires, et que son utilité dans le discernement des autres cas de COVID-19 serait minime.
- Si, le 30 juillet, le gouvernement de l'Alberta s'est mis à autoriser le dépistage à grande échelle chez les personnes asymptomatiques (c.-à-d. celles sans symptôme ni exposition connue à la COVID-19) pour permettre l'utilisation de la capacité alors offerte dans ses laboratoires, il a cependant limité la pratique du dépistage aux seules pharmacies le 17 septembre 2020, après avoir constaté que le dépistage n'avait permis de déceler qu'environ sept cas de COVID-19 positifs par tranche de 10 000 personnes soumises au dépistage. Le 20 octobre 2020, le gouvernement de l'Alberta mettait en veilleuse la pratique du dépistage dans les pharmacies chez les personnes asymptomatiques sans exposition à la COVID-19.

Comme il est mentionné ci-dessus, le dépistage chez les personnes asymptomatiques s'est poursuivi en Ontario jusqu'au 25 septembre 2020. Depuis ce temps, les pharmacies désignées peuvent prélever des échantillons auprès de personnes asymptomatiques qui consentent au dépistage de la COVID-19, pour autant qu'elles répondent à certaines conditions (par exemple, elles souhaitent visiter un foyer de soins de longue durée ou une maison de retraite). Le dépistage sans réserve des personnes asymptomatiques a cependant pris fin.

4.4.2 Exiger des visiteurs des foyers de soins de longue durée qu'ils confirment avoir obtenu un résultat négatif au dépistage de la COVID-19 n'était pas recommandé par les spécialistes

Depuis le 18 juin 2020, les visiteurs de foyers de soins de longue durée en Ontario doivent passer par le dépistage de la COVID-19. Ils doivent confirmer avoir obtenu un diagnostic négatif au dépistage de la COVID-19 dans les 14 jours précédents pour être en mesure d'effectuer leur visite. Autrement dit, les visiteurs doivent faire l'objet d'un dépistage constant s'ils continuent de visiter ces installations.

Toutefois, cette exigence n'est pas en phase avec les conseils des spécialistes. À titre d'exemple :

- Le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage ne souscrivait pas à cette exigence. D'après l'exposé qu'il a donné le 5 juillet au médecin hygiéniste en chef, le Comité a fortement recommandé d'éliminer l'exigence de dépistage chez les visiteurs des habitations collectives, dont les établissements de soins de longue durée. Outre le fardeau que l'intensification du dépistage impose au réseau de laboratoires, cette exigence fournit une assurance limitée selon laquelle les visiteurs n'ont pas contracté la COVID-19 : ils demeurent à risque de la contracter en tout temps après le dépistage. Or, au 30 septembre, cette exigence était toujours en vigueur.
- Vingt-cinq (ou quelque 90 %) des 28 médecins hygiénistes locaux qui ont répondu au sondage mené par le Bureau ont réitéré le même argument : ils ont révélé au Bureau que cette exigence ne s'inscrit pas dans les pratiques exemplaires et que les visiteurs risquent de contracter la COVID-19 en tout temps après avoir obtenu un diagnostic négatif. Ils ont également relevé que ce diagnostic peut donner un faux sentiment de sécurité aux visiteurs : ces derniers estimeront qu'ils n'ont pas contracté la COVID-19, de sorte qu'ils n'observeront pas les lignes directrices relatives à la distance sanitaire au cours de leur visite.

Contrairement au gouvernement de l'Ontario, les gouvernements de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et du Québec n'ont jamais exigé de la plupart des visiteurs de foyers de soins de longue durée et de maisons de retraite un diagnostic négatif au dépistage de la COVID-19, mais ils disposent de lignes directrices exhaustives à propos du soutien aux familles et des visites des patients et des résidents pour protéger la sécurité des patients, des résidents et des membres du personnel dans les établissements de soins actifs et les centres de soins prolongés. Une telle exigence en Ontario n'a fait qu'exacerber les problèmes dans la prestation des mesures de soutien et des soins nécessaires aux résidents des foyers de soins de longue durée, ce qui risque de compliquer les possibilités de visite des membres de la famille.

4.4.3 Le nouveau cadre provincial d'intervention face à la COVID-19 assouplit les restrictions de la santé publique, à l'encontre des conseils prodigués par Santé publique Ontario

Le 3 novembre 2020, le gouvernement provincial a publié le *Cadre d'intervention pour la COVID-19 : Garder l'Ontario et sécurité et ouvert* (ci-après le Cadre d'intervention pour la COVID-19), un nouveau système à code de couleur servant à classer les bureaux de santé publique en fonction des circonstances à l'échelle locale et à déterminer les mesures et les restrictions visant les entreprises dans chaque région. Les seuils utilisés dans le Cadre d'intervention pour la COVID-19 étaient nettement moins restrictifs que ceux recommandés par Santé publique Ontario et occasionnaient un assouplissement des restrictions dans les régions où le nombre de cas de COVID-19 tendait encore à augmenter, ce qui contraignait certains bureaux de santé publique à imposer de leur propre chef des restrictions.

Le 18 septembre 2020, le Ministère a demandé à Santé publique Ontario de lui prodiguer des conseils sur d'éventuels indicateurs épidémiologiques destinés à la version provisoire de son Cadre d'intervention pour la COVID-19. Les conseils de Santé publique Ontario reposaient sur le contexte épidémiologique alors en cours en Ontario et son analyse de la documentation publiée chez d'autres autorités, dont le Centre for Disease and Control aux États-Unis. Le 21 septembre 2020, dans les conseils prodigués, Santé publique Ontario a répertorié six indicateurs dont il convient de suivre l'évolution dans les quatre stades d'intervention discernés (vigilance; préalerte; alerte; alerte maximale) (voir la **Figure 19**). Ces indicateurs

Figure 19 : Interventions en réponse à la COVID-19 : Comparaison du cadre recommandé par Santé publique Ontario (SPO) le 21 septembre 2020 et du cadre annoncé par la province (Ont.) le 3 novembre 2020

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

Indicateurs recommandés par Santé publique Ontario pour déterminer le code de couleur applicable	Cadre d'intervention en réponse à la COVID-19							
	SPO Vigilance (vert)	Ont. Prévenir (vert)	SPO Alerte précoce (jaune)	Ont. Protéger (jaune)	SPO Alerte (orange)	Ont. Restreindre (orange)	SPO Alerte élevée (rouge)	Ont. Contrôler (rouge)
Taux de cas pour 100 000 résidents sur sept jours	< 5	< 10	5–<10	10–39,9	10–<25	40–99,9	>25	≥100
% de résultats positifs des tests de dépistage de la COVID-19 en laboratoire sur sept jours	<0,5	< 1	0,5–<1,2	1–2,5	1,2–<2,5	2,5–9,9	>2,5	≥10
Période requise pour que le nombre de cas double, en jours[1]	≥30 (ou baisse)	–[1]	14–<30	–[1]	7–<14	–[1]	<7	–[1]
Nombre reproductif[2]	< 1	< 1	>1	Environ 1	>1	1–1,2	>1	≥1,2
% de cas pris en charge dans les 24 heures suivant le moment où le bureau de santé publique est informé d'un résultat positif	>90	–[3]	>90	–[3]	85–<90	–[4]	<85	5
% de recherches des contacts associés à une exposition à haut risque effectuées dans les 24 heures suivant le moment où le bureau de santé publique est informé d'un résultat positif	>90	–[3]	80–<90	–[3]	75–<80	–[4]	<75	–[5]

1. Le Cadre d'intervention pour la COVID-19 mis de l'avant par la province ne comprend pas cet indicateur.
2. Le nombre reproductif (R) est un terme mathématique indiquant le degré de contagiosité d'une maladie infectieuse. Il correspond au nombre de personnes qui contracteront une maladie contagieuse auprès d'une personne qui en est déjà atteinte. Les épidémiologistes souhaiteront que ce nombre soit le plus faible possible.
   - Si R est inférieur à 1, chaque personne infectée va transmettre la maladie à moins d'une personne. La maladie va alors diminuer et finira par disparaître.
   - Si R est égal à 1, chaque personne infectée va transmettre la maladie à une autre personne. Il va continuer d'y avoir des cas de la maladie, mais sans que cela entraîne une épidémie.
   - Si R est supérieur à 1, chaque personne infectée va transmettre la maladie à plus d'une personne. La maladie va se propager, et une épidémie peut survenir.
3. Le Cadre d'intervention pour la COVID-19 de l'Ontario ne précise pas de pourcentage seuil pour les niveaux Prévenir (vert) ou Protéger (jaune); on indique seulement que la gestion des cas et la recherche des contacts dans les 24 heures suivant le moment où le bureau de santé publique est informé d'un résultat positif sont des critères adéquats.
4. Le Cadre d'intervention pour la COVID-19 de l'Ontario ne précise pas de pourcentage seuil pour le niveau Restreindre (orange); on indique seulement que la gestion des cas et la recherche des contacts dans les 24 heures constituent des critères adéquats, et que le passage au niveau orange devrait survenir s'il y a un risque que le bureau de santé publique n'ait pas la capacité requise pour gérer tous les cas et effectuer toutes les recherches de contacts nécessaires.
5. Le Cadre d'intervention pour la COVID-19 de l'Ontario ne précise pas de pourcentage seuil pour le niveau Contrôler (rouge); on indique seulement que le passage au niveau rouge devrait survenir si l'on constate que le bureau de santé publique n'a pas la capacité requise pour gérer tous les cas et effectuer toutes les recherches de contacts nécessaires, ou que cela risque de se produire.

étaient employés par le sous-groupe des mesures de santé publique pour examiner les mesures de santé publique liées à la COVID-19 dans chaque catégorie et prodiguer des conseils s'y rapportant.

Le 3 novembre 2020, environ un mois et demi après avoir reçu les conseils de Santé publique Ontario, le gouvernement provincial a rendu public son Cadre d'intervention pour la COVID-19, lequel remplaçait son plan précédent de déconfinement en trois stades (voir l'**Annexe 15**). Dans le nouveau Cadre d'intervention pour la COVID-19, on attribue à chaque région de santé publique l'un des cinq paliers suivants, le dernier étant une mesure de dernier recours en cas d'urgence.

- **Prévenir (en vert) :** Des mesures normalisées de santé publique sont à prévoir (comme exiger que les tables à l'intérieur des restaurants soient situées à au moins deux mètres les unes des autres).
- **Protéger (en jaune) :** Des mesures renforcées de santé publique sont à prévoir (comme autoriser la vente d'alcool à l'intérieur des restaurants seulement de 9 h à 23 h).
- **Restreindre (en orange) :** Des mesures intermédiaires de santé publique sont à prévoir (comme limiter à 50 personnes la capacité d'accueil à l'intérieur des restaurants et interdire la consommation d'alcool entre 22 h et 9 h).
- **Contrôler (en rouge) :** Des mesures sévères de santé publique sont à prévoir (comme limiter à 10 personnes la capacité d'accueil à l'intérieur des restaurants).
- **Confinement (en gris) :** Des restrictions et des mesures à grande échelle sont à prévoir (comme l'interdiction de manger à l'intérieur des restaurants).

La **Figure 19** permet de comparer les catégories du Cadre d'intervention pour la COVID-19 et les seuils recommandés par Santé publique Ontario le 21 septembre avec le Cadre d'intervention pour la COVID-19 annoncé publiquement le 3 novembre. Dans l'ensemble, les nouveaux seuils sont plus élevés que ceux recommandés par Santé publique Ontario, ce qui signifie que l'épidémie doit se situer à un stade où les cas et la transmission sont plus élevés avant la mise en place des mesures de santé publique. De plus, comme il est mentionné à la **section 4.5.5**, certains indicateurs employés dans le Cadre du gouvernement provincial ne sont pas tirés au clair. De plus, les seuils à chaque stade dans le Cadre du gouvernement provincial ne concordaient pas avec ceux recommandés par Santé publique Ontario. À titre d'exemple, le seuil de déclenchement du palier le plus restrictif aux termes du Cadre du gouvernement provincial est quatre fois supérieur à celui recommandé par Santé publique Ontario, comme le montrent les points suivants :

- Le palier « Contrôler (en rouge) » dans le Cadre du gouvernement provincial ne sera déclenché que s'il y a plus de 100 cas de COVID-19 par tranche de 100 000 résidents sur sept jours.
- Le palier « Alerte maximale (en rouge) » selon le cadre recommandé par Santé publique Ontario sera déclenché même s'il n'y avait que 25 cas de COVID-19 par tranche de 100 000 résidents sur sept jours.

On n'a pas mis les parties prenantes de la santé publique, dont Santé publique Ontario, au courant des indicateurs et des seuils choisis par le gouvernement avant leur publication; une fois le Cadre publié, elles ont fait part au Ministère de leur préoccupation selon laquelle les seuils étaient trop élevés. À titre d'exemple, c'est le 5 novembre que Santé publique Ontario a communiqué par courriel avec les médecins hygiénistes locaux de chaque bureau de santé publique, ce qui donne à penser que Santé publique Ontario n'a pris connaissance des nouveaux indicateurs que le 3 novembre, date à laquelle le gouvernement a annoncé publiquement le Cadre d'intervention pour la COVID-19.

De plus, il semblait que tous les bureaux de santé publique n'appuyaient pas pleinement le Cadre d'intervention pour la COVID-19 du gouvernement provincial parce que celui-ci autorisait

l'assouplissement des restrictions dans les régions où le nombre de cas de COVID-19 tendait encore à augmenter. Par conséquent, certains bureaux de santé publique ont imposé de leur propre chef des restrictions. À titre d'exemple, le 6 novembre 2020, le gouvernement provincial a annoncé qu'à compter du 7 novembre, la région de Peel passerait du stade 2 modifié au palier « Contrôler (en rouge) ». Bien que le palier « Contrôler (en rouge) » comporte les mesures les plus sévères en l'absence d'un confinement complet, il autorise tout de même l'ouverture d'un nombre de commerces supérieur à celui autorisé dans le stade 2 modifié (comme le fait d'autoriser une capacité d'accueil allant jusqu'à 10 personnes à l'intérieur des restaurants). Étant donné la situation, le médecin hygiéniste local de la région de Peel a émis à la population des directives nettement plus sévères que les dispositions du palier « Contrôler (en rouge) », comme la fermeture des lieux où se déroulent les événements dans les salles de banquet et l'interdiction des réceptions de mariage et des rassemblements du même ordre. Le 9 novembre, les responsables de la santé publique de Toronto ont également sonné l'alarme, en indiquant qu'ils cherchaient à suivre l'exemple de la région de Peel et à ajouter des restrictions locales supplémentaires au Cadre d'intervention pour la COVID-19. Le 10 novembre, le médecin hygiéniste de Toronto a annoncé ces restrictions, notamment l'interdiction de la reprise des repas servis à l'intérieur des restaurants.

L'orientation provinciale qui ne correspond pas à l'orientation locale prête à confusion au sein de la population et révèle que le gouvernement provincial et les bureaux de santé publique fondent leurs décisions sur des données différentes.

Le 13 novembre, le gouvernement provincial a annoncé qu'après avoir consulté le médecin hygiéniste en chef et le Groupe des mesures de santé publique, il avait révisé le Cadre d'intervention pour la COVID-19 par une réduction du seuil propre à chacun de ses paliers. À titre d'exemple, le palier « Contrôler (en rouge) » sera désormais déclenché s'il y a au moins 40 cas de COVID-19 par tranche de 100 000 résidents sur sept jours. Toutefois, un tel seuil demeure au moins 1,5 fois plus élevé que celui de 25 cas que Santé publique Ontario a recommandé. D'après ce que le Bureau a appris, Santé publique Ontario appuyait les nouvelles mesures, d'autant plus que la prévalence de la COVID-19 a changé depuis la prestation de ses premières recommandations.

RECOMMANDATION 4

Pour améliorer l'harmonisation des politiques et des décisions prises (y compris les conseils donnés) avec les pratiques exemplaires et les données scientifiques et épidémiologiques pour le confinement financièrement avantageux de la COVID-19, le Bureau recommande que le Groupe de commandement pour le secteur de la santé, appuyé par le Groupe central de coordination :

- observe en temps voulu les conseils et recommandations en matière de santé publique que formulent Santé publique Ontario et le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage à l'avenir;
- approuve, conformément aux conseils formulés par le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage, l'élimination de l'exigence de dépistage de la COVID-19 chez les visiteurs des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite qui sont asymptomatiques et sans exposition connue à la COVID-19 dans les 14 jours suivant leur visite;
- continue de passer en revue le *Cadre d'intervention pour la COVID-19 : Garder l'Ontario en sécurité et ouvert* et de donner des conseils à propos des modifications à y apporter, compte tenu des conseils donnés par Santé publique Ontario et de la rétroaction du Groupe des mesures de santé publique et des bureaux de santé publique.

RÉACTION REGROUPÉE DU MINISTÈRE ET DU SECRÉTAIRE DU CONSEIL DES MINISTRES

L'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la pandémie s'est appuyée sur les données, l'analyse des risques et le contexte local; elle a grandement bénéficié des conseils et recommandations en matière de santé publique de divers groupes, notamment Santé publique Ontario et le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage de Santé Ontario. Si les conseils des spécialistes constituent un apport important, il ne s'agit pas toutefois du seul facteur qui intervient dans les recommandations au gouvernement ou le processus décisionnel gouvernemental.

Les données et les conseils des spécialistes sur la performance du dépistage chez les travailleurs de la santé asymptomatiques continuent d'évoluer, et le dépistage chez les visiteurs et les membres du personnel des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite contribuera à enrichir l'ensemble des connaissances au fur et à mesure que la science évolue.

Le dépistage chez les visiteurs des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite a été effectué par extrême prudence, à titre de mesure de précaution pour protéger les citoyens les plus vulnérables de l'Ontario. Il demeure nécessaire de protéger les résidents et les membres du personnel des foyers de soins de longue durée contre le risque de contracter la COVID-19, d'autant plus que les résidents des foyers de soins de longue durée sont plus susceptibles d'être infectés par la COVID-19 que la population générale en raison de leur âge et de leur état de santé.

4.5 Les communications n'étaient pas pleinement performantes au sein du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, ni fournies à temps aux parties prenantes touchées, ni présentées clairement à la population

Comme il est indiqué à la **Section 4.1.1**, dès la fin du mois d'août 2020, le Groupe de commandement pour le secteur de la santé s'était accru pour compter jusqu'à 90 participants en juin 2020 et 83 participants au 31 août. Jusqu'en juillet 2020, ses réunions avaient lieu essentiellement par téléconférence. Les parties prenantes, comme les bureaux locaux de santé publique, étaient également préoccupées par le fait que craignaient également que le Groupe de commandement pour le secteur de la santé ne les informait pas assez tôt de ses décisions (ou de celles du gouvernement provincial) : elles ont parfois pris connaissance des changements qui les touchaient directement seulement une fois ceux-ci rendus publics dans le cadre d'une conférence de presse.

4.5.1 Les réunions par téléconférence n'étaient pas pleinement performantes et les discussions s'y rapportant n'étaient pas documentées en détail

Le Groupe de commandement pour le secteur de la santé et ses divers sous-groupes se sont mis à tenir des réunions à intervalles réguliers (au moins une fois par semaine) le 28 février 2020. Toutefois, les détails des discussions tenues pendant ces réunions n'étaient pas documentés et les comptes rendus des décisions (comme les conseils à fournir au ministère de la Santé, au premier ministre et au Conseil des ministres) n'étaient pas distribués aux membres. On a mis en ligne le sommaire des thèmes abordés par le Groupe de commandement pour le secteur de la santé et les mesures qui en ont résulté, mais aucun procès-verbal officiel n'a été rédigé ni distribué relativement à ces réunions. Les

sommaires ne faisaient état que des sujets et thèmes de chaque réunion, sans pour autant préciser qui y était invité, ce qui avait été dit lors des discussions ou les opinions des personnes présentes. De plus, les réunions n'ont jamais eu lieu en personne après la mi-mars 2020; la taille du Groupe de commandement pour le secteur de la santé y est vraisemblablement pour quelque chose.

Toutes les réunions de la fin février 2020 à juillet 2020 se sont déroulées par téléconférence. Ce n'est que le 28 juillet 2020 que le Groupe de commandement pour le secteur de la santé s'est mis à se réunir en permanence par vidéoconférence. Ce changement s'est produit à la suite d'une vidéoconférence d'essai tenue le 14 juillet 2020, après laquelle plusieurs membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé ont dit préférer la vidéoconférence à la téléconférence.

La performance des réunions par téléconférence varie selon des facteurs tels que la taille du groupe, la mesure dans laquelle les membres du groupe se connaissent et la complexité des enjeux abordés. Si le groupe est trop nombreux, comme c'était le cas pour le Groupe de commandement pour le secteur de la santé, la téléconférence devient un moyen improductif et inefficace de tenir des réunions. Comme il est indiqué à la **Section 4.1.1**, le nombre de membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé s'est élargi au fil du temps. Aux 21 membres qu'il comptait à l'origine se sont ajoutés des sous-ministres adjoints de divers ministères, dont le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée, ainsi que des professionnels et des experts-conseils de l'ensemble du gouvernement et du secteur de la santé en tant qu'« invités ». Le Ministère a désigné 51 autres personnes à titre d'« invités » fréquents aux réunions par téléconférence. De plus, le premier ministre assistait parfois à ces réunions. Les participants aux réunions par téléconférence ont informé le Bureau qu'ils ne connaissaient pas la distinction à établir entre les « membres » et les « invités », que ce soit au chapitre des rôles et des responsabilités ou à celui de leur droit de prendre la parole et de donner des conseils aux réunions. D'après ce que le Bureau a appris, ceux que le Ministère qualifiait d'invités croyaient faire partie du Groupe de commandement pour le secteur de la santé. De plus, comme les membres, les invités assumaient à l'occasion des tâches supplémentaires. À titre d'exemple, le vice-président de Santé publique Ontario, qui entrait dans la catégorie des invités du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, est coprésident du Groupe des sciences (voir l'**Annexe 9**).

Les réunions par téléconférence où les participants sont trop nombreux deviennent souvent incohérentes et un nombre restreint de participants risque souvent de monopoliser l'attention. Les autres participants peuvent se sentir supplantés et, de ce fait, devenir passifs : ils se contenteront d'écouter les discussions sans ajouter de commentaires.

Dans la discussion qu'il a tenue avec les participants au Groupe de commandement pour le secteur de la santé, le Bureau a relevé des préoccupations, ce qui confirme que les réunions par téléconférence n'ont pas été menées de façon performante à cause du nombre de participants en cause. En outre, le recours à la téléconférence et la taille des réunions ont nui à la prestation de conseils qui auraient contribué à la prise de décisions éclairées fondées sur des données scientifiques et la prise en compte du risque analysé. Voici quelques exemples de préoccupations :

- Les participants recevaient avant la réunion l'ordre du jour, les documents et les mesures de suivi pour fins de discussion, mais les procès-verbaux officiels n'étaient ni dressés ni distribués. Il est donc impossible de confirmer la présence des gens aux téléconférences, les propos que ces derniers y ont tenu et s'ils avaient exprimé des opinions dissidentes par rapport aux décisions prises (y compris en ce qui touche les conseils à prodiguer au Conseil des ministres.

- Les documents étaient souvent reçus le matin même de la réunion du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, ce qui ne permettait pas d'en faire l'examen avant la réunion.
- Les participants à qui nous avons parlé ont mentionné que certains d'entre eux n'ont peut-être pas osé parler parce qu'ils étaient intimidés par la personnalité et l'ancienneté des autres participants à l'appel.
- Les participants ne savaient pas toujours précisément qui était la personne qui parlait ou si cette personne avait une expertise sur le sujet dont il était question.
- Les discussions étaient parfois dirigées par les participants ayant la voix la plus forte ou l'opinion la plus ferme sur un sujet, plutôt que par ceux qui possédaient une expertise.
- Les décisions (comme celles portant sur les conseils à fournir au Conseil des ministres) ont été prises par consensus verbal seulement, plutôt que par vote à la fin de la téléconférence.

Le recours à la vidéoconférence aurait pu éliminer certaines de ces préoccupations, car les participants auraient pu voir si la personne qui parlait était un expert sur le sujet traité. Les vidéoconférences n'ont commencé qu'en juillet 2020, environ cinq mois après le début de l'éclosion de COVID-19 en Ontario. Bien que l'Ontario dispose d'un Centre provincial des opérations d'urgence à Toronto doté d'une salle de réunion de 82 places qui a été construite et aménagée pour les situations d'urgence et qui aurait permis la distanciation physique des principaux membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé pour les réunions en personne, cette installation n'a jamais été utilisée (voir **Chapitre 1 Gestion des urgences en Ontario — Intervention contre la pandémie**).

4.5.2 Les décisions prises n'ont pas été communiquées aux intervenants concernés en temps opportun

Dans certains cas, les décisions du gouvernement provincial n'ont pas été communiquées assez clairement aux bureaux de santé publique ou aux autres intervenants touchés avant qu'elles soient annoncées publiquement. Cette façon de faire a limité la capacité de ces intervenants à se préparer aux changements qu'ils devaient apporter pour que la décision soit mise en oeuvre. Voici quelques exemples :

- **La décision de modifier les critères de dépistage :** Le 24 mai 2020, la province a annoncé des changements aux critères de dépistage afin de permettre aux personnes ne présentant aucun symptôme de la COVID-19 de subir un test dans les centres d'évaluation si elles croyaient être atteintes du virus (voir la **section 4.4.1**). L'annonce a entraîné une augmentation immédiate et importante de la demande de tests. Dans la semaine qui a suivi l'annonce, le nombre d'Ontariens qui se sont rendus dans un centre d'évaluation a plus que doublé par rapport à la semaine précédente. Alors que les centres d'évaluation avaient été avisés le 23 mai 2020 de l'élargissement des critères pour les personnes pouvant subir un test de dépistage de la COVID-19 dans les prochains jours, ils n'ont pas été mis au courant de la date précise à laquelle le changement serait appliqué. Le réseau de laboratoires et les centres d'évaluation n'ont donc pas été en mesure de planifier et d'augmenter leur capacité d'analyse (comme la prolongation des heures d'ouverture et l'augmentation du nombre de travailleurs) à temps pour répondre à la hausse de la demande. Dans certains cas, des personnes ont été refusées parce qu'elles ne pouvaient pas toutes être testées.
- **La décision de rouvrir les garderies :** Le 9 juin 2020, la province a annoncé

publiquement que certaines garderies pourraient rouvrir leurs portes le 12 juin dans la mesure où des mesures appropriées étaient en place pour prévenir la propagation de la COVID-19. Les exploitants de garderies devaient suivre des protocoles rigoureux en matière de santé pour assurer la sécurité du personnel et des enfants dans les services de garde (par exemple, toutes les garderies devaient former des groupes d'enfants et d'employés de 10 personnes ou moins, avoir un plan d'intervention contre la COVID-19, tenir un registre quotidien de toutes les personnes qui entrent sur les lieux et procéder à un nettoyage en profondeur avant l'ouverture et fréquemment après celle-ci). Dans ses directives sur la réouverture, la province informait les exploitants de garderies qu'ils pouvaient poser des questions à leur bureau de santé publique local, au besoin. Quarante-deux pour cent des médecins-hygiénistes locaux que nous avons sondés (12 sur 28) ont indiqué qu'ils n'avaient pas eu suffisamment de temps pour réagir à l'annonce de la réouverture, étant donné qu'ils n'avaient reçu aucun avis préalable de la province à ce sujet. Les bureaux de santé publique ont dû donner des conseils et des directives aux garderies dans un très court délai et sans pouvoir fournir une réponse uniforme. Entre autres, les garderies voulaient savoir comment traiter les enfants présentant des symptômes de grippe ou semblables à ceux de la COVID. Un bureau de santé publique n'a pas pu respecter l'échéance et a demandé aux garderies de demeurer fermées jusqu'à ce qu'il puisse leur offrir une formation dans la semaine du 14 juin 2020.

De telles lacunes dans les communications ne se sont pas produites en Alberta lors de sa réponse à la première vague de COVID-19. La haute direction de l'Alberta Health Service (l'unique autorité sanitaire provinciale de l'Alberta) nous a informés que son directeur général ainsi que le médecin hygiéniste principal avaient été invités à des réunions du Comité du Cabinet sur la gestion des urgences, au cours desquelles ils ont échangé de l'information et écouté les discussions. Ils ont ainsi pu planifier de façon stratégique les changements à apporter aux mesures pour lutter contre la COVID-19, car ils étaient tous au courant des discussions et des décisions envisagées par le Cabinet avant qu'elles ne soient prises.

4.5.3 Les décisions et les recommandations n'ont pas toujours été communiquées clairement aux Ontariens

Les communications du Ministère et de la province à l'intention des médias et du public n'étaient pas toujours claires et cohérentes.

- **Messages incohérents :** Le 30 septembre 2020, le *Journal de l'Association médicale canadienne* a publié une analyse de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, dans laquelle il comparait la préparation des provinces à la crise et leurs interventions. L'étude a révélé que, dans leurs séances d'information quotidiennes et leurs entrevues avec les médias, la médecin en chef et les dirigeants élus de la Colombie-Britannique ont transmis des messages cohérents sur l'état des recommandations relatives à la pandémie et à la santé publique. Au contraire, les communications en Ontario ont été moins bien coordonnées, les dirigeants élus et le médecin hygiéniste en chef ayant parfois transmis des messages contradictoires dans des séances d'information distinctes. Par exemple, comme il est indiqué à la **section 4.3.3**, dans leurs conseils, les autres provinces et le gouvernement fédéral exhortaient les gens à éviter les déplacements non essentiels. En revanche, le gouvernement ontarien a encouragé les citoyens à se déplacer le 12 mars 2020; une note datée du

même jour (et rendue publique le lendemain soir) du médecin hygiéniste en chef indiquait que les Ontariens devaient éviter tous les déplacements non essentiels.

- **Confusion quant à savoir qui était le principal porte-parole :** Les médecins hygiénistes locaux qui ont répondu à notre sondage ont indiqué que les conseils de santé publique donnés par des représentants de la province à la place du médecin hygiéniste en chef étaient source de confusion. Au cours de la première vague de la pandémie, au printemps et à l'été 2020, le premier ministre de l'Ontario a souvent été le porte-parole au sujet des recommandations en matière de santé puisqu'il menait les conférences de presse quotidiennes, le médecin hygiéniste en chef ou la médecin hygiéniste en chef adjointe étant appelé à réitérer ses conseils par la suite. En revanche, les principaux porte-parole pendant la pandémie dans d'autres administrations, particulièrement en Alberta, en Colombie-Britannique et au Manitoba, semblaient être leur médecin hygiéniste en chef ou la personne qui occupait un poste équivalent.
- **Absence de plan ou de guide de communication d'urgence malgré la recommandation relative au SRAS :** Dans son rapport initial, le Groupe d'experts de l'Ontario sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses a recommandé en 2003 au Ministère d'élaborer une stratégie de communication sur les risques pour la santé publique. Toutefois, lorsque la pandémie de COVID-19 s'est intensifiée en mars 2020, le Ministère n'avait toujours pas de plan ou de guide pour les communications d'urgence en cas de crise. Les plans d'urgence existants (dont il est question à la **section 4.7**) ne précisent pas comment le Ministère doit communiquer avec le public en cas d'urgence. À titre d'exemple :
  - Le Plan d'intervention en cas d'urgence de 2013 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ne renferme pas de directives sur les communications. La section 6.2 est intitulée Guide sur les communications en cas de risque ou d'urgence; toutefois, il est indiqué que le contenu de cette section est « en préparation ».
  - Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe de 2013 renferme un chapitre sur les communications au sein du système de santé, mais il ne couvre pas les communications avec les médias et le grand public. Le chapitre mentionne que même si le cycle d'information en situation d'urgence comprend une conférence de presse, celle-ci n'est pas décrite dans le présent chapitre, car elle échappe à la portée des communications avec le secteur de la santé. Cette question devait être abordée dans le Plan ontarien d'intervention contre la grippe (POIG) comme méthode de communication avec le public et d'autres secteurs. Comme mentionné à la **section 4.7.3**, le POIG n'a jamais été élaboré.

4.5.4 Les raisons pour lesquelles des mesures de santé publique sont imposées ou assouplies ne sont pas communiquées clairement au public

Le Groupe des mesures de santé publique, un sous-groupe du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, présente des rapports périodiques au Groupe de commandement et donne des conseils au médecin hygiéniste en chef, qui, à son tour, fait rapport à la sous-ministre de la Santé et donne des conseils au premier ministre et au Conseil des ministres, et ces derniers prennent ensuite les décisions finales concernant les mesures de santé publique et d'éducation du public qui seront mises en oeuvre à l'échelle provinciale. Le

gouvernement de l'Ontario n'a toutefois pas rendu publics tous les renseignements qui ont servi à prendre ces décisions.

Le 27 avril 2020, le gouvernement de l'Ontario a publié le document *Un cadre visant le déconfinement de la province* (ci-après le Cadre de déconfinement), dans lequel étaient décrites en détail les trois étapes du déconfinement que devait franchir l'Ontario pour rouvrir les entreprises et assouplir les restrictions en matière de santé publique. Selon le Cadre de déconfinement, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario devait tenir compte des critères suivants pour déterminer le moment où la province pouvait commencer à assouplir les mesures de santé publique :

- une diminution constante du nombre de nouveaux cas quotidiens de COVID-19 pendant une période de deux à quatre semaines;
- une diminution du taux de cas pour lesquels on ne peut pas trouver une source;
- une diminution du nombre de nouveaux cas de COVID-19 dans les hôpitaux;
- une capacité suffisante pour les soins actifs et intensifs, y compris l'accès à des ventilateurs, pour faire face efficacement à une intensification potentielle du nombre de cas;
- un accès continu à de l'équipement de protection individuelle (EPI) selon les directives et les lignes directrices provinciales;
- les responsables de la santé publique locaux communiquent à l'intérieur d'une journée, avec environ 90 % des nouveaux contacts quant à la COVID-19 pour leur donner des directives pour enrayer la propagation dans la communauté;
- des tests de dépistage constants des cas soupçonnés de COVID-19, surtout parmi les groupes de personnes vulnérables, afin de déceler rapidement de nouvelles éclosions;
- l'adoption de nouveaux et d'autres moyens d'effectuer des tests et la recherche de contacts pour favoriser une plus vaste surveillance des cas.

L'**annexe 15** résume les changements apportés aux mesures de santé publique à chaque étape de la réouverture. Comme il est indiqué à l'**annexe 1**, toute la province a adopté l'étape 1 le 19 mai 2020, l'étape 2 du déconfinement a été appliquée selon la région entre le 12 juin et le 7 juillet 2020, et l'étape 3 du déconfinement a été franchie entre le 17 juillet et le 12 août 2020. Depuis ce temps, d'autres changements ont été apportés aux étapes franchies par les régions.

Le Groupe de commandement pour le secteur de la santé a reçu et examiné des renseignements sur les critères ci-dessus environ deux fois par semaine, mais ceux-ci n'ont pas tous été rendus publics. Par exemple, Santé publique Ontario publie un sommaire quotidien qui fait état du nombre de cas de COVID-19 et du nombre de décès par région ainsi que du nombre d'éclosions en cours, mais d'autres renseignements relatifs aux critères, comme la capacité des hôpitaux en soins actifs et intensifs, les stocks d'EPI ou le pourcentage de personnes avec lesquelles les bureaux de santé publique ont pu communiquer, ne sont généralement pas fournis au public.

Nous avons également remarqué que les décisions concernant l'imposition ou l'assouplissement de mesures de santé publique tenaient compte des critères susmentionnés. Toutefois, le Ministère n'a pas précisé quelles cibles devaient être atteintes pour assouplir certaines mesures de santé publique ou quelles cibles devaient être dépassées pour que d'autres mesures de santé publique soient imposées. Par exemple, les décisions concernant le moment où la province ou les régions passeraient de l'étape 1 à l'étape 2 ou de l'étape 2 à l'étape 3 n'ont pas été fondées sur l'atteinte de paramètres précis.

Le fait de préciser et de communiquer de façon proactive ces objectifs aurait permis au public de mieux comprendre pourquoi des décisions étaient prises et aurait pu prévenir ou réduire les craintes et l'anxiété du public.

En revanche, certains bureaux de santé publique publient des renseignements sur des indicateurs clés qui sont utiles pour prendre des décisions concernant la réouverture. Par exemple, le Bureau de santé publique de Toronto publie un tableau de bord de la COVID-19 qui contient des indicateurs semblables à ceux qui sont définis dans le cadre de réouverture. Le tableau de bord comprend également une cible pour presque tous les indicateurs et regroupe les indicateurs en quatre catégories : propagation du virus et confinement; analyses en laboratoire; capacité du système de santé; santé publique. Selon les résultats de chaque indicateur par rapport à la cible, un état (vert, jaune ou rouge) est appliqué à chaque indicateur et à chaque catégorie, ainsi qu'à la situation globale actuelle liée à la COVID-19 dans la région. Cette information aide le public à mieux comprendre dans quelle mesure la région gère bien les différents aspects de ses mesures d'intervention face à la COVID-19 et donne un aperçu de la probabilité que d'autres restrictions ou assouplissements des mesures de santé publique soient annoncés.

4.5.5 Les critères d'imposition ou d'assouplissement des mesures de santé publique aux termes du nouveau Cadre provincial d'intervention pour la COVID-19 demeurent ambigus et créent de la confusion

Comme il est indiqué à la **section 4.4.3**, pendant que nous mettions la dernière main au présent rapport, le gouvernement de l'Ontario a publié son *Cadre d'intervention pour la COVID-19 : Garder l'Ontario en sécurité et ouvert* (Cadre d'intervention pour la COVID-19) le 3 novembre 2020 (révisé le 13 novembre 2020) afin de catégoriser les régions de santé publique et de leur attribuer une couleur selon les cinq paliers suivants : Prévenir (vert), Protéger (jaune), Restreindre (orange), Contrôler (rouge) et Confinement (gris). Selon l'étape, les mesures ou restrictions de santé publique sont imposées ou assouplies. Le Cadre d'intervention pour la COVID-19 a établi les sept principaux indicateurs suivants qui seront pris en compte pour déterminer l'étape à laquelle se situe chaque bureau de santé publique :

1. taux d'incidence hebdomadaire de la COVID-19 par tranche de 100 000 habitants;
2. pourcentage de positivité des tests de dépistage de la COVID-19;
3. taux de reproduction (c.-à-d. le nombre estimatif de cas de COVID-19 transmis par chaque cas de COVID-19 existant);
4. tendances relatives aux éclosions de COVID-19 et éclosions dans les établissements;
5. niveau de transmission communautaire (où les cas de COVID-19 ne peuvent être associés à une source probable de transmission);
6. capacité (de lits) d'hôpitaux et de soins intensifs;
7. capacité de gestion des cas et de recherche des contacts.

Outre les préoccupations selon lesquelles les seuils pour chaque étape ne correspondent pas aux conseils d'experts (voir la **section 4.4.3**), aucune cible claire n'est fournie pour quatre des sept principaux indicateurs susmentionnés afin de déterminer quel niveau entraînerait le passage d'un bureau de santé publique d'une étape à une autre. Concrètement :

- **Tendances relatives aux éclosions de COVID-19 et éclosions dans les établissements :** Les étapes « Restreindre (orange) » et « Contrôler (rouge) » indiquent qu'il y aurait des éclosions répétées dans plusieurs secteurs ou établissements et une augmentation du nombre de grosses éclosions. Toutefois, elles ne définissent pas ce qu'on entend par éclosions répétées ou par augmentation du nombre de grosses éclosions.
- **Niveau de transmission communautaire :** Les étapes « Protéger (jaune) » et « Restreindre (orange) » indiquent que le niveau de transmission communautaire est

stable ou en hausse. Toutefois, on ne sait pas exactement quel pourcentage d'augmentation entraînerait le passage d'une étape à l'autre.

- **Capacité en lits des hôpitaux et des unités de soins intensifs :** L'étape « Restreindre (orange) » vise les situations où la capacité (en lits), des hôpitaux et des unités de soins intensifs est adéquate ou que l'occupation est en hausse, tandis que l'étape « Contrôler (rouge) » est atteinte lorsque cette capacité risque d'être insuffisante. Toutefois, il n'existe aucune définition ni précision quant au niveau de capacité ou d'occupation jugé adéquat ou susceptible d'être insuffisant.
- **Capacité de gestion des cas et de recherche des contacts :** L'étape « Restreindre (orange) » s'applique lorsque la capacité de gestion de cas et de recherche des contacts dans un délai de 24 heures est adéquate ou risque de devenir insuffisante tandis que l'étape « Contrôler (rouge) » est atteinte lorsque cette capacité risque d'être insuffisante. Encore une fois, aucune définition n'est donnée quant à ce que cela implique. Comme il est mentionné au **Chapitre 3 Tests en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts**, alors que la province a fixé à 90 % la cible de gestion des cas (soit de parler à une personne ayant obtenu un résultat positif à la COVID-19) dans un délai de 24 heures, entre mars et août 2020, seulement environ 80 % des cas ont été contactés dans un délai de 24 heures. Il n'est pas clair si cela indique que les bureaux de santé publique sont débordés ou si ce rendement est adéquat.

RECOMMANDATION 5

Pour améliorer l'efficacité, la rapidité et la transparence des communications relatives à la réponse du gouvernement provincial à la pandémie de COVID-19, nous recommandons ce qui suit :

- que toutes les réunions du Groupe de commandement pour le secteur de la santé soient tenues par vidéoconférence ou en personne (lorsque les mesures de distanciation physique et de santé publique peuvent être respectées) après la rationalisation de sa structure (voir la **Recommandation 1**);
- que le Groupe de commandement pour le secteur de la santé rédige des procès-verbaux et dresse la liste des participants aux réunions, documente les décisions clés prises (par exemple, les conseils à fournir au ministre de la Santé et au Conseil des ministres), les échéanciers, les produits livrables et les parties responsables de la distribution et de l'approbation pour tirer des leçons des décisions antérieures et en guise de référence pour les décisions futures;
- que le Groupe central de coordination élabore une stratégie de communication avec les intervenants qui détermine les personnes à informer avant les annonces publiques et donne suffisamment de temps aux intervenants pour mettre en oeuvre immédiatement chaque décision annoncée;
- que le médecin hygiéniste en chef devienne un membre permanent du Groupe central de coordination;
- que tous les conseils donnés au premier ministre et au Conseil des ministres par le médecin hygiéniste en chef et le Groupe des mesures de santé publique sur les mesures de santé publique (comme les conseils sur l'opportunité d'imposer ou d'assouplir les mesures de santé publique dans la province) soient rendus publics.

RÉACTION REGROUPÉE DU MINISTÈRE ET DU SECRÉTAIRE DU CONSEIL DES MINISTRES

Le Groupe central de coordination a pour but d'assurer une réponse pangouvernementale

à la pandémie qui permet de surveiller les progrès, d'éliminer les obstacles et de favoriser la collaboration interministérielle, notamment en appuyant les ministères qui doivent communiquer en temps opportun avec les intervenants.

De plus, le gouvernement transmet l'information en plusieurs langues et au moyen de nombreux modes de communication, notamment le site Web Ontario.ca, les médias sociaux et les conférences de presse publiques, pour informer les intervenants et le public de ses décisions en temps opportun.

Les ministères de la Santé et des Soins de longue durée conviennent qu'il est nécessaire d'avoir une structure d'intervention efficace et se sont adaptés à mesure que la pandémie de COVID-19 a évolué. Depuis le début de la pandémie, le ministère de la Santé a renforcé son soutien administratif et la gestion de projet des divers volets de travail du Groupe de coordination pour le secteur de la santé.

Depuis février 2020, les coprésidents du Groupe de coordination pour le secteur de la santé ont publié, après chaque réunion, des notes de service destinées aux organismes et aux fournisseurs du système de santé auxquelles le public peut accéder.

Le Conseil des ministres reçoit des conseils, au besoin, au moyen de séances d'information données directement par le médecin hygiéniste en chef et d'autres experts de la santé provenant de groupes d'experts en santé publique et de scientifiques.

Depuis la création du Groupe central de coordination, le médecin hygiéniste en chef, le PDG de Santé Ontario et les cadres supérieurs du ministère de la Santé, de Santé Ontario et de Santé publique Ontario assistent régulièrement à ces réunions pour les volets de travail qu'ils dirigent ou lorsque leurs connaissances et leur expertise peuvent être utiles à la discussion. Le Groupe central de coordination permet d'adopter une perspective intégrée à l'échelle du gouvernement.

Le gouvernement de l'Ontario a ajouté une précision supplémentaire à l'adaptation ou au resserrement des mesures de santé publique en novembre 2020 lorsqu'il a publié le Cadre d'intervention pour la COVID-19 : Garder l'Ontario en sécurité et ouvert. Il définit des seuils précis fondés sur des indicateurs épidémiologiques, du système de santé et du système de santé publique et prévoit l'application d'un ensemble de mesures, de restrictions et d'exécution progressives.

4.6 L'analyse des conséquences et des risques n'a pas été effectuée de façon proactive et suffisante dans le cadre de la planification de la réponse continue du gouvernement provincial à la COVID-19

Le Ministère n'a pas adopté d'approche proactive pour analyser adéquatement les conséquences et les risques ou tenir compte de ceux-ci lorsque certaines décisions ont été prises ou que certaines approches ont été adoptées dans la réponse du gouvernement provincial à la pandémie de COVID-19. À titre d'exemple :

- l'interruption de presque tous les services hospitaliers non essentiels a entraîné un important arriéré d'interventions chirurgicales non urgentes (voir la **section 4.6.1**);
- étant donné que l'information fondée sur la race n'a pas été recueillie, les populations présentant un risque plus élevé de contracter la COVID-19 n'ont pas bénéficié de mesures de prévention et de confinement plus ciblées (voir la **section 4.6.2**).

4.6.1 L'interruption des services hospitaliers non essentiels a entraîné un important arriéré d'interventions chirurgicales non urgentes, et il faudra près de deux ans avant de parvenir à le résorber

Il a été décidé de mettre fin à presque tous les services non urgents, notamment des chirurgies; cette décision reposait sur l'hypothèse selon laquelle les patients atteints de la COVID-19 mobiliseraient toute la capacité des hôpitaux.

Le 12 mars 2020, Santé publique Ontario a fait une présentation au Groupe de commandement pour le secteur de la santé et a indiqué que, selon les estimations relatives à la propagation et à la gravité de la COVID-19, les lits dans les départements de soins intensifs des hôpitaux seraient tous occupés à l'échelle de la province d'ici la fin du mois d'avril. On prévoyait également que, deux semaines plus tard, il n'y aurait plus aucun autre lit disponible dans les hôpitaux. Santé publique Ontario estimait que le report des interventions chirurgicales non urgentes — c'est-à-dire les interventions qui ne sont pas urgentes ou qui ne sont pas nécessaires pour maintenir le patient en vie – permettrait de reporter respectivement d'une semaine et de deux semaines le moment où l'on atteindrait le point de saturation à l'égard des lits de soins intensifs et des autres lits des hôpitaux.

Pour donner suite à ces considérations, le 19 mars 2020, le médecin hygiéniste en chef, après avoir consulté des collègues au sein du Ministère, a émis une directive à l'intention des hôpitaux et des autres fournisseurs de soins de santé afin de demander l'interruption ou la réduction à un niveau minimal des services non essentiels et non urgents jusqu'à nouvel ordre, sous réserve de certaines exceptions, notamment si un tel report peut avoir des répercussions négatives sur l'état de santé du patient. Cette directive est demeurée en vigueur jusqu'au 26 mai 2020, date à laquelle le médecin hygiéniste en chef l'a modifiée pour permettre la reprise graduelle des services de soins de santé non essentiels et non urgents.

Les hôpitaux ont également pu libérer des lits en transférant à l'extérieur un plus grand nombre de patients désignés comme ayant besoin d'un autre niveau de soins (ANS). Il s'agit de patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers, mais qui peuvent rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'un lit se libère dans un autre établissement de soins, par exemple un foyer de soins de longue durée. Ainsi, en mars 2020, les hôpitaux ont donné leur congé à 4 641 patients désignés ANS, soit environ 7 % (ou 309) de plus que le nombre moyen de patients ainsi désignés qui ont reçu leur congé chaque mois en 2019 (4 332).

La directive d'interruption des services non essentiels a permis d'éviter à certains hôpitaux de se retrouver dans une situation où ils n'auraient pas disposé de suffisamment de lits pour répondre aux besoins. Cette mesure a toutefois eu comme conséquence que, pendant environ 10 semaines, de nombreux patients n'ont pu recevoir des services médicaux courants ou non urgents, ce qui a créé des arriérés importants à l'intérieur du réseau de soins de santé. Selon les estimations présentées dans une étude publiée en septembre 2020 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, entre le 15 mars et le 13 juin, il y a eu en Ontario un arriéré de plus de 148 000 chirurgies, lequel prendra 84 semaines (presque 20 mois, ou près de deux ans) à résorber. Toute réduction future du nombre d'interventions chirurgicales non urgentes, entre autres lors de vagues subséquentes de la COVID-19, aura comme effet de gonfler encore plus cet arriéré et de prolonger les temps d'attente pour ces interventions, en particulier dans les régions où le taux d'occupation des lits est déjà élevé dans les hôpitaux. Les hôpitaux connaissent mieux la COVID-19 maintenant, ce qui leur permet d'offrir des soins plus efficaces et plus efficients aux personnes qui en sont atteintes, tout en protégeant les autres patients hospitaliers afin d'éviter la propagation de la maladie.

Nous avons constaté que les variations régionales au chapitre des lits disponibles dans les hôpitaux pourraient être prises en compte à l'avenir afin de déterminer à quels endroits et dans quelle mesure il faut reporter les traitements médicaux non essentiels et les interventions chirurgicales non urgentes. Voici quelques exemples :

- La **figure 20** montre les écarts entre régions au chapitre des taux d'occupation des lits de soins intensifs dans les hôpitaux entre le 23 mars et le 15 mai, soit la période durant laquelle les hôpitaux ont reçu comme instruction d'interrompre les chirurgies non urgentes ou d'en réduire le nombre. Les taux enregistrés le 15 mai variaient entre environ 61 % dans la région du Nord de Santé Ontario et 80 % dans la région de Toronto.
- La **figure 21** fait état de l'occupation des lits de soins actifs entre le 23 mars et le 15 mai. Ce taux, qui était de 79 % le 23 mars, est

Figure 20 : Taux d'occupation des lits dans les unités de soins intensifs par région, du 18 mars au 15 mai 2020 (%)

Source des données : Ministère de la Santé

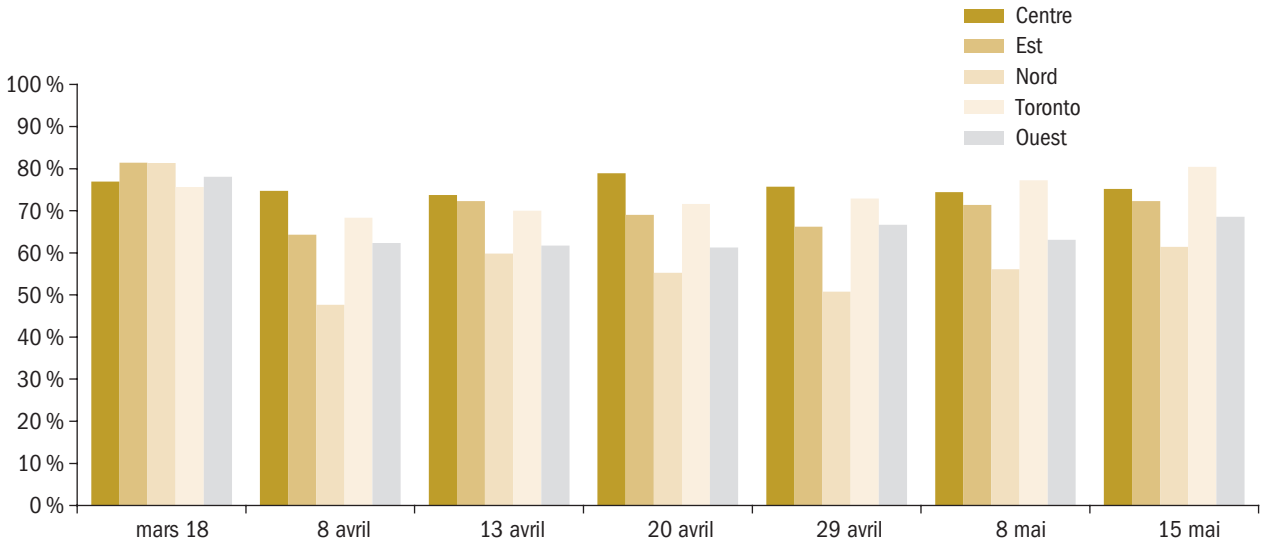
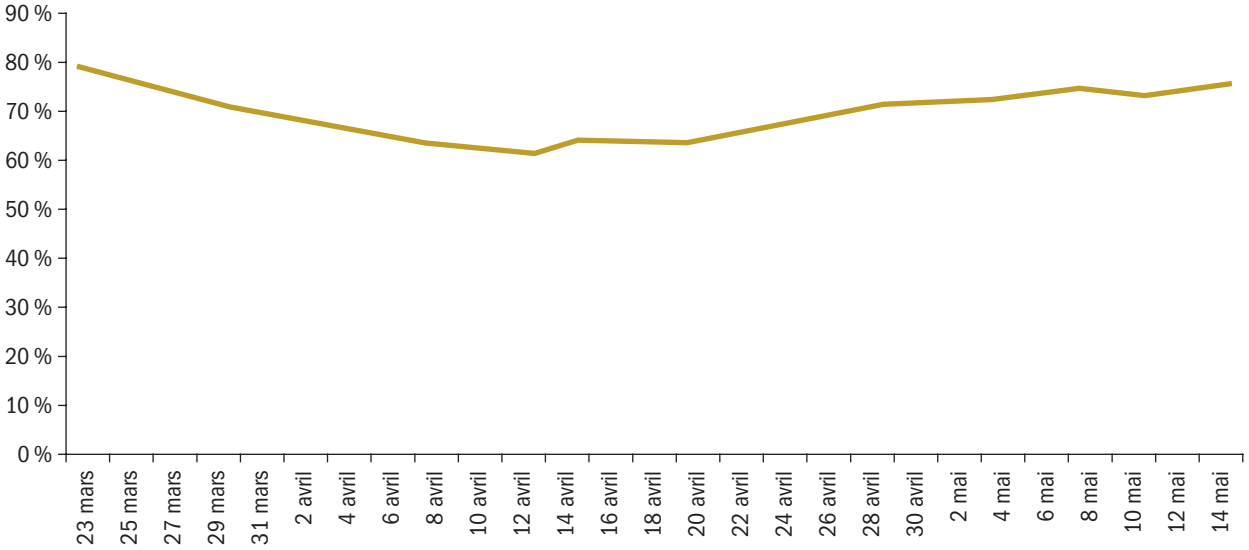


Figure 21 : Taux d'occupation des lits de soins actifs en Ontario, du 23 mars au 15 mai 2020 (%)

Source des données : Ministère de la Santé



descendu à 61 % en avril avant de remonter à 76 % le 15 mai, juste avant que l'on annule la décision d'interrompre la prestation des services non essentiels. Même s'il était prudent d'annuler les procédures non urgentes en mars pour disposer de plus de capacités afin de traiter les patients atteints de la COVID-19, le fait est que le taux d'occupation n'avait diminué que de 3 % lorsque les hôpitaux ont repris leurs activités normales. Cela révèle aussi qu'il aurait été possible de reprendre les interventions non urgentes plus rapidement dans certaines régions de la province.

4.6.2 On n'a pas recueilli de données sur l'origine raciale ni tenu compte de telles données dans le processus décisionnel afin de porter une attention particulière aux groupes courant un risque élevé de contracter la COVID-19.

On a déterminé que les populations d'immigrants en Ontario comptaient plus de cas de COVID-19 que d'autres populations, et que les taux d'hospitalisation et de décès attribuables à la COVID-19 étaient plus élevés au sein de ces populations. Malgré la recommandation de responsables du secteur de la santé en avril, ce n'est que le 26 juin 2020 que le ministère de la Santé a commencé à recueillir des données sociodémographiques et des données sur l'origine raciale en lien avec la COVID-19 au niveau provincial.

Le 15 avril 2020, une coalition de responsables en matière de santé de race noire a envoyé une lettre au ministre de la Santé et au médecin hygiéniste en chef. Elle écrivait dans cette lettre que, selon des études, l'accès aux soins de santé variait selon la race et le statut socioéconomique, ajoutant que, si l'on ne recueillait pas de données sur la situation sociodémographique et l'origine raciale, on ne pouvait savoir sur qui la pandémie risquait d'avoir des répercussions disproportionnées. La lettre exposait une série de mesures à prendre immédiatement, par exemple :

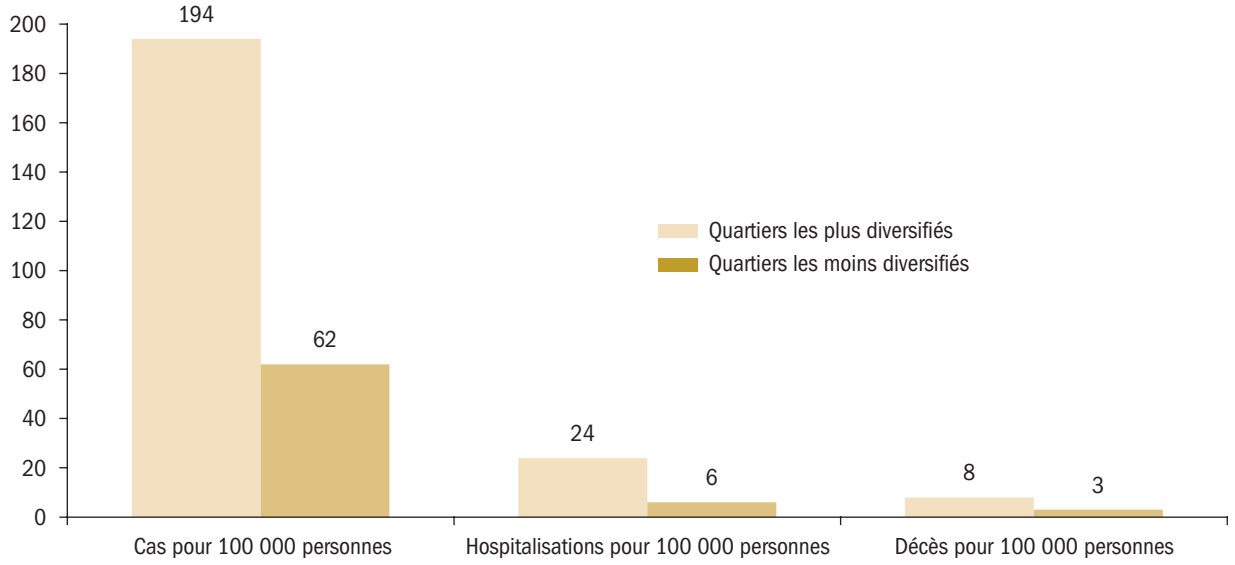
- Rendre obligatoires la collecte et la prise en compte de données sociodémographiques et de données sur l'origine raciale dans le contexte des services de santé et des services sociaux fournis à l'heure actuelle en lien avec la COVID-19, et procéder de façon plus large à la collecte de telles données à l'avenir pour étayer la planification globale du système de santé et l'affectation des ressources.
- Commencer à se conformer aux normes d'équité en matière de santé de l'Ontario telles que mises de l'avant en 2018, en exigeant la collecte de données sur l'origine raciale et de données sociodémographiques pour [traduction] « procéder à des évaluations et présenter des rapports au sujet de la santé des populations locales, et notamment exposer l'existence et l'incidence des inégalités en santé, puis définir des stratégies locales permettant de réduire efficacement ces inégalités ».
- Élargir la portée des exigences de collecte de données et de production de rapports dans le Système intégré d'information sur la santé publique pour y inclure l'origine raciale.

On dispose de données montrant que les immigrants et les personnes vivant dans des régions où l'on retrouve de plus fortes concentrations de différentes collectivités ethniques courent un risque plus élevé de contracter la COVID-19. Voici quelques exemples :

- Un rapport publié par Santé publique Ontario le 1er juin 2020 révélait que les quartiers présentant une plus grande diversité ethnoculturelle dans la province affichaient des taux disproportionnés de cas de COVID-19, même après correction en fonction de l'âge des habitants. Ainsi que le montre la **figure 22**, les quartiers les plus diversifiés affichaient des taux de cas de COVID-19, d'hospitalisations et de décès qui

Figure 22 : Comparaison des cas de COVID-19 ainsi que des hospitalisations et des décès liés à la COVID-19 par 100 000 résidents entre les quartiers les plus diversifiés et les quartiers les moins diversifiés

Source des données : Santé publique Ontario



Note : Les auteurs de l'étude ont utilisé des taux ajustés selon l'âge au niveau des quartiers.

étaient de deux à quatre fois plus élevés que ceux des quartiers les moins diversifiés.

- Il ressort d'une étude publiée le 9 septembre 2020 par l'ICES (Institute for the Clinical Evaluation of Science) que les nouveaux arrivants, dont les immigrants et les réfugiés, qui constituent un peu plus de 25 % de la population ontarienne, comptaient pour près de 44 % des cas de COVID-19 recensés au 13 juin 2020. Cette étude prenait en compte les immigrants et les réfugiés ayant obtenu le statut de résidents permanents entre le 1er janvier 1985 et le 31 mai 2017 ainsi que les immigrants de deuxième génération âgés de moins de 19 ans qui sont nés en Ontario et dont la mère a obtenu le statut de résidente permanente dans la province depuis 1985.

Toutefois, ce n'est que le 26 juin 2020 que le Ministère a commencé à recueillir des données relatives à l'origine raciale des personnes ayant fait l'objet d'un test de dépistage de la COVID-19. Donc, jusque-là, les décisions concernant les meilleures mesures à prendre afin de contenir la propagation de la COVID-19 ne reposaient pas sur des données suffisantes pour que l'on puisse concentrer plus rapidement les efforts sur les populations les plus à risque d'être infectées.

Nous avons demandé au Ministère pourquoi cette mesure n'avait pas été prise plus tôt. Le Ministère nous a répondu qu'il avait fallu du temps pour mener des consultations auprès de partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du gouvernement, dont la Direction générale de l'action contre le racisme, le ministère des Affaires autochtones et d'autres secteurs du ministère de la Santé et de Santé publique Ontario. Il a aussi fallu un certain temps pour obtenir l'approbation du Conseil des ministres en vue de modifier la réglementation adoptée en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, puis pour publier le projet de modification afin de recueillir des commentaires, comme le prévoient les processus gouvernementaux standard.

RECOMMANDATION 6

Pour mieux se préparer aux vagues subséquentes de la COVID-19 et pour protéger la santé des Ontariens à l'avenir, le ministère de la Santé et le Groupe de commandement pour le secteur de la santé devraient :

- surveiller et évaluer de façon continue la capacité d'accueil des hôpitaux et les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, à la fois à l'échelle de la province et par région, afin de trouver des moyens de réduire l'arriéré de ces interventions;
- évaluer les conséquences de l'interruption ou de la réduction des chirurgies non urgentes pour les hôpitaux et pour les patients, et tenir compte des variations régionales dans la capacité d'accueil des hôpitaux et dans les taux d'infection à la COVID-19 aux fins des directives futures;
- évaluer régulièrement les données socioéconomiques sur les cas de COVID-19 afin de déterminer quelles sont les personnes courant davantage le risque de contracter la COVID-19 et quels sont les endroits où il existe un risque plus élevé de transmission communautaire;
- mettre en oeuvre des initiatives de sensibilisation, de dépistage et de recherche des contacts ainsi que d'autres initiatives qui donnent suite aux besoins des personnes courant un risque plus élevé de contracter la COVID-19.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée conviennent de la nécessité de surveiller et d'évaluer la capacité du réseau de la santé. Ces paramètres de mesure des capacités disponibles, entre autres les lits d'hôpital et l'information sur les chirurgies prévues, ont été examinés à chaque réunion du Groupe de commandement pour le secteur de la santé et ont constitué un volet important des initiatives lancées en réponse à la COVID-19.

La décision d'interrompre les chirurgies et les interventions non urgentes prévues n'a pas été prise à la légère. Elle reposait sur les données de modélisation disponibles à ce moment, selon lesquelles il y avait une forte probabilité que les besoins liés aux patients atteints de la COVID-19 dépassent les capacités d'hospitalisation et celles des unités de soins intensifs.

Des directives sur la reprise des interventions chirurgicales prévues ont été publiées en mai, soit d'abord le cadre intitulé *Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19*, publié par Santé Ontario le 7 mai 2020, ce qui a été suivi de la modification par le ministère de la Santé de la Directive n° 2 et des lignes directrices connexes, publiées le 26 mai 2020 sous le titre *Exigences opérationnelles liées à la COVID-19 : reprise du secteur de la santé*.

Le Groupe de coordination pour le secteur de la santé (appelé auparavant Groupe de commandement pour le secteur de la santé) évalue régulièrement les indicateurs et les résultats des analyses pour bien comprendre l'incidence du revenu et de l'origine raciale sur la transmission de la COVID-19. Le ministère de la Santé collabore avec Santé Ontario et les bureaux de santé publique pour aider les résidents des quartiers à risque plus élevé à accéder aux services dont ils ont besoin, de manière à freiner la propagation du virus.

4.7 Les plans d'intervention en cas d'urgence sanitaire demeurent désuets et ne permettent pas d'attribuer de façon claire et optimale les rôles et les responsabilités avant l'apparition d'une pandémie

4.7.1 Les plans d'intervention en cas d'urgence sanitaire de l'Ontario n'ont fait l'objet d'aucune mise à jour depuis 2013.

Avant l'apparition de la COVID-19, le ministère de la Santé était responsable de deux plans d'intervention – d'une part, le Plan d'intervention en cas d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Plan d'intervention sanitaire), et d'autre part le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (le Plan de lutte contre la pandémie) – pour composer avec les urgences sanitaires. Ni l'un ni l'autre de ces plans n'avaient été examinés et mis à jour depuis 2013. On n'a même pas révisé les renvois aux ministères dans le Plan d'intervention sanitaire lorsque le ministère des Soins de longue durée a été établi à titre d'entité distincte du ministère de la Santé, en juin 2019. Cela semble contrevenir à la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*, si ce n'est que cette loi comporte une nuance, indiquant qu'il faut réviser le programme de gestion des situations d'urgence du Ministère, et non le plan. Bien que l'examen de la conformité du Programme de gestion des situations d'urgence mené en 2019 par le ministère du Solliciteur général ait révélé que le ministère de la Santé satisfaisait à toutes les exigences rattachées à ce programme, on a néanmoins cerné des améliorations possibles, par exemple établir des mécanismes de gouvernance ainsi que définir des rôles, des responsabilités et des obligations redditionnelles en matière de gestion des situations d'urgence sanitaire.

Étant donné que ces deux plans d'intervention étaient désuets et que l'on n'a pas tenté de les mettre à jour en janvier ou en février 2020, alors que le risque de pandémie grandissait, les rôles et les responsabilités n'étaient pas définis de manière adéquate pour permettre d'intervenir plus rapidement afin de contrer la COVID-19. Le Ministère ne s'est pas conformé pleinement à ces plans, et il ne pouvait pas le faire. Il les a plutôt utilisés à titre de documents d'orientation au début de la pandémie. Le 28 février 2020, il a mis en place une structure d'intervention nouvelle et complexe qui mobilisait de nombreux participants (**section 4.1**), ce qui a contribué aux retards dans les interventions et la prise de décisions de la province (**section 4.3**).

À titre de comparaison, le gouvernement de la Colombie-Britannique a mis à jour son plan de lutte contre la grippe pendant tout le mois de février 2020, peu après la confirmation du premier cas dans la province, le 27 janvier. Il a adapté ce plan à la pandémie de COVID-19 en définissant clairement les rôles et les responsabilités ainsi que la chaîne de commandement. Le plan de lutte contre la pandémie sous sa forme mise à jour a été signé par le sous-ministre de la Santé et le sous-ministre d'Emergency Management British Columbia le 5 mars 2020, et il a été publié le 6 mars.

Le **Chapitre 1, Gestion des situations d'urgence en Ontario – Intervention contre la pandémie** traite des questions entourant l'activation des plans d'intervention d'urgence de l'Ontario.

Plan d'intervention sanitaire

Ainsi que cela a été mentionné, la dernière mise à jour du Plan d'intervention sanitaire remonte à 2013. Le Plan d'intervention sanitaire est censé énoncer les mesures que prendra le Ministère en cas d'urgence touchant le réseau de la santé et la santé des Ontariens; il doit servir de complément à des plans portant sur des incidents bien précis, comme le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (le Plan de lutte contre la pandémie).

Le Ministère nous a indiqué qu'il n'avait pas suivi son Plan d'intervention sanitaire pendant la pandémie de COVID-19; il l'a plutôt utilisé à titre de document d'orientation au début de la pandémie en vue de mettre sur pied le Groupe de commandement pour le secteur de la santé (**section 4.3.1**). Il ressort de notre examen que la structure d'intervention décrite dans le Plan d'intervention sanitaire est de nature très générale. Par exemple, on ne précise pas qui devrait diriger les interventions, qui devrait y participer, et quels devraient être leurs rôles et leurs responsabilités respectifs. Nous avons également constaté que le contenu du Plan d'intervention sanitaire est désuet. Voici quelques précisions :

- Ainsi que cela est mentionné à l'**annexe 2**, depuis octobre 2018, le médecin hygiéniste en chef est également désigné à titre de sous-ministre adjoint responsable du groupe de la santé publique du Ministère. Le Plan d'intervention sanitaire ne rend pas compte de ce changement.
- De plus, il n'identifie pas correctement les principaux participants aux interventions d'urgence sanitaire. Il ne désigne pas Santé Ontario parmi ces intervenants. Santé Ontario est un organisme créé en 2019 dans le but de mettre en place un réseau intégré de soins de santé en coordonnant et en assumant les mandats d'organismes de santé provinciaux maintenant disparus, dont Action Cancer Ontario et Cybersanté Ontario, de même qu'en supervisant les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé. Par ailleurs, le Plan d'intervention sanitaire indique, de façon erronée, qu'il y a 36 bureaux de santé publique (ce nombre a été ramené à 35 en 2018, et à 34 en 2020).
- Selon ce plan, les réunions peuvent avoir lieu en personne ou, si cela n'est pas possible, par téléconférence. L'efficacité des réunions se déroulant par téléconférence variera en fonction de facteurs comme le nombre de participants, la mesure dans laquelle les membres du groupe se connaissent, et la complexité des enjeux abordés. Il est indiqué à la **section 4.5.1** que les réunions tenues par téléconférence durant la pandémie de COVID-19 ont posé des difficultés en raison du grand nombre de participants; c'est sans compter que, étant donné qu'il n'a pas été mis à jour depuis sept ans, le Plan d'intervention sanitaire ne considère pas la vidéoconférence comme étant une solution appropriée pour la tenue de réunions.

Plan en cas de pandémie

Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (le Plan de lutte contre la pandémie) a été instauré en 2004 (au lendemain du SRAS, en 2003), et sa dernière mise à jour remonte à 2013. Depuis ce temps, il n'a pas fait l'objet de mises à jour annuelles comme l'exige pourtant la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*. Le Plan de lutte contre la pandémie décrit les rôles et les responsabilités des partenaires provinciaux du réseau de la santé dans le contexte d'une pandémie de grippe, et il énonce un cadre de planification des mesures d'intervention et de continuité des activités en fonction de la gravité de la pandémie et d'autres facteurs.

Étant donné que ce plan a été élaboré pour lutter contre une pandémie de grippe, certains de ses éléments, comme les directives sur les médicaments antiviraux et la vaccination, n'étaient pas pertinents dans le cas de la COVID-19. Le Ministère nous a dit que le Plan de lutte contre la pandémie n'était utilisé qu'à titre d'instrument d'orientation en vue d'élaborer des documents et des directives en réponse à la pandémie COVID-19.

Tout comme pour le Plan d'intervention sanitaire, nous avons constaté que certaines parties du Plan de lutte contre la pandémie sont désuètes. Par exemple, ce plan :

- ne mentionne pas le rôle et les responsabilités de Santé Ontario;

- fait référence au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a été scindé pour former deux ministères distincts en 2019.

Nous avons également noté que le Plan de lutte contre la pandémie ne contenait pas de lignes directrices – ou contenait des lignes directrices limitées – à propos d'un certain nombre d'aspects et d'enjeux essentiels aux fins des interventions contre la COVID-19, par exemple :

- l'accroissement de la capacité de dépistage en laboratoire ainsi que de la rapidité du processus et de la fiabilité des résultats;
- les capacités en matière de tests de dépistage et de recherche des contacts;
- les exigences relatives au port du masque, selon que la maladie se transmet par gouttelettes ou par particules aéroportées;
- la manière de parvenir à un juste équilibre entre priorités concurrentes, par exemple maintenir les capacités de soins actifs et de soins intensifs;
- la prestation de soins virtuels, approche qui est devenue de plus en plus courante ces dernières années;
- l'utilisation d'outils de communication modernes, comme les vidéoconférences.

4.7.2 Le Ministère n'a pas mis en oeuvre nos recommandations d'il y a 13 ans et de 2017 sur la mise à jour régulière de ses plans d'intervention d'urgence

Dans le cadre de notre audit de 2007, Préparation et gestion en cas d'éclosion, nous avions recommandé au Ministère :

- d'examiner régulièrement le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe et le Plan ministériel d'intervention en cas d'urgence et de les mettre à jour au besoin;
- d'effectuer périodiquement des exercices de simulation, qui sont des exercices interactifs mettant à l'essai la capacité d'une organisation ou d'une autre entité à intervenir en cas d'urgence, de catastrophe ou de crise simulée, comme le recommande l'Organisation mondiale de la santé, afin de confirmer que les interventions prévues fonctionneront;
- de préciser les responsabilités de toutes les parties concernées par la réponse.

L'examen de suivi que nous avons effectué en 2009 a révélé que le Ministère avait pris des mesures pour mettre ces recommandations en oeuvre. Par exemple, il a mis à jour les deux plans en 2009, il a dirigé un certain nombre d'exercices pour mettre à l'essai le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe et d'autres caractéristiques de son état de préparation en cas de pandémie en plus d'y participer, et il a clarifié et résumé les rôles et responsabilités dans le cadre de son examen du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe. Le Ministère n'a toutefois pas poursuivi ces mesures. Aucune mise à jour n'a été effectuée depuis 2013. Notre audit de 2017 sur la gestion des situations d'urgence en Ontario a souligné la nécessité de mettre à jour régulièrement les plans d'urgence globaux de la province.

4.7.3 Le nouveau plan de lutte contre la pandémie de grippe proposé il y a sept ans n'est toujours pas mis en place

L'introduction du Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe (POLPG) de 2013 se termine par le paragraphe suivant :

> « Le présent plan est la dernière version du [Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe], qui sera remplacé éventuellement par le Plan ontarien d'intervention contre la grippe (POIG). Selon ce nouveau plan, le système de santé provincial, au lieu de se préparer à une pandémie de grippe, établira des interventions efficaces contre la grippe saisonnière et intensifiera ces interventions en cas de pandémie. Le POIG sera associé aux plans d'intervention mis à jour de l'OMS [Organisation mondiale de la santé] et de

l'ASPC [Agence de la santé publique du Canada] et abordera également les prochaines étapes décrites dans la présente version du POLPG ainsi que les leçons apprises et les pratiques exemplaires établies à la suite de la pH1N1. Le POIG décrira les interventions contre la grippe pour l'ensemble du système de santé, y compris le gouvernement, les soins primaires, les soins communautaires, les hôpitaux et la santé publique. »

Toutefois, sept ans après avoir été proposé pour la première fois par le Ministère, le POIG n'était toujours pas en place lorsque la COVID-19 a frappé l'Ontario en 2020. Le Ministère nous a informés que le travail sur ce plan était toujours en cours. Le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe de 2013 ne fournit que des directives générales aux travailleurs de la santé et aux fournisseurs de soins primaires, sans lignes directrices particulières pour les sous-secteurs comme les soins de longue durée et les hôpitaux. Il est donc nécessaire que ce nouveau POIG donne des directives plus précises et plus pertinentes aux fournisseurs de soins de santé dans différents secteurs.

RECOMMANDATION 7

Pour améliorer la rapidité avec laquelle l'Ontario peut intervenir efficacement en cas d'urgence ou de pandémie, nous recommandons que le ministère de la Santé :

- examine, améliore et mette à jour annuellement les plans d'urgence en santé existants (le Plan d'intervention d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Plan ontarien d'intervention en cas de pandémie de grippe (ou le Plan ontarien d'intervention en cas de grippe, une fois ce dernier mis en oeuvre);
- mette en oeuvre le Plan ontarien d'intervention en cas de grippe et mette continuellement à jour l'information à mesure que les leçons sont tirées de la COVID-19, y compris des directives précises à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des sous-secteurs comme les soins de longue durée et les hôpitaux.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient de la nécessité d'appliquer les leçons tirées de la planification des mesures d'urgence et des pandémies. Le Ministère se conforme systématiquement à toutes les exigences obligatoires du programme de gestion des urgences en vertu de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*. Cela comprend l'examen des plans d'intervention en santé existants et leur mise à jour au besoin.

Le Ministère mettra en oeuvre le Plan ontarien d'intervention en cas de grippe. Le Plan ontarien d'intervention en cas de grippe fournira des directives sur les mécanismes d'intervention pour contrer le virus de la grippe dans les situations saisonnières et pandémiques. La grippe est un virus très particulier qui diffère des autres virus à l'origine des pandémies comme la COVID-19 (un coronavirus). Ce virus est bien compris du point de vue scientifique et technique et se double d'une infrastructure clinique et de santé publique particulière à l'appui des interventions.

Avec l'émergence de la COVID-19, le Ministère a choisi d'adapter les documents de planification de base pour les maladies infectieuses (c.-à-d. la grippe, le coronavirus du Moyen-Orient et la maladie à virus Ebola) à ce nouveau virus et de tirer parti de l'infrastructure disponible en matière de santé publique et de système de santé, y compris les équipes de santé familiale de l'Ontario nouvellement créées.

Le Ministère a publié plus de 50 documents d'orientation axés sur les interventions pour encadrer le système de santé pendant la pandémie.

Les leçons tirées de nombreuses situations d'urgence des 15 dernières années, y compris l'intervention contre le virus Ebola, ont mis

en évidence la nécessité d'un changement de paradigme dans la gestion des urgences. L'approche recommandée consiste à assurer une préparation et une résilience continues à l'échelle du système de santé, plutôt qu'à planifier chaque danger. L'Ontario met en place une approche de préparation du système depuis le début de la pandémie de COVID-19.

4.8 Le système de santé publique de l'Ontario demeure fragmenté et mal coordonné

4.8.1 Le fonctionnement des bureaux de santé publique n'est pas uniforme, ce qui entraîne une fragmentation et des incohérences

Santé publique Ontario et le médecin hygiéniste en chef sont responsables de la gestion de la santé publique à l'échelle provinciale, mais les bureaux de santé publique assument cette responsabilité à l'échelle régionale. L'**annexe 3** définit les responsabilités de ces parties. Les variations entre les bureaux de santé publique et le cloisonnement de leurs activités ont entraîné une fragmentation et des incohérences à l'échelle de l'Ontario.

La gestion et les activités des bureaux de santé publique varient

En Ontario, on dénombre actuellement 34 bureaux de santé publique. Chacun est régi par un conseil de santé, qui est une société chargée de la prestation des programmes et services locaux de santé publique à l'intérieur de ses frontières géographiques. La portée géographique des bureaux de santé publique, leur structure organisationnelle et leur gouvernance fluctuent passablement. Concrètement :

- La population desservie par les bureaux de santé publique va de moins de 34 000 à plus de 2 700 000 habitants.
- Chaque conseil de santé nomme un médecin hygiéniste pour diriger son bureau de santé publique. La plupart des 34 médecins hygiénistes, mais pas tous, ont également le rôle de premier dirigeant.
- L'étendue de l'autonomie varie d'un conseil de santé à l'autre, selon le modèle de gouvernance. Il existe actuellement cinq modèles de gouvernance parmi les conseils de santé (voir l'**annexe 16**).

Par comparaison, le système de santé publique d'autres administrations (comme la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec) est plus simple, moins fragmenté et plus cohérent. Concrètement :

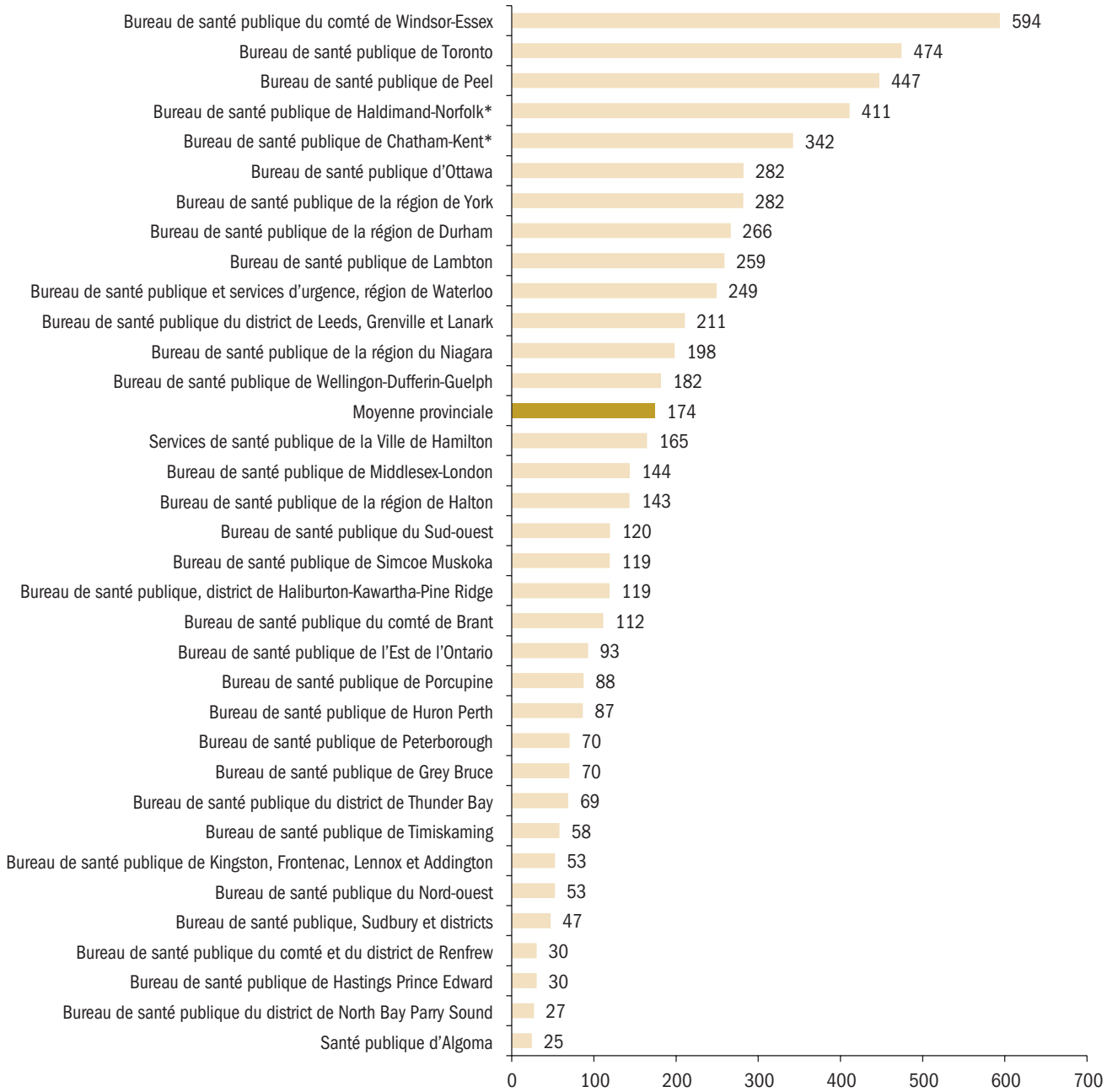
- Avec une population représentant environ le tiers de celle de l'Ontario, la Colombie-Britannique gère son système de santé publique par l'entremise de seulement cinq régies régionales de la santé et d'une régie de la santé des Premières nations, comparativement à 34 en Ontario.
- Les régies régionales de la santé de l'Alberta ont été dissoutes en 2008 et les Services de santé de l'Alberta ont été créés par une loi le 1er avril 2009. Les programmes et services de santé publique sont maintenant gérés centralement par les Services de santé de l'Alberta, qui est la seule autorité sanitaire en Alberta et dont les activités sont réparties entre cinq zones géographiques dans la province.
- La santé publique au Québec n'est administrée que par 18 régies régionales de santé publique.

Les bureaux de santé publique n'ont pas répondu de façon cohérente à la COVID-19

Le nombre de cas de COVID-19 par habitant en Ontario variait considérablement selon la région. Au 31 août 2020, le taux de cas de COVID-19 pour 100 000 habitants variait de 25 dans un bureau de santé publique à 594 dans un autre (voir la **figure 23**). Ces variations régionales peuvent être attribuées à divers facteurs, dont la densité de la

Figure 23 : Nombre de cas de COVID-19 par 100 000 résidents, par bureau de santé publique, au 31 août 2020

Source des données : Santé publique Ontario



* La densité de population des régions relevant de ces bureaux de santé publique est faible, mais le nombre de cas par habitant est élevé en raison d'éclosions dans des exploitations agricoles de ces régions.

population, la situation sociodémographique, le nombre et le type d'établissements en commun et la proximité avec d'autres administrations fortement touchées par les cas de COVID-19, comme le Québec et les États-Unis. Outre ces facteurs, les diverses réponses des bureaux de santé publique à la COVID-19 ont également contribué aux variations régionales de leur rendement et de leur efficacité à contrôler la COVID-19. Comme il est indiqué à la **section 4.2.2**, le médecin hygiéniste en chef n'a pas émis de directives à l'échelle de la province à l'intention des médecins hygiénistes locaux ou des conseils de santé, ni agi au nom de tous les médecins hygiénistes pour

émettre des ordonnances identiques à l'échelle de la province. Toutes les directives ont plutôt été transmises aux fournisseurs de soins de santé et aux entités de soins de santé. Par conséquent, les bureaux de santé publique ont élaboré leurs propres recommandations et exigences. Ces lignes directrices et exigences différaient les unes des autres, particulièrement en ce qui concerne les exigences sur le port de masques et les précautions à prendre pour les travailleurs agricoles étrangers temporaires (voir la **section 4.2.2**).

Le Bureau de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington (le Bureau de santé publique de Kingston) est l'un de ceux qui a mieux fait que la plupart des autres à certains égards :

- Même si la majorité de sa population vit en région urbaine, le Bureau de santé publique de Kingston a affichét l'un des plus faibles taux de cas de COVID-19 dans la province, soit environ 53 cas pour 100 000 habitants (112 cas au total) au 31 août 2020. Il n'y a eu aucun décès dû à la COVID-19.
- Le Bureau de santé publique de Kingston compte 11 foyers de soins de longue durée et 19 maisons de retraite sur son territoire. Au 31 août 2020, un seul membre du personnel d'un foyer de soins de longue durée a obtenu un résultat positif à la COVID-19 (le 1er avril 2020), et aucun résident n'a contracté la COVID-19.

Le faible taux de cas de COVID-19 dans la région peut être au moins en partie attribuable à la préparation précoce du Bureau de santé publique de Kingston. Le Bureau a commencé à préparer la collectivité avant que la COVID-19 ne devienne une crise dans la province, et il a mis l'accent sur les pratiques de lutte contre les infections et de prévention dans les foyers de soins de longue durée. Par exemple, l'Unité de santé publique de Kingston a :

- organisé son atelier annuel sur la préparation à la grippe en août 2019 afin de réunir des partenaires de soins de santé de partout dans la région pour tenir une discussion interactive sur la façon de se préparer à une saison grippale grave dans la région;
- commencé, au début de mars 2020, à effectuer des vérifications de conformité dans chaque foyer de soins de longue durée afin de s'assurer que des procédures adéquates de prévention et de contrôle des infections étaient en place et que le personnel était adéquatement formé pour identifier et gérer un résident soupçonné d'avoir contracté la COVID-19;
- préparé un manuel à l'intention des foyers de soins de longue durée pour les aider à prendre les précautions nécessaires durant une éclosion virale. Le manuel contenait des renseignements et des ressources pour guider les foyers dans leurs efforts d'intervention, notamment :
- les critères selon lesquels un foyer doit déclarer une éclosion;
- une liste de vérification des mesures de contrôle des éclosions respiratoires comprenant les mesures à prendre pendant une éclosion, y compris les personnes à aviser, les mesures de protection contre les gouttelettes et les contacts à mettre en oeuvre, les mesures de contrôle de l'environnement à mettre en place, comme les mesures de nettoyage, et les restrictions et mesures à instaurer pour les résidents, le personnel et les visiteurs;
- des instructions sur la façon de prélever un échantillon pour les tests de dépistage de la COVID-19 et d'entreposer et de livrer l'échantillon pour les tests de dépistage en laboratoire de la COVID-19.

Les 34 médecins hygiénistes locaux et le médecin hygiéniste en chef ont participé à des appels hebdomadaires à compter du 23 janvier 2020, et qui se poursuivent deux fois par semaine depuis le 11 février 2020, pour échanger de l'information sur les interventions en cours en réponse à la pandémie. Malgré ces

possibilités d'échange d'information, les bureaux de santé publique n'ont pas tous suivi les pratiques exemplaires ou les leçons apprises d'autres bureaux offrant un meilleur rendement, comme le Bureau de santé publique de Kingston. Les bureaux de santé publique mettent en oeuvre et partagent les politiques et les directives provinciales, mais en tant qu'entités indépendantes, ils ne sont pas tenus de les mettre en pratique de façon cohérente. Il en résulte des variations entre les bureaux de santé publique au chapitre des interventions en cas d'éclosion ou de situation d'urgence. Par exemple, 20 des 28 bureaux de santé publique qui ont répondu à notre sondage (71 %) ont indiqué qu'ils n'offraient pas et n'avaient pas tenu de séance annuelle de préparation aux pandémies de grippe avec les intervenants locaux.

4.8.2 Étapes de la modernisation du système de santé publique de l'Ontario interrompues en raison de la COVID-19; changements recommandés il y a plus de 15 ans

Les mesures prises par le ministère de la Santé pour moderniser le système de santé publique de l'Ontario ont été mises en suspens en raison de la COVID-19. La nécessité de réformer le système de santé publique de l'Ontario a été identifiée et recommandée dans les rapports suivants sur le SRAS (voir l'**annexe 2**) :

- Le *rapport initial* du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario a été publié en décembre 2003, dans la foulée de l'éclosion du SRAS. Le Comité recommandait que la province envisage de renforcer et de consolider la capacité existante en ramenant le nombre de bureaux de santé publique entre 20 et 25. Le Comité a fait valoir que l'organisation des 37 bureaux de santé publique existants était trop diffuse, ce qui les empêchait d'avoir suffisamment d'expertise au niveau local dans certaines régions de la province. Le Comité a également reconnu qu'il doit y avoir une plus grande harmonisation entre les bureaux de santé publique et d'autres secteurs clés de services de santé.
- Dans son *premier rapport provisoire* d'avril 2004, le Comité d'experts sur le SRAS a recommandé ce qui suit : « Les médecins hygiénistes locaux et les bureaux de santé publique, qui constituent l'épine dorsale de la santé publique en Ontario, exigent, dans tout processus de réforme, une attention, un soutien, des consultations et des ressources considérables. Des examens sont nécessaires pour déterminer si les municipalités devraient jouer un rôle important dans la protection de la santé publique ou si la responsabilité, l'autorité et le financement devraient être entièrement confiés à la province. Si les conseils locaux de santé sont retenus, la province devrait rationaliser les processus de leadership et d'orientation provinciaux pour s'assurer que les conseils locaux se conforment aux exigences du programme complet établi par la province pour la protection contre les maladies infectieuses. »

Toutefois, le Ministère n'a pas donné suite à ces recommandations de réforme des bureaux de santé publique. En outre, notre audit de 2003 sur l'activité de santé publique et notre audit de 2007 sur la préparation et la gestion en cas d'éclosion ont également révélé d'importantes variations dans le financement et les opérations entre les bureaux de santé publique.

Ce n'est qu'en 2017 (14 ans après la première recommandation) que le Ministère a mis sur pied un groupe d'experts en santé publique qui a été invité à fournir des conseils sur les changements à apporter à la structure, à l'organisation et à la gouvernance de la santé publique afin de remédier au manque d'intégration de la santé publique au secteur de la santé en général et d'améliorer la capacité et la prestation en matière de santé publique. Ce groupe a relevé un certain nombre

de préoccupations concernant la prestation des services de santé publique en Ontario, notamment :

- un manque de capacité de pointe et des difficultés à recruter et à maintenir en poste du personnel de santé publique, ce qui entraîne des iniquités dans la prestation des services;
- un manque de capacité dans les petits bureaux de santé publique;
- une grande variété de modèles de gouvernance dans les bureaux de santé publique;
- l'absence de mécanismes de coordination entre les bureaux de santé publique et de travail dans le secteur de la santé.

Le Groupe d'experts sur la santé publique de 2017 a soumis plusieurs recommandations au Ministère, dont la réduction du nombre d'entités régionales de santé publique et l'établissement de conseils de santé autonomes dotés d'une structure de gouvernance uniforme et indépendante. Ces recommandations n'ont toutefois pas été pleinement mises en oeuvre.

En 2019, le Ministère a présenté une proposition, appelée « Modernisation de la santé publique », visant à rationaliser les activités des bureaux de santé publique et à donner suite aux recommandations du rapport sur le SRAS.

La proposition en vue de moderniser la santé publique en Ontario a été annoncée dans le cadre du budget provincial du 11 avril 2019. Les changements suivants ont été proposés :

- ramener le nombre de bureaux de santé publique de 35 (maintenant 34) à 10 d'ici le 1er avril 2020;
- créer 10 nouveaux conseils de santé autonomes avec une représentation régionale et locale;
- réviser la formule de financement en augmentant la portion municipale et en réduisant la portion provinciale, selon la taille de la population.

En août 2019, le gouvernement a annoncé le lancement d'un processus de consultation renouvelé comprenant la publication d'un document de travail. Des consultations en personne ont commencé en novembre 2019 pour solliciter les commentaires des partenaires (y compris les intervenants en santé publique, en santé d'urgence et en milieu municipal) sur la refonte du système de santé publique afin que ce derni soit souple, résilient, efficace et adapté aux nouveaux enjeux. Un certain nombre de séances ont eu lieu dans diverses régions de la province entre novembre 2019 et mars 2020, après quoi l'exercice a été suspendu en raison de la COVID-19.

En novembre 2019, le Ministère a publié un document de travail sur la modernisation de la santé publique, qui met en lumière plusieurs résultats attendus, notamment « une plus grande uniformité et équité dans la prestation des services dans l'ensemble de la province » et « une amélioration de la clarté et de l'harmonisation des rôles et des responsabilités entre la province, Santé publique Ontario et la santé publique locale ». Le document de travail faisait également état d'un certain nombre de défis critiques dans le système actuel de santé publique d'après plusieurs rapports parus au couirs des 20 dernières années, dont les audits antérieurs de notre Bureau. Voici des exemples de ces défis :

- **Capacité insuffisante contribuant à des pratiques incohérentes et à des services variés :** La capacité des bureaux de santé publique varie considérablement à l'échelle de la province. Certains de ces bureaux ne disposent pas de ressources humaines suffisantes pour assurer la prestation des programmes et services obligatoires – y compris la prévention et le contrôle des maladies infectieuses et transmissibles et l'immunisation –, surveiller les données sur la santé de la population et gérer les éclosions. Par exemple, selon notre audit de 2017 intitulé Santé publique : prévention des maladies chroniques, certains bureaux de santé publique n'avaient pas le temps ou l'expertise nécessaire pour examiner et

analyser les données épidémiologiques et que d'autres n'évaluaient ni ne mesuraient l'efficacité des nouveaux programmes. Cette différence dans l'accès à l'expertise du personnel pourrait entraîner des variations dans la capacité des bureaux de santé publique à répondre aux menaces et aux urgences en matière de santé publique.

- **Désalignement des services de santé, des services sociaux et des autres services :** Il existe des obstacles à la collaboration efficace entre les secteurs de la santé publique, des soins de santé et des services sociaux. La santé des Ontariens dépend de facteurs extérieurs au secteur de la santé — le logement, l'éducation, les conditions de travail, l'environnement et d'autres jouent tous un rôle. Dans l'organisation et la structure actuelles du secteur de la santé publique, il faut déployer des efforts et des ressources considérables pour éliminer les cloisonnements entre les secteurs en faisant en sorte que des professionnels de la santé publique travaillent activement avec d'autres membres de la collectivité sur divers enjeux.
- **Manque de coordination efficace et dédoublement des efforts :** Il y a des chevauchements, des redondances inutiles, des incohérences et un manque de coordination au sein du système de santé publique. Selon notre audit de 2017 intitulé *Santé publique : prévention des maladies chroniques*, nous avons constaté d'importantes lacunes dans l'ensemble des bureaux de santé publique, qui sont imputables à l'absence de systèmes officiels pour coordonner leurs activités et partager leurs pratiques exemplaires. Les activités de recherche sont reproduites dans plusieurs bureaux de santé publique alors qu'il serait possible de tirer parti des autres pour entreprendre et partager ce travail. Par ailleurs, les bureaux de santé publique ont tendance à travailler individuellement pour élaborer des systèmes de collecte de données, et les types de renseignements recueillis diffèrent d'un bureau à l'autre.
- **Incohérence dans l'établissement des priorités :** Il y a des incohérences dans la façon dont les priorités sont établies et les décisions prises concernant les programmes et les services de santé publique dans l'ensemble de la province. En raison de la variation des modèles de gouvernance, il peut être difficile pour le secteur de prendre des mesures collectives à l'égard des problèmes de santé publique qui touchent l'ensemble de la province. La variation des modèles de leadership signifie aussi que la prise de décisions et la responsabilisation organisationnelles au sein des bureaux de santé sont incohérentes, ce qui pose des défis quant à la façon dont les bureaux de santé collaborent entre eux.

Une séance de consultation en personne a eu lieu le 28 janvier 2020. Un sondage en ligne était également disponible jusqu'au 10 février 2020 pour recueillir les commentaires de la population, des agences de santé publique et de tout intervenant. Certains répondants estiment que le nombre de bureaux de santé publique devrait être réduit, mais pas au détriment de l'accessibilité locale. Ils ont indiqué que certains bureaux de santé publique pourraient facilement se fusionner; au total, entre 20 et 25 bureaux serait un nombre approprié qui permettrait de répondre aux besoins locaux, d'économiser en raison d'un nombre réduit de cadres, et d'assurer une meilleure utilisation et unmeilleur partage des ressources de soutien comme les épidémiologistes, les spécialistes des communications et l'infrastructure des TI. Ce résultat est conforme à la recommandation du *Rapport initial* de décembre 2003 du Groupe d'experts ontarien sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses. Malgré tous les travaux et les consultations effectués depuis octobre 2019, le Ministère a ensuite mis en veilleuse les changements du système de santé publique vers le

15 mars 2020 afin de concentrer ses efforts sur la réponse à la COVID-19. Par conséquent, les conseils de santé existants continueront de fonctionner après le 1er avril 2020 (pour une durée inconnue), et cette date limite pour les changements ne tient plus plus.

Il est important que des changements soient apportés pour améliorer l'efficacité et la coordination des services de santé publique à l'échelle provinciale. Comme il est indiqué à la **section 4.1.4**, les contraintes liées aux ressources expliquent en partie pourquoi certaines activités qui auraient dû être exécutées par le système de santé publique l'ont été par d'autres parties (comme Santé Ontario). Les changements envisagés pourraient inclure une surveillance et une cohérence plus centralisées, avec une orientation fournie par Santé publique Ontario aux bureaux de santé publique (comme lors d'urgences de santé publique); un changement de modèle grâce auquel les bureaux de santé publique relèvent directement de Santé publique Ontario plutôt que de conseils de santé autonomes, ainsi qu'une harmonisation structurelle avec la structure régionale et sous-régionale de Santé Ontario. Une autre chamgement dans la structure hiérarchique pourrait faire en sorte que le médecin hygiéniste en chef relève de Santé publique Ontario au lieu d'être un sous-ministre adjoint relevant du sous-ministre de la Santé. Ce lien hiérarchique peut donner plus d'autonomie au médecin hygiéniste en chef en situation de pandémie. Cela permettrait au public de mieux comprendre la façon dont les décisions en matière de santé publique sont prises pendant une pandémie.

Si l'on avait donné suite en temps opportun aux recommandations de réforme du système de santé publique de l'Ontario formulées il y a plus de 15 ans, la province aurait pu régler les problèmes de santé publique de longue date et obtenir plus tôt les résultats attendus de la proposition de modernisation de la santé publique, notamment « une plus grande uniformité et équité dans la prestation des services dans l'ensemble de la province » et « une amélioration de la clarté et de l'harmonisation des rôles et des responsabilités entre la province, Santé publique Ontario et la santé publique locale ». Ces résultats attendus étaient essentiels pour maximiser l'efficacité de la réponse de l'Ontario à la COVID-19.

RECOMMANDATION 8

Pour créer un système de santé publique cohérent et plus efficace, le ministère de la Santé doit :

- reprendre la modernisation de la santé publique d'une manière qui ne mine pas la capacité du système de santé publique de répondre aux vagues subséquentes de la COVID-19 ou aux besoins locaux en matière de santé publique, en songeant à maintenir un point unique de leadership en matière de santé publique afin d'assurer l'uniformité à l'échelle du système de santé publique et des systèmes de santé en général, particulièrement en cas d'urgence de santé publique (comme par l'orientation fournie par Santé publique Ontario et l'harmonisation structurelle globale avec les régions et les sous-régions de Santé Ontario), et du rôle et de la structure hiérarchique du médecin hygiéniste en chef de manière qu'il puisse fournir des conseils de façon indépendante dans le cadre des urgences de santé publique;
- intégrer l'information recueillie lors des consultations et des enquêtes à sa modernisation de la santé publique.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère accueille favorablement les observations et recommandations visant à créer un système de santé publique cohérent et plus efficace. L'intervention de l'Ontario à l'égard de la pandémie a mis en lumière des possibilités d'améliorer la réactivité et l'uniformité des

mesures de santé publique à l'échelle de la province.

En novembre 2019, le ministère de la Santé, en partenariat avec un conseiller, a lancé des consultations sur le renforcement et la modernisation des services de santé publique et de santé d'urgence.

À ce jour, le Ministère a :

- reçu plus de 500 présentations d'organismes et de particuliers en réponse aux documents de travail sur la modernisation des services de santé d'urgence et de la santé publique;
- rencontré plus de 300 participants dans le cadre de sept consultations régionales tenues en personne.

Les consultations ont été mises en veilleuse à la mi-mars 2020 pour permettre à la santé publique de répondre à la pandémie de COVID-19.

Lorsque la pandémie de COVID-19 sera maîtrisée et que les risques pour la population seront atténués, les consultations reprendront, et le Ministère ira de l'avant avec la modernisation de la santé publique.

Les recommandations découlant de l'examen seront communiquées à la ministre de la Santé et examinées par le Conseil des ministres dans le cadre de processus décisionnels réguliers.

4.9 L'information sur les voyageurs et leur association avec la propagation de la COVID-19 en Ontario est incomplète, tardive et insuffisante

4.9.1 L'Ontario n'a pas communiqué avec tous les voyageurs entrant dans la province en raison d'un manque de ressources affectées à cette tâche et du fait qu'elle n'a pas reçu des renseignements exacts, complets et en temps opportun

Il revient au gouvernement fédéral de décider quels visiteurs peuvent entrer au Canada, et par le fait même d'exécuter les décrets d'urgence pris par la ministre fédérale de la Santé, et de prendre des décrets sur la mise en quarantaine et en assurer l'application (voir l'**annexe 3**). Autrement dit, l'Ontario compte sur le gouvernement fédéral pour déterminer qui est autorisé à entrer au Canada et assurer la surveillance à cet égard. Le 25 mars 2020, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il prenait un décret d'urgence exigeant que toute personne (avec ou sans symptôme de la COVID-19) qui entre au Canada par voie aérienne, maritime ou terrestre s'isole pendant 14 jours. Quiconque entre au Canada doit remplir le formulaire de renseignements sur le voyageur et fait l'objet d'un dépistage par un agent des services frontaliers ou un agent de quarantaine, qui évalue les symptômes. Les ressortissants étrangers (c.-à-d. les citoyens non canadiens) qui présentent des symptômes de la COVID-19 ne sont pas autorisés à entrer au Canada. Ces renseignements sont fournis à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par l'Agence des services frontaliers du Canada. L'ASPC fournit ensuite de l'information sur les voyageurs qui n'ont pas de symptôme de la COVID-19 au moment de leur entrée au Canada aux provinces, qui doivent ensuite faire un suivi auprès de ces voyageurs pour discuter des exigences d'isolement et leur fournir des ressources de soutien s'ils en viennent à présenter des symptômes.

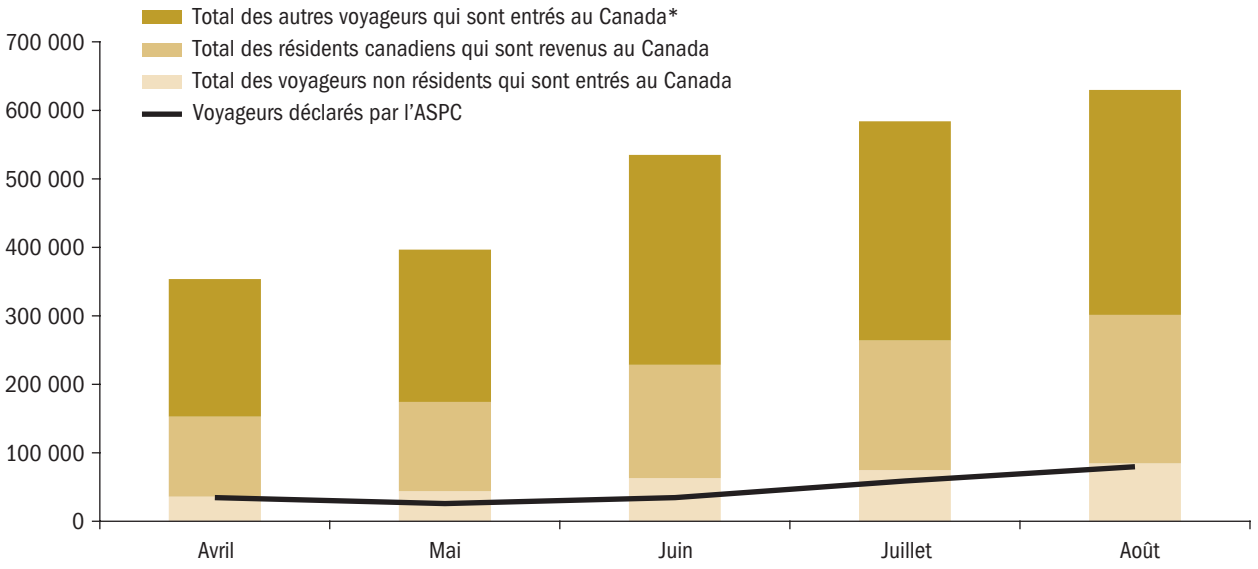
Nous avons toutefois constaté que le ministère de la Santé n'avait pas effectué de suivi auprès de bon nombre des voyageurs à l'égard desquels il avait reçu de l'information. Le 13 avril 2020, le Ministère a commencé à communiquer avec tous les voyageurs inclus dans les rapports reçus jusqu'à cette date pour expliquer ce que signifie l'auto-isolement pour les voyageurs, comment ils devraient surveiller les symptômes de la COVID-19 et comment ils pouvaient accéder à des soins médicaux, à des centres de tests et à d'autres services de soutien, au besoin. Le Ministère nous a toutefois informés qu'au 8 septembre 2020, il avait réussi à communiquer avec seulement 118 800 voyageurs (60 800 au téléphone et 58 000 par

courriel) sur les 233 300 voyageurs internationaux figurant dans les listes reçues de l'ASPC entre le 5 avril et le 31 août 2020. Ainsi, près de 50 % des voyageurs (ou 114 500) n'ont pu être joints. Le Ministère nous a informés que, même si l'ASPC pouvait avoir communiqué avec certains voyageurs également au moyen de dispositifs de numérotation automatiques et par d'autres moyens, il n'avait pu rejoindre tous les voyageurs figurant sur sa liste soit parce que ceux-ci n'avaient pas répondu à un message téléphonique ou à un courriel, soit en raison d'erreurs dans les données fournies sur les voyageurs, soit parce que les ressources humaines du Ministère affectées à la communication avec les voyageurs pendant leur période d'auto-isolement de 14 jours étaient limitées. Le Ministère a également indiqué qu'il ne reçoit pas toujours l'information en temps opportun ou que celle-ci semble être manquante ou inexacte. À titre d'exemple :

- Le nombre de voyageurs semble inexact. Le ministère de la Santé a commencé à recevoir des listes de voyageurs à contacter de l'ASPC le 5 avril 2020. Statistique Canada a indiqué qu'entre avril et août 2020, environ 2,5 millions de voyageurs internationaux sont entrés en Ontario. 12 % de ces voyageurs étaient des non-résidents du Canada, 33 % étaient des citoyens canadiens de retour et 55 % étaient d'autres voyageurs, soit des membres d'équipage étrangers et résidents, des diplomates, des militaires, des immigrants et d'anciens résidents. Les données de Statistique Canada comprennent tous les voyageurs qui reviennent au Canada. Toutefois, le Ministère nous a informés qu'étant donné que certaines catégories de voyageurs pourraient avoir été délibérément exclues des listes de voyageurs fournies par l'ASPC, il n'était pas en mesure de faire le suivi de tous les voyageurs. De plus, comme le Ministère a retiré les enfants de ces listes dès leur réception, les enfants voyageurs n'ont fait l'objet d'aucun suivi. La **figure 24** indique le nombre de voyageurs, par type, qui sont entrés en Ontario au cours de cette période. Toutefois, le Ministère n'a reçu de renseignements que sur moins de 9 % de ces

Figure 24 : Comparaison du nombre de voyageurs entrés en Ontario et du nombre de voyageurs déclarés par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), avril à août 2020

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



* Les autres voyageurs comprennent les membres d'équipage étrangers et résidents, les diplomates, le personnel militaire, les immigrants et les anciens résidents.

voyageurs, soit environ 233 300 seulement, indiquant que ces renseignements étaient inexacts et incomplets. Le Ministère nous a informés qu'il n'avait pas déterminé si d'autres renseignements sur les voyageurs devaient être fournis. Par exemple :

- La liste initiale reçue par le Ministère le 5 avril 2020 comprenait certains voyageurs qui sont arrivés en mars; or, selon cette liste, un très petit nombre de voyageurs sont retournés en Ontario, c'est-à-dire seulement deux le 25 mars et 12 le 26 mars. Étant donné que 2,3 millions de voyageurs sont entrés en Ontario au cours du mois de mars 2020, il aurait été plus réaliste de compter à peu près 74 000 voyageurs nouveaux ou de retour pour chacun de ces jours.
- La liste fournie au Ministère le 15 juin contenait des renseignements sur huit voyageurs qui seraient entrés au Canada le 16 juin, soit le lendemain de la remise de la liste.
- Il manquait des détails nécessaires dans les renseignements sur les voyageurs. Il manquait dans certaines listes de voyageurs des renseignements comme les coordonnées du voyageur et il n'était pas indiqué si le voyageur avait des symptômes de la COVID-19. L'ASPC n'inclut plus les voyageurs qui présentaient des symptômes de la COVID-19 à leur arrivée au Canada. Les dates d'arrivée au Canada étaient parfois manquantes ou inexactes. Ainsi, 880 voyageurs étaient arrivés au Canada avant le début de la pandémie et donc avant que l'ASPC ne commence à recueillir leurs renseignements, ou aucune date d'arrivée n'était indiquée à leur égard. L'ASPC a dit au Ministère d'interpréter les renseignements manquants comme étant inconnus.
- Le Ministère n'obtient pas l'information en temps opportun. Au cours de la période comprise entre le 5 avril et le 31 août 2020, 48 % des dossiers se rapportaient à des voyageurs dont la période d'auto-isolement de 14 jours était plus qu'à moitié écoulée. Dans certains cas, le Ministère a reçu des renseignements après la fin de la période d'auto-isolement de 14 jours d'un voyageur. Cela a eu pour effet que la province a tardé à confirmer si ces voyageurs avaient respecté les exigences provinciales d'isolement, s'ils avaient eu des problèmes de santé pour lesquels ils auraient pu être dirigés vers la ressource de soins de santé appropriée à des fins d'évaluation ou de test et s'ils avaient eu besoin d'aide supplémentaire pour s'isoler, comme de l'aide pour faire livrer l'épicerie. Le Ministère nous a informés qu'il avait tenté à plusieurs reprises de rectifier la situation auprès de hauts fonctionnaires de l'ASPC. Néanmoins, le problème des rapports tardifs subsistait au moment de notre examen.

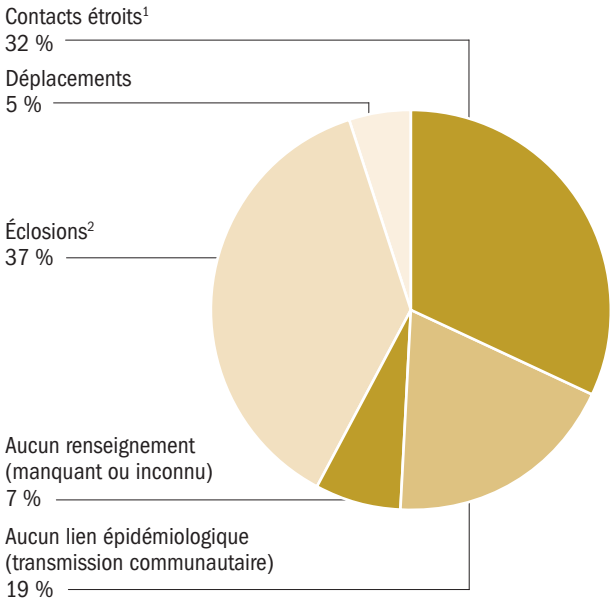
4.9.2 L'Ontario ne recueille pas de renseignements sur l'étendue de la transmission par des voyageurs ayant la COVID-19

Comme l'indique la **figure 25**, au 31 août 2020, environ 5 % (ou 2 049 sur 42 421) des cas de COVID-19 en Ontario étaient le résultat de voyages effectués à l'extérieur de la province. Bien que ces personnes aient probablement infecté d'autres personnes également, l'impact et l'étendue complets de ce phénomène ne sont pas clairs pour le Ministère ou le public. Par exemple, alors que près de 70 % des cas de COVID-19 étaient directement associés à des contacts étroits avec des personnes ayant la COVID-19 (y compris celles qui faisaient partie d'une éclosion), aucun rapport provincial n'indique lesquels de ces cas étaient directement associés à des contacts étroits avec des voyageurs ayant la COVID-19.

S'il avait ordonné aux bureaux de santé publique de déclarer expressément les cas de COVID-19 associés à un contact étroit avec des voyageurs ayant la COVID-19, le Ministère aurait aidé la

Figure 25 : Sources probables de transmission de la COVID-19 pour les cas recensés en Ontario, janvier à août 2020

Source des données : Santé publique Ontario



Notes : Ce chiffre englobe 42 512 cas de COVID-19. L'information sur les cas a été fournie par Santé publique Ontario d'après les données saisies par les bureaux de santé publique au 31 août 2020. Les chiffres peuvent différer de ceux qui ont été publiés le 31 août 2020, car les rapports publics sont fondés sur des renseignements extraits à divers moments pour chaque bureau de santé publique le 30 août 2020.

1. Plus de 60 % de ces cas étaient probablement attribuables à une transmission par des contacts étroits dans un même ménage.
2. En ce qui concerne ces cas, 56 % sont survenus dans des foyers de soins de longue durée, 10 % dans des résidences pour personnes âgées, 8 % dans des exploitations agricoles, et 6 % dans des hôpitaux. Les autres sources d'éclosion comprennent les refuges, les foyers de groupe et d'autres lieux de travail.

province et le public à mieux évaluer l'impact total des voyageurs qui arrivent en Ontario et qui y transmettent la COVID-19.

RECOMMANDATION 9

Pour réduire la propagation de la COVID-19 par les voyageurs en Ontario, nous recommandons que le ministère de la Santé, avec le soutien de la Table de coordination centrale :

- collabore au besoin avec d'autres ministères ou organismes afin d'affecter les ressources nécessaires pour communiquer avec tous les voyageurs pendant leur période d'auto-isolement;
- porte la question à l'attention du premier ministre et de la ministre de la Santé afin qu'ils fassent comprendre au gouvernement fédéral à quel point il est important que l'Ontario reçoive le plus rapidement possible des renseignements exacts, complets et à jour sur les voyageurs;
- conclue une entente avec l'Agence de la santé publique du Canada pour préciser rapidement les renseignements qui sont requis sur chaque voyageur et la vitesse à laquelle les renseignements seront fournis à l'Ontario. L'entente pourrait également couvrir les responsabilités fédérales en matière de communication, de suivi et de traçage lorsque des voyageurs internationaux atterrissent dans les aéroports de l'Ontario;
- demande aux bureaux de santé publique de commencer à déclarer le nombre de cas de COVID-19 liés à des contacts étroits avec des voyageurs ayant la COVID-19, et rende cette information publique dans le cadre des résumés quotidiens et hebdomadaires sur la COVID-19.

RÉPONSE CONSOLIDÉE DU MINISTÈRE ET DU SECRÉTAIRE DU CONSEIL DES MINISTRES

Le Bureau du Conseil des ministres souligne que le Groupe central de coordination (GCC) est un comité de coordination interne qui facilite une approche intégrée à l'appui de la réponse du gouvernement à la COVID-19. La TCC n'est pas un organisme décisionnel ni n'a le pouvoir d'orienter les ressources, de conclure des ententes ou de donner des ordres aux bureaux de santé publique. Les ministres, appuyés par leur sous-ministre et leur ministère, formulent des recommandations directement au Conseil des ministres pour approbation ou appui. Les décisions de financement sont prises par le Conseil du Trésor (CT) en fonction

des présentations des ministères, et toutes les décisions du CT sont confirmées par le Conseil des ministres.

Le Bureau du Conseil des ministres et les ministères de la Santé et du Solliciteur général conviennent de l'importance pour l'Ontario de recevoir des renseignements exacts, complets et opportuns sur les voyageurs. Le ministère de la Santé continue de travailler avec le ministère du Solliciteur général, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada et d'autres partenaires fédéraux pour renforcer le suivi des voyageurs qui reviennent en Ontario.

La province a soulevé des préoccupations au sujet de la gestion des frontières par le gouvernement fédéral dans des lettres et lors de rencontres avec les homologues fédéraux concernés. Des ministres provinciaux ont envoyé des lettres aux ministres fédéraux pour leur demander d'exiger que toutes les personnes qui entrent au Canada fournissent des coordonnées; de préciser les rôles et les responsabilités des activités de surveillance fédérales et provinciales (santé publique et application de la loi) et d'élaborer une approche segmentée et fondée sur le risque pour les voyageurs de retour au pays; et de veiller à ce que les mesures de protection de même que les ressources et le personnel fédéraux soient en place pour minimiser les risques.

La province continuera de préconiser des changements pour rendre les frontières internationales de l'Ontario plus sûres.

Depuis l'été, des progrès ont été réalisés. Ainsi, l'ASPC exige depuis le 20 novembre 2020 que les voyageurs qui arrivent par avion fournissent leurs renseignements par voie électronique. Cela favorisera un partage de données amélioré et plus rapide.

Le Ministère fait état de cas confirmés de COVID-19 par acquisition probable, y compris les voyages, dans deux mesures quotidiennes et deux mesures hebdomadaires élaborées par Santé publique Ontario et accessibles sur le site web de Santé publique Ontario. Ces données montrent que les voyages sont un catalyseur moins important de la maladie en Ontario. Du 25 au 31 octobre, l'on a constaté que les voyages constituaient une source probable d'acquisition dans 1,0 % des cas.

Annexe 1 : Résumé des principaux événements de la pandémie de COVID-19 dans le monde et en Ontario, au 31 août 2020

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

Date	Événement
31 déc. 2019	La Chine signale un groupe de cas de pneumonie à Wuhan, dans la province de Hubei, à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
3 jan. 2020	Le Bureau du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario communique d'abord avec les médecins hygiénistes locaux au sujet du groupe de pneumonies virales non diagnostiquées à Wuhan, en Chine.
12 janv. 2020	La Chine partage publiquement la séquence génétique du nouveau coronavirus qui est la source de l'éclosion.
13 janv. 2020	Les autorités confirment le premier cas enregistré à l'extérieur de la Chine, en Thaïlande.
24 janv. 2020	La première réunion des ministres canadiens de la Santé sur la COVID-19 a lieu.
25 jan. 2020	Les autorités confirment le premier cas présumé de personne porteuse du nouveau coronavirus au Canada, un voyageur arrivé à Toronto (Ontario) depuis Wuhan (Chine).
27 jan. 2020	Le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé s'active en réaction au nouveau coronavirus.
28 janv. 2020	La première réunion du Comité consultatif spécial fédéral-provincial-territorial sur le nouveau coronavirus a lieu.
11 févr. 2020	L'OMS annonce que le virus est maintenant appelé « COVID-19 ».
28 fév. 2020	La première réunion du Groupe de commandement pour le secteur de la santé a lieu.
8 mars 2020	Le premier décès lié à COVID-19 au Canada survient au Lynn Valley Care Center en Colombie-Britannique.
11 mars 2020	L'OMS déclare qu'il y a pandémie de COVID-19.
11 mars 2020	Le premier décès lié à COVID-19 en Ontario survient à l'Hôpital Royal Ontario de Barrie.
12 mars 2020	Le ministre de l'Éducation publie un arrêté ministériel concernant la fermeture de toutes les écoles publiques en Ontario.
14 mars 2020	Le gouvernement fédéral exhorte les Canadiens à l'étranger à revenir au Canada le plus tôt possible.
18 mars 2020	Le gouvernement de l'Ontario déclare une urgence en application du paragraphe 7.0.1(1) de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*.
21 mars 2020	La frontière canado-américaine est fermée à tous les voyages discrétionnaires.
24 mars 2020	Le gouvernement de l'Ontario ordonne la fermeture de toutes les entreprises non essentielles de la province.
11 avril 2020	La première réunion du Groupe central de coordination a lieu.
8 mai 2020	Certaines entreprises peuvent rouvrir leurs portes, y compris les jardineries et les pépinières.
19 mai 2020	L'Ontario amorce l'étape 1 de la réouverture.
12 juin 2020	24 bureaux de santé publique amorcent l'étape 2 de la réouverture.*
19 juin 2020	Tous les autres bureaux de santé publique (à l'exception de ceux de Peel, de Toronto et de Windsor-Essex) passent à l'étape 2 de la réouverture.
24 et 25 juin 2020	La circonscription sanitaire régionale de Peel, le Bureau de santé publique de Toronto et Windsor-Essex (sauf Leamington et Kingsville) amorcent l'étape 2 de la réouverture.
7 juil. 2020	Leamington et Kingsville amorcent l'étape 2 de la réouverture.
17 juil. 2020	24 régions des bureaux de santé publique amorcent l'étape 3 de la réouverture.*
24 juil. 2020	Tous les autres bureaux de santé publique (à l'exception de ceux de Peel, de Toronto et de Windsor-Essex) passent à l'étape 3 de la réouverture.
31 juil. 2020	La circonscription sanitaire régionale de Peel et le Bureau de santé publique de Toronto amorcent l'étape 3 de la réouverture.
12 août 2020	La région de Windsor-Essex amorce l'étape 3; toutes les régions en sont maintenant à l'étape 3.

Événement lié à l'Ontario

Notes : Les dates et les détails inclus dans cette figure sont fondés sur notre examen de l'information publique et de divers documents fournis par le ministère de la Santé, notamment les communications par courriel aux bureaux de santé publique, le mandat du Groupe de commandement pour le secteur de la santé et l'information présentée au Groupe central de coordination.

* Dix bureaux de santé publique (Département de santé de la région de Durham, bureau de santé publique de Haldimand-Norfolk, bureau de santé publique de la région de Halton, services de santé publique de la Ville de Hamilton, bureau de santé publique de Lambton, bureau de santé publique de la région de Niagara, bureau de santé publique de la région de Peel, bureau de santé publique de Toronto, bureau de santé publique du comté de Windsor-Essex et bureau de santé publique de la région de York) ne sont pas passés à l'étape suivante aussi rapidement que les 24 autres bureaux.

Annexe 2 : Résumé des recommandations pertinentes des principaux rapports sur le SRAS

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

Sujet	Recommandations	Mises en oeuvre?	Section du rapport traitant du sujet
Premier rapport provisoire de la Commission sur le SRAS[1] (avril 2004)			
Indépendance et obligation redditionnelle	• Sous réserve des garanties d'indépendance énoncées ci-dessous, le médecin hygiéniste en chef doit conserver un poste de sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Soins de longue durée.	**Oui** • Le médecin hygiéniste en chef est un sous-ministre adjoint qui dirige la Direction de la santé publique du ministère de la Santé.	4.2.1
	• Le médecin hygiéniste en chef doit avoir une indépendance opérationnelle par rapport au gouvernement en ce qui concerne les décisions en matière de santé publique durant une éclosion de maladie infectieuse.	**Oui** • Le médecin hygiéniste en chef a le pouvoir d'enquêter sur les risques pour la santé et d'agir pour prévenir, éliminer ou réduire ces risques (un rôle auparavant attribué à la ministre de la Santé).	4.2.2
	• Cette indépendance est soutenue par un système transparent qui exige que toute recommandation ministérielle soit formulée par écrit et accessible au public.	**Non** • Les recommandations ministérielles ne sont pas toujours accessibles au public.	4.2.1
Système de santé publique	• Les médecins hygiénistes locaux et les bureaux de santé publique, qui constituent l'épine dorsale de la santé publique en Ontario, exigent dans tout processus de réforme une attention, un soutien, des consultations et des ressources considérables.	**Non** • Aucune mesure n'a été prise à cet égard avant 2019. Ce travail a été mis en attente en raison de la COVID-19. Les bureaux de santé publique sont toujours indépendants.	4.8.2
	• Des examens sont nécessaires pour déterminer si les municipalités devraient jouer un rôle important dans la protection de la santé publique ou si la responsabilité, l'autorité et le financement devraient être entièrement confiés à la province.		
	• Si les conseils locaux de santé sont retenus, la province devrait rationaliser les processus de leadership et d'orientation provinciaux pour s'assurer que les conseils locaux se conforment aux exigences du programme complet établi par la province pour la protection contre les maladies infectieuses.		

Sujet	Recommandations	Mises en oeuvre?	Section du rapport traitant du sujet
Deuxième rapport provisoire de la Commission sur le SRAS[1] (avril 2005)			
Indépendance et leadership sur le plan médical	• Terminer le travail visant à rendre le médecin hygiéniste en chef indépendant des considérations politiques relatives aux décisions médicales et à la gestion directe de la santé publique. Pour ce faire, le ministre doit transférer le pouvoir opérationnel au médecin hygiéniste en chef à l'égard des laboratoires de santé publique, des évaluateurs, des inspecteurs et de l'application de la loi.	**En partie** • Le médecin hygiéniste en chef siège au Comité de planification stratégique et peut demander à Santé publique Ontario de fournir des conseils scientifiques et techniques ainsi qu'un soutien opérationnel à toute personne ou entité aux prises avec une situation d'urgence ou d'éclosion ayant des répercussions sur la santé. Toutefois, il n'exerce pas d'autorité opérationnelle sur les laboratoires de santé publique, les évaluateurs, les inspecteurs ou l'application de la loi.	4.8.2
	• Modifier la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* afin que les pouvoirs désormais conférés par la loi aux médecins hygiénistes locaux soient attribués simultanément au médecin hygiéniste en chef. Ces pouvoirs sont exercés par le médecin hygiéniste de la région, sous la direction du médecin hygiéniste en chef.	**Oui** • Le médecin hygiéniste en chef peut exercer les pouvoirs d'un conseil de santé ou d'un médecin-hygiéniste s'il existe un risque pour la santé. • Le médecin hygiéniste en chef peut ordonner aux conseils de santé d'exiger l'adoption ou la mise en oeuvre de politiques ou de mesures concernant les maladies infectieuses, les dangers pour la santé et la préparation aux urgences de santé publique. • Le médecin hygiéniste en chef peut donner des directives aux fournisseurs de soins de santé et aux entités de soins de santé concernant les précautions à prendre et les procédures à suivre pour protéger la santé des personnes partout en Ontario. Le médecin hygiéniste en chef ne peut donner directement des directives à quiconque pour qu'il prenne des mesures concernant une maladie transmissible, alors que les médecins hygiénistes locaux le peuvent.	4.2.2
	• Fournir une meilleure mesure du leadership et du contrôle centraux sur le plan médical qu'exerce la province sur les 36 circonscriptions sanitaires semi-autonomes en ce qui concerne la protection contre les maladies infectieuses et la gestion de celles-ci.	**Non** • Aucun changement n'a été apporté pour accroître le leadership et le contrôle sur le plan médical qu'exerce la province sur les bureaux de santé publique.	4.2.2 4.1.3
	• Placer la planification des urgences provinciales de santé publique sous l'autorité du médecin hygiéniste en chef et la planification des urgences locales de santé publique sous l'autorité des médecins hygiénistes locaux.	**En partie** • Cela a été le cas jusqu'au 31 août 2020, date à laquelle la planification des urgences provinciales de santé publique a été transférée à la sous-ministre adjointe, Intervention contre la pandémie et Modernisation du système de santé publique (voir la **figure 10**).	4.1.3

Sujet	Recommandations	Mises en oeuvre?	Section du rapport traitant du sujet
Rapport final de la Commission sur le SRAS[1] (décembre 2006)			
Principe de précaution	• Le principe de précaution, selon lequel il n'est pas nécessaire d'attendre une certitude scientifique avant de prendre des mesures pour réduire le risque, doit être expressément adopté comme principe directeur dans l'ensemble des systèmes de santé, de santé publique et de sécurité des travailleurs de l'Ontario au moyen d'un énoncé de politique ou d'une référence explicite dans toutes les normes et orientations opérationnelles pertinentes, et de son inclusion, au moyen d'un préambule, d'un énoncé de principe ou autrement, dans la *Loi sur la santé et la sécurité au travail, la Loi sur la protection et la promotion de la santé* et l'ensemble des lois et règlements pertinents en matière de santé. • Dans toute future crise de maladies infectieuses, le principe de précaution oriente l'élaboration, la mise en oeuvre et la surveillance des procédures, lignes directrices, processus et systèmes de détection et de traitement précoces des cas possibles. • Dans toute future crise de maladies infectieuses, le principe de précaution oriente l'élaboration, la mise en oeuvre et la surveillance des procédures, lignes directrices, processus et systèmes de sécurité des travailleurs.	**En partie** • Cinq directives ont été données par le médecin hygiéniste en chef (voir la **figure 11**). Bien qu'il soit prévu dans la loi d'utiliser le principe de précaution pour donner des directives aux fournisseurs de soins de santé et aux entités, le médecin hygiéniste en chef n'a pas appliqué pleinement le principe de précaution comme principe directeur pour prendre rapidement des mesures afin de limiter les répercussions de la COVID-19 sur les Ontariens.	4.3

Système de santé publique	• Le gouvernement achève le processus visant à remédier aux lacunes du système de santé publique, ce qui comprend ce qui suit :
	  • la création de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé;
	  • la revitalisation du Laboratoire central de santé publique;
	  • le fait de fournir un financement suffisant et soutenu pour la santé publique.
		En partie
		• Santé publique Ontario (alors appelée Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé) a été créée en 2008. Bien que des fonds réservés aux activités, y compris les analyses en laboratoire, aient été fournis, il n'y a pas eu d'augmentation du financement des activités de base depuis 2013-2014.
			4.1.4

Sujet	Recommandations	Mises en oeuvre?	Section du rapport traitant du sujet
Rapport initial du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario[2] (décembre 2003)			
Indépendance du médecin hygiéniste en chef	• Le ministère devrait immédiatement modifier la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* pour : • autoriser clairement le médecin hygiéniste en chef à faire rapport à l'Assemblée législative; • émettre des commentaires publics sur des questions importantes pour la santé publique indépendamment du ministre de la Santé et des Soins de longue durée.	**Oui** • Le médecin hygiéniste en chef peut faire rapport à l'Assemblée législative et au public.	4.2.1
Système de santé publique	• Le ministère devrait examiner, de concert avec les médecins hygiénistes, l'Association des bureaux de santé publique locaux et l'Association des municipalités de l'Ontario, le nombre actuel d'organismes de santé publique dans la province. Dans un délai de deux ans, le Ministère devrait donner suite aux résultats de l'examen pour ramener le nombre de bureaux de santé publique de 20 à 25, en maintenant une présence locale dans les bureaux satellites.	**Non** • Le ministère n'a pas effectué d'examen du nombre actuel d'organismes de santé publique et n'a pas ramené le nombre de bureaux de 20 à 25 dans un délai de deux ans.	4.8.2
Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario[2] (avril 2004)			
Communications	• Dans le cadre de l'examen des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires pour la santé publique, il est recommandé d'envisager l'inclusion des communications concernant les risques pour la santé publique en tant que norme de programme.	**Non** • Le Plan d'intervention en cas d'urgence de 2013 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ne comprend pas de directives sur les communications.	4.5.3
Système de santé publique	• Poursuivre la conception et la mise en oeuvre progressive de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. L'organisme proposé devrait disposer de pouvoirs législatifs appropriés, d'un conseil d'experts et de mécanismes appropriés pour promouvoir la responsabilisation et la transparence. Il est également proposé que, dans la conception générale, on prévoit l'établissement de liens organisationnels et opérationnels solides avec l'Agence de la santé publique du Canada.	**Oui** • Santé publique Ontario a été créée.	4.1.4

Sujet	Recommandations	Mises en oeuvre?	Section du rapport traitant du sujet

Indépendance du médecin hygiéniste en chef	• La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* devrait être modifiée pour fournir au médecin hygiéniste en chef les protections suivantes :
	  • Le pouvoir pour le médecin hygiéniste en chef de formuler des commentaires publics, y compris des commentaires à l'Assemblée législative au besoin, sans l'autorisation préalable du ministre, lorsque, selon le médecin hygiéniste en chef, l'urgence en matière de santé publique nécessite la prise de mesures.
	  • Le pouvoir pour le médecin hygiéniste en chef de publier des recherches ou des rapports qui, selon lui, peuvent favoriser la sensibilisation aux problèmes liés aux menaces en cours ou émergentes pour la santé des Ontariens ou à la capacité de la province à réagir à ces menaces. En dehors des cas d'urgence en matière de santé, le médecin hygiéniste en chef accorde au ministre une période d'examen de ces documents d'au plus 30 jours avant leur publication.
		Oui
		• La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* a été modifiée pour permettre au médecin hygiéniste en chef de présenter des rapports à l'Assemblée législative et au public.
			4.2.1

1. La Commission sur le SRAS, présidée par le juge Archie Campbell, a été mise sur pied par le gouvernement de l'Ontario en 2003.
2. Le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario, présidé par le Dr David Walker, a été mis sur pied par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2003.

Annexe 3 : Principales parties prenant part à l'intervention contre la COVID-19 en Ontario

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

Échelon	Organisme	Description
Fédéral	Agence de la santé publique du Canada	• Distribue l'information reçue de l'Organisation mondiale de la Santé aux provinces. • Recueille des renseignements sur la COVID-19 auprès des provinces, comme de l'information sur les cas et les décès, aux fins du regroupement des renseignements et de leur transmission à l'Organisation mondiale de la Santé.
	Agence des services frontaliers du Canada	• Facilite la circulation des voyageurs internationaux au Canada, et veille notamment au respect des restrictions imposées par le gouvernement fédéral concernant les personnes qui peuvent entrer au pays. • Recueille les renseignements sur les voyageurs internationaux devant être communiqués à l'Agence de la santé publique du Canada afin d'assurer le respect et l'application de l'exigence de mise en quarantaine ou d'isolement de 14 jours établie par le gouvernement du Canada.
Provincial (secteur de la santé)	Ministère de la Santé	• Dirige les interventions en matière de soins de santé de l'Ontario pour lutter contre la COVID-19. • Préside (sous-ministre de la Santé) le Groupe de commandement pour le secteur de la santé.
	Ministère des Soins de longue durée	• Appuie l'intervention du ministère de la Santé en participant au Groupe de commandement pour le secteur de la santé et aux sous-groupes sur les foyers de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées. • Élabore et met en oeuvre des politiques pour les foyers de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées.

	Médecin hygiéniste en chef	• Assume le rôle de sous-ministre adjoint relevant du sous-ministre de la Santé, et est chargé du groupe responsable de la santé publique du ministère de la Santé.
		• Émet une directive :
		  • à tout fournisseur de soins de santé ou à toute entité chargée de la fourniture de soins de santé concernant les précautions à prendre et les modalités à suivre lorsqu'il est d'avis qu'il existe ou qu'il peut exister un risque immédiat pour la santé de personnes n'importe où en Ontario;
		  • à l'un ou l'ensemble des conseils de santé ou des médecins hygiénistes locaux pour que soient adoptées et mises en oeuvre des politiques ou des mesures lorsqu'il se produit ou qu'il existe un risque immédiat que se produise un événement de santé publique provincial, national ou international, une pandémie ou une situation d'urgence ayant des répercussions sur la santé n'importe où en Ontario, dans les cas où les politiques ou les mesures sont nécessaires pour appuyer une intervention coordonnée en réponse à la situation.
		• Copréside le Groupe de commandement pour le secteur de la santé*.

	Santé Ontario	• Dirige cinq comités directeurs régionaux. • Son PDG copréside le Groupe de commandement pour le secteur de la santé*.

Échelon	Organisme	Description
	Santé publique Ontario	• Exerce une surveillance des maladies à déclaration obligatoire et fournit des conseils scientifiques et techniques aux responsables de la santé publique et des systèmes de soins de santé. • Exploite 11 laboratoires de santé publique qui effectuent des tests de dépistage des maladies infectieuses (y compris 7 laboratoires qui effectuent des tests de dépistage de la COVID-19).
	Fournisseurs de soins de santé	• Les hôpitaux et les fournisseurs de soins primaires aident à évaluer et à traiter les personnes atteintes de la COVID-19. • 33 hôpitaux et 3 laboratoires communautaires effectuent des tests de dépistage de la COVID-19. • Environ 150 centres d'évaluation (principalement exploités par des hôpitaux) recueillent des échantillons auprès de personnes qui demandent de subir un test de dépistage de la COVID-19 en laboratoire.
Provincial (hors du secteur de la santé)	Solliciteur général	• Applique la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*, qui a été utilisée le 17 mars pour obliger un certain nombre d'entreprises publiques et privées à demeurer fermées.
	Gestion des situations d'urgence Ontario	• Relève du solliciteur général, et est chargé de surveiller et de coordonner le programme de gestion des situations d'urgence de la province et de superviser ceux des divers ministères et des municipalités de l'Ontario.
Municipal	Bureaux de santé publique	• Administrent des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que des mesures de lutte contre les maladies transmissibles, ce qui comprend des activités de gestion des cas de COVID-19 et de recherche des contacts.

* Non officialisé dans le mandat du Groupe de commandement pour le secteur de la santé au 31 août 2020 (voir la section 4.1.3).

Annexe 4 : Moyens pris pour imposer des mesures de santé publique et des restrictions en cas de pandémie

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

Instrument	Auteur	Destinataires	Législation	Objet	Exemple
Décret d'urgence	Lieutenant-gouverneur en conseil (au nom du premier ministre et du Conseil des ministres)	Tout Ontarien ou organisme	18 mars – 21 juillet 2020 : *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*[1] Depuis le 21 juillet 2020 : *Loi sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19)*[2]	• Mettre en oeuvre des mesures généralisées dans toute la province. • Imposer des amendes en cas de non-conformité.	• Ordonner la fermeture des bars et des restaurants (salle à manger intérieure), des théâtres, des cinémas, des salles de concert et d'autres installations. • Limiter les rassemblements intérieurs à 10 personnes.
Règlements du ministre	Ministre de la Santé	Fournisseurs de soins de santé et entités de soins de santé (groupes qui supervisent les fournisseurs de soins de santé)	*Loi sur la protection et la promotion de la santé*	• Désigner les maladies comme des maladies transmissibles, des maladies d'importance pour la santé publique et des maladies virulentes qui doivent être signalées aux fonctionnaires locaux de la santé publique. • Exiger que les fournisseurs de soins de santé et les entités de soins de santé fournissent des renseignements en cas de risque immédiat pour la santé.	• Exiger que les nouveaux coronavirus, y compris le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO) et le SRAS-CoV-2 (la COVID-19), soient déclarés.

Instrument	Auteur	Destinataires	Législation	Objet	Exemple
Directives	Médecin hygiéniste en chef	• Fournisseurs de soins de santé et entités de soins de santé (groupes qui supervisent les fournisseurs de soins de santé) • Conseils de santé et médecins hygiénistes locaux • Santé publique Ontario	*Loi sur la protection et la promotion de la santé* *Loi sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé*	• Exiger que les fournisseurs de soins de santé et les entités de soins de santé prennent des mesures préventives. • Exiger que les conseils de santé se conforment aux politiques afin d'assurer une intervention uniforme en cas d'urgence. • Exiger que Santé publique Ontario fournisse des conseils scientifiques et techniques et un soutien opérationnel à toute personne ou entité aux prises avec une situation d'urgence ou une éclosion ayant des répercussions sur la santé.	• Interrompre toutes les interventions médicales non essentielles et non urgentes.
Ordre donné en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*	Médecins hygiénistes locaux	Entreprises, résidents et visiteurs de la région	*Loi sur la protection et la promotion de la santé*	• Exiger que toute personne prenne ou s'abstienne de prendre des mesures à l'égard d'une maladie transmissible.	• Exiger que toutes les personnes portent un masque dans les lieux publics intérieurs[3].
Règlement municipal	Conseil municipal (ou l'équivalent)	Entreprises, résidents et visiteurs de la région	Règlement municipal	• Exiger que toute personne prenne ou s'abstienne de prendre des mesures à l'égard d'une maladie transmissible.	• Exiger que toutes les personnes portent un masque dans les lieux publics intérieurs[3].
Orientation et conseils	Divers groupes (y compris le gouvernement de l'Ontario, le médecin hygiéniste en chef, le ministère de la Santé, Santé publique Ontario et les bureaux locaux de santé publique)	Tout Ontarien ou organisme	Aucune	• Fournir des directives écrites ou verbales sur les pratiques recommandées en matière de prévention et de contrôle des infections ou de mesures de santé publique pour aider les personnes à faire des choix qui tiennent adéquatement compte des risques pour la santé4.	• Déconseiller d'entreprendre tout déplacement non essentiel. • Donner des conseils sur la taille des bulles sociales.

1. Une fois qu'une situation d'urgence à l'échelle de la province est déclarée en vertu de la Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence, des règlements supplémentaires peuvent être pris pour mettre en oeuvre des mesures généralisées dans l'ensemble de la province.
2. Au moment de l'entrée en vigueur de la Loi sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19), les règlements pris en application de la Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence et tous les autres ordres provinciaux ont été maintenus. À mesure que la province se rétablit, les règlements sont supprimés ou révisés au besoin.
3. Voir la figure 12 pour obtenir des détails sur les ordres de port du masque par bureau de santé publique.
4. Bien qu'il ne soit généralement pas obligatoire de suivre des orientations ou des conseils, si ceux-ci sont mentionnés dans un décret d'urgence, une directive ou un ordre émis en application de la Loi de 1990 sur la protection et la promotion de la santé, ils doivent être respectés.

Annexe 5 : Cas de COVID-19 et décès par province et territoire, au 31 août 2020

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

Province ou territoire	Population	Total des cas	Total des décès	Cas pour 100 000 résidents	Décès pour 100 000 résidents
Ont.	14 723 497	42 421	2 812	288	19
Qc	8 572 054	62 492	5 760	729	67
C.-B.	5 142 404	5 790	208	113	4
Alb.	4 417 006	13 902	239	315	5
Man.	1 378 818	1 214	14	88	1
Sask.	1 179 618	1 619	24	137	2
N.-É.	977 043	1 085	65	111	7
N.-B.	781 024	191	2	24	0
T.-N.-L.	522 994	269	3	51	1
Î.-P.-É.	159 249	44	0	28	0
T.N.-O.	45 201	5	0	11	0
Yukon	41 980	15	0	36	0
Nunavut	38 966	0	0	0	0

* Les chiffres ont été arrondis au nombre entier le plus proche. En conséquence, certaines provinces et certains territoires identifiés comme n'ayant aucun décès pour 100 000 résidents ont enregistré des décès attribuables à la COVID-19.

Annexe 6 : Critères d'audit

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

1.	Des plans d'intervention en cas de pandémie et d'urgence sanitaire ont été préparés conformément à la législation et aux normes appropriées et ont été régulièrement mis à l'essai et mis à jour.
2.	Des plans d'intervention en cas de pandémie et d'urgence sanitaire ont été mis en oeuvre en temps opportun pour lutter contre la COVID-19 en Ontario.
3.	Les rôles et responsabilités des intervenants participant à l'intervention contre la pandémie ont été clairement définis et suivis.
4.	La préparation aux risques associés à la COVID-19 a commencé suffisamment longtemps avant la première incidence de COVID-19 en Ontario.
5.	Des renseignements pertinents, exacts et opportuns ont été régulièrement recueillis et évalués pour permettre l'atteinte des résultats attendus de l'intervention de l'Ontario contre la COVID-19 et l'apport des changements nécessaires en temps voulu.
6.	Les conseils spécialisés et les leçons découlant des pandémies antérieures, notamment la pandémie de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), ont été utilisés dans le cadre de l'intervention de l'Ontario contre la COVID-19.

Annexe 7 : Principales parties interviewées dans le cadre de l'audit

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

	Principales parties
Bureaux de santé publique*	1. Haldimand-Norfolk 2. Hamilton Niagara Haldimand Brant 3. Kingston, Frontenac, Lennox et Addington 4. Middlesex-London 5. Ottawa 6. Peel 7. Thunder Bay 8. Toronto 9. Région de York 10. Comté de Windsor-Essex
Autres administrations	• Dre Bonnie Henry, médecin hygiéniste provinciale de la Colombie-Britannique • Haute direction du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique • Haute direction des Services de santé de l'Alberta
Groupe d'intervenants	• Association des hôpitaux de l'Ontario • Association médicale de l'Ontario • Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

* Au 31 août 2020, ces 10 bureaux de santé publique avaient recensé plus de 75 % des cas de COVID-19 en Ontario.

Annexe 8 : Membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, au 31 août 2020

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

Poste	Date d'inclusion en 2020
1 Président	
Sous-ministre, ministère de la Santé[1]	28 février
42 membres	
Médecin hygiéniste en chef[1]	28 février
Président-directeur général de Santé Ontario[1]	28 février
Sous-ministre adjointe, Services de santé, ministère de la Santé[1,2]	28 février
Directrice générale, équipes Santé Ontario, ministère de la Santé[1]	28 février
Sous-ministre adjoint, Hôpitaux et immobilisations, ministère de la Santé[1]	28 février
Sous-ministre adjoint, Planification de la capacité et analytique, ministère de la Santé[1]	28 février
Directrice de l'information, Groupement de l'information et de la technologie de l'information pour les services de santé, ministère de la Santé[1]	28 février
Sous-ministre adjoint, Renouvellement du système de santé, ministère de la Santé[1]	28 février
Sous-ministre adjoint, Solutions numériques pour la santé, ministère de la Santé[1]	28 février
Sous-ministre adjointe et directrice générale de l'administration, Division des services ministériels, ministère de la Santé et des Soins de longue durée[1]	28 février
Sous-ministre adjoint et administrateur en chef, Médicaments et appareils et accessoires fonctionnels, ministère de la Santé[1]	28 février
Sous-ministre, ministère des Soins de longue durée[1]	28 février
Directrice, Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto, Chaire financière Sun Life en bioéthique[1]	28 février
Sous-ministre adjointe, Services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, ministère de la Santé[1]	28 février
Sous-ministre adjointe, Division des services de santé d'urgence, ministère de la Santé[2]	5 mars
Vice-présidente, Performance du système de santé, Santé Ontario	5 mars
Chef de l'Unité des services opérationnels (Services partagés), Santé Ontario	5 mars
Médecin hygiéniste en chef adjointe (intérimaire), Bureau du médecin hygiéniste en chef	5 mars
Directeur général de la protection de la santé, Santé publique Ontario	8 mars
Sous-ministre adjointe, Opérations, Ministère des Soins de longue durée	12 mars
Président-directeur général, Système de santé St-Joseph et Santé Niagara	16 mars
Sous-ministre adjoint, ministère du Développement économique, de la Création d'emplois et du Commerce	25 mars
Coroner en chef de l'Ontario, Bureau du coroner en chef (solliciteur général)	25 mars
Microbiologiste en chef, Santé publique Ontario	25 mars
Sous-ministre adjoint, Division des politiques, Ministère des Soins de longue durée	26 mars
Médecin hygiéniste en chef adjointe	5 avril
Président-directeur général, Réseau universitaire de santé	19 avril
Sous-ministre adjointe, Initiatives pour la santé de la population, ministère de la Santé	19 avril
Directrice générale, Office de la condition féminine, Santé Ontario	19 avril
Conseiller spécial, ministère de la Santé	19 avril
Professeur et président, David Braley Health Sciences Centre, Université McMaster	31 mai

Note : Les renseignements présentés dans ce tableau sont fondés sur une liste des membres fournie par le ministère de la Santé. Cette liste n'inclut pas les 51 participants supplémentaires aux réunions (voir la section 4.5.1). Par exemple, en sus de ses deux représentants qui sont membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé, Santé publique Ontario comptait également deux personnes assistant aux réunions (la présidente-directrice générale (intérimaire), et la vice-présidente et directrice générale, stratégies, relations avec les intervenants, recherche, information et connaissances).

1. Un des 21 membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé original qui a été créé le 28 février 2020.
2. Le 31 août 2020, le rôle a été confié au sous-ministre adjoint, Intervention contre la pandémie et Modernisation du système de santé publique, ministère de la Santé.

Annexe 9 : Liste des sous-groupes du Groupe de commandement pour le secteur de la santé

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

Catégorie de groupes	Nom du groupe	Description	Nbre de membres	Date de création (en 2020)
Groupes stratégiques/ de mise en oeuvre	1. Groupe de collaboration	Fournit des conseils stratégiques au Groupe de commandement sur la mobilisation des principaux organismes du secteur de la santé.	32	14 mars
	2. Groupe du secteur du travail	Fournit des conseils stratégiques au Groupe de commandement sur les questions liées aux syndicats et aux conventions.	40	27 mars
	3. Groupe de contrôle	Coordonne la surveillance de l'équipement de protection individuelle (EPI), l'accès à celui-ci et sa distribution aux organismes de santé et autres, maintient une vue d'ensemble de la disponibilité de l'EPI et optimise sa distribution aux fournisseurs de services de santé et au secteur parapublic.	19	5 avril
	4. Comité du système de gestion des incidents	Crée et met en oeuvre une approche relative à un système de gestion des incidents à l'intention des foyers de soins de longue durée dont les besoins sont critiques, afin de s'assurer qu'ils disposent des ressources humaines en santé, des soutiens en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) et de l'EPI dont ils ont besoin pour se stabiliser.	20	21 avril
	5. Groupe de surveillance des interventions du système de santé	Dirige la gestion opérationnelle et la coordination des interventions relatives à la pandémie de COVID-19, et discute des mesures à prendre pour régler les problèmes éprouvés par les comités directeurs régionaux ou les groupes provinciaux et détermine ces mesures.	41	8 mars
	6. Groupe des opérations des résidences pour personnes âgées et des établissements de soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19 (anciennement, Groupe directeur du système de gestion des incidents pour le secteur des soins de longue durée)	Fournit des conseils et du soutien pour régler les problèmes liés aux soins de longue durée, y compris le dépistage efficace et la limitation des éclosions.	63	14 mars
	7. Groupe de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances	Règle les problèmes liés à la continuité des services de soutien concernant les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris les soutiens pour les travailleurs de la santé.	56	14 mars

Catégorie de groupes	Nom du groupe	Description	Nbre de membres	Date de création (en 2020)
	8. Groupe consultatif provincial sur les soins primaires	Fournit des conseils au ministère sur les principaux enjeux touchant les fournisseurs de soins primaires en établissant des liens entre les fournisseurs de soins primaires de première ligne et les décideurs aux niveaux régional et provincial afin de rationaliser l'information, l'orientation et les soutiens critiques.	21	16 avril
	9. Groupe des mesures de santé publique	Fournit des conseils au médecin hygiéniste en chef sur les mesures de santé publique (c.-à-d. mise en oeuvre, évaluation de l'efficacité, réduction) pour prévenir ou ralentir la propagation de la COVID-19.	15	11 avril
	10. Groupe d'intervention rapide	Veille à ce que tous les secteurs de l'intervention en santé publique de l'Ontario tirent parti des données disponibles pour cerner rapidement les tendances et les enjeux provinciaux et locaux émergents liés à la diffusion de la COVID-19 et y réagir promptement.	42	30 avril
	11. Groupe des soins à domicile de Santé Ontario/du ministère de la Santé	Offre une tribune où les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire peuvent faire état des problèmes qu'ils éprouvent et collaborer avec Santé Ontario et le ministère pour les régler.	37	Mars
	12. Groupe interfonctionnel de gestion des décès	Dirige la planification et la mise en oeuvre de la gestion de bout en bout des décès.	2	11 avril
	13. Forum sur la stratégie de dépistage et la mise en oeuvre	Coordonne la capacité des laboratoires et les éléments de la stratégie de dépistage en mettant l'accent sur les priorités clés et les groupes de population dans l'ensemble des secteurs, tout en assurant une capacité suffisante et en temps opportun des laboratoires.	10	11 avril
	14. Groupe de la planification et du rétablissement – Stabilisation du secteur des soins de longue durée	Maintient les gains réalisés dans la protection des résidents et du personnel ainsi que dans la gestion de la situation d'urgence en matière de santé publique liée à la COVID-19.	23	18 août
Groupes consultatifs techniques	15. Groupe provincial sur les soins intensifs	Appuie la planification locale et régionale des soins intensifs en produisant une orientation, des processus et des solutions à l'échelle provinciale pour les enjeux inclus dans la portée, établit des liens et collabore avec d'autres activités et groupes provinciaux sur les enjeux connexes, et diffuse des communications pour les enjeux inclus dans la portée et les enjeux connexes.	27	23 mars
	16. Comité de direction des laboratoires	Appuie le renforcement des capacités et la gestion des ressources dans le secteur des laboratoires, et établit des liens avec les installations de dépistage des laboratoires pour cerner et régler les problèmes opérationnels liés à la COVID-19.	25	25 mars
	17. Groupe de commandement de l'Ontario pour la lutte contre la COVID-19	Fait rapport au Groupe provincial sur les soins intensifs (voir 17) et gère la capacité et l'équipement en matière de soins intensifs, en réaction aux hausses soudaines en temps réel.	25	14 mars

Catégorie de groupes	Nom du groupe	Description	Nbre de membres	Date de création (en 2020)
	18. Groupe de la stratégie de dépistage	Fait rapport au Comité de direction des laboratoires (voir 18) et est chargé d'élaborer une stratégie provinciale de dépistage de la COVID-19 fondée sur des données probantes, met à jour l'orientation et les documents sur le dépistage, détermine et fournit des directives sur le dépistage dans la population priorisée, envisage d'autres approches de dépistage et élabore des estimations de la demande.	15	5 avril
	19. Groupe de la modélisation des données	Fournit des conseils techniques et des mises à jour sur l'élaboration et l'utilisation de modèles épidémiologiques pour intervenir contre la pandémie.	34	26 mars
	20. Groupe de la bioéthique	Fournit une orientation et une représentation en matière d'éthique aux groupes provinciaux et régionaux afin d'appuyer la prise de décisions tout au long de l'intervention.	22	14 mars
	21. Groupe de la synthèse des données probantes sur la COVID-19	Fournit des données de recherche synthétisées de grande qualité, pertinentes et opportunes sur la COVID-19 afin d'éclairer les décideurs, les professionnels de la santé, les administrateurs et les citoyens au fur et à mesure que la pandémie se poursuit.	26	11 avril
	22. Groupe des sciences	Collabore avec des experts scientifiques de premier plan dans des domaines clés de la COVID-19 pour fournir un résumé hebdomadaire des observations scientifiques importantes.	35	15 juin
	23. Groupe de travail sur la stratégie de surveillance	Élabore et supervise une stratégie de surveillance épidémiologique de la COVID-19 et un plan de mise en oeuvre connexe, afin d'améliorer la compréhension de la province concernant la présence, la propagation et l'incidence de la maladie en Ontario durant toutes les phases de la pandémie.	17	27 juin
Groupes des communications	24. Groupe central des communications sur la COVID-19	Assure l'harmonisation, l'efficacité et l'uniformité des communications avec le public et les intervenants au sujet de la COVID-19 aux échelons provincial et régional.	10	14 mars
	25. Groupe des communications avec les intervenants provinciaux	Offre une tribune aux intervenants pour cerner et combler les besoins en matière de communication de ceux-ci et du public en fonction du travail qu'ils effectuent relativement à la COVID-19.	23	11 avril
Groupe inactif	26. Plan d'action pour les soins de longue durée*	Détermine et organise les domaines de travail pour mettre en oeuvre le Plan d'action pour les soins de longue durée, qui a été publié par le gouvernement le 15 avril.	30	6 avril

Note : Des personnes peuvent siéger à un ou plusieurs groupes.

* Ce sous-groupe est inactif. Il était composé des sous-ministres adjoints du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée, et a été actif pendant une courte durée (2 ou 3 semaines environ).

Annexe 10 : Membres du Groupe central de coordination, au 31 août 2020

Source : Ministère de la Santé

Poste	Fonction au sein du gouvernement
2 coprésidents	Secrétaire du Conseil des ministres
	Chef de cabinet du premier ministre
4 responsables du Groupe de commandement	Sous-ministre de la Santé
	Conseiller en approvisionnement en chef pour la COVID-19
	Sous-solliciteur général, Sécurité communautaire
	Sous-ministre, Secrétariat du Conseil du Trésor
6 membres	Sous-ministre, Finances
	Sous-ministre (politiques), Bureau du Conseil des ministres
	Sous-ministre (numérique et données), Bureau du Conseil des ministres
	Sous-ministre, Services gouvernementaux et Services aux consommateurs
	Sous-ministre, Affaires intergouvernementales
	Sous-ministre (communications), Bureau du Conseil des ministres
8 participants réguliers	Chef de cabinet adjoint (politiques), Cabinet du premier ministre
	Premier secrétaire, Cabinet du premier ministre
	Chef de cabinet adjoint (communications stratégiques), Cabinet du premier ministre
	Chef de cabinet adjoint (gestion des questions d'intérêt, relations avec les médias et affaires parlementaires), Cabinet du premier ministre
	Chef de cabinet, Cabinet du ministre, ministère de la Santé
	Directeur principal et avocat général, Bureau du Conseil des ministres
	Directrice et attachée de direction, Bureau du Conseil des ministres
	Sous-ministre adjoint, Secrétariat du Groupe central de coordination

Annexe 11 : Dispositions pertinentes de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* liées aux pouvoirs du médecin hygiéniste en chef, de la ministre de la Santé et des médecins hygiénistes locaux

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

Disposition	Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario	Ministre de la Santé	Médecins hygiénistes locaux
Article 77.7 Directives à l'intention des fournisseurs de soins de santé			
77.7 (1)	S'il est d'avis qu'il existe ou qu'il peut exister un danger immédiat pour la santé de personnes quelque part en Ontario, le médecin-hygiéniste en chef peut donner une directive à tout fournisseur de soins de santé ou à toute entité chargée de la fourniture de soins de santé concernant les précautions à prendre et les modalités à suivre pour protéger la santé de personnes n'importe où en Ontario.		
77.7.1 (1)		S'il est d'avis qu'une maladie nouvelle ou émergente constitue ou peut constituer un danger immédiat pour la santé de personnes en Ontario, le ministre peut prendre un arrêté enjoignant à tout fournisseur de soins de santé ou entité chargée de la fourniture de soins de santé précisé au paragraphe 77.7(6) ou à toute autre personne prescrite de lui fournir ou de fournir à son délégué les renseignements précisés dans l'arrêté.	

Disposition	Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario	Ministre de la Santé	Médecins hygiénistes locaux
Article 77.9 Directives aux conseils de santé et aux médecins hygiénistes			
77.9 (1)	Le médecin hygiéniste en chef peut donner à l'un ou l'autre ou à l'ensemble des conseils de santé ou des médecins-hygiénistes une directive les obligeant à adopter ou à mettre en oeuvre des politiques ou des mesures concernant les questions énoncées au paragraphe (2) s'il estime ce qui suit : a) il est survenu un événement de santé publique de portée provinciale, nationale ou internationale ou il s'est déclarée une pandémie ou une situation d'urgence ayant des répercussions sur la santé quelque part en Ontario, ou il existe un risque immédiat qu'un tel événement y survienne ou qu'une telle pandémie ou situation s'y déclare; b) les politiques ou les mesures sont nécessaires pour appuyer une intervention coordonnée aux cas visés à l'alinéa a) ou protéger autrement la santé de personnes.		
77.9 (2)	Le médecin hygiéniste en chef ne peut formuler une directive en vertu du présent article qu'à l'égard de mesures ou de politiques concernant ce qui suit : a) les maladies infectieuses; b) les risques pour la santé; c) la préparation aux situations d'urgence en santé publique; d) une question prescrite dans les règlements pris par le ministre.		

Disposition	Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario	Ministre de la Santé	Médecins hygiénistes locaux
Article 22 Ordre relatif à une maladie transmissible			
22 (1)			Dans les cas précisés au paragraphe (2), le médecin hygiéniste peut, au moyen d'un ordre écrit, exiger d'une personne qu'elle prenne ou s'abstienne de prendre les mesures qui y sont précisées à l'égard d'une maladie transmissible.
22 (2)			Le médecin hygiéniste peut donner un ordre si, en se fondant sur des motifs raisonnables et probables, il croit ce qui suit : a) une maladie transmissible existe ou peut exister ou elle risque de se déclarer immédiatement dans la circonscription sanitaire qui est de son ressort; b) la maladie transmissible menace la santé des habitants de la circonscription sanitaire qui est de son ressort; c) les exigences mentionnées dans l'ordre s'imposent pour réduire ou éliminer le danger pour la santé que présente la maladie transmissible.

Annexe 12 : Date du premier cas de COVID-19 confirmé par pays, janvier et février 2020

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

Date du premier cas	Pays
13 janvier	Thaïlande
16 janvier	Japon
20 janvier	Corée du Sud
21 janvier	Taïwan
	États-Unis
23 janvier	Singapour
24 janvier	France
	Malaisie
	Népal
	Vietnam
25 janvier	Australie
	Canada
29 janvier	Finlande
	Émirats arabes unis
30 janvier	Inde
	Philippines
31 janvier	Italie
	Russie
	Royaume-Uni
4 février	Belgique
14 février	Égypte
19 février	Iran
21 février	Israël
	Liban
24 février	Afghanistan
	Bahreïn
	Iraq
	Koweït
	Oman
25 février	Algérie
	Autriche
	Croatie
	Suisse
26 février	Brésil
	Géorgie
	Grèce
	Macédoine du Nord
	Norvège
	Pakistan
	Roumanie
27 février	Danemark
	Estonie
	Nigéria
	Saint-Marin
	Pays-Bas
28 février	Azerbaïdjan
	Bélarus
	Islande
	Lituanie
	Mexique
	Monaco
	Nouvelle-Zélande
Total	**52**

Note : Le premier cas de COVID-19 est survenu en Chine en décembre 2019.

Annexe 13 : Courriel du Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé envoyé aux hôpitaux le 16 février 20201

Source : Association des hôpitaux de l'Ontario

From: EOC Operations (MOHLTC)
Subject: Clarification: Provincial Case Definition COVID-19
Date: Sunday, February 16, 2020 10:45:54 AM

Good morning,

The Ministry of Health has become aware of a number of hospitals in Ontario who are intending to use a case definition other than the current federal and provincial COVID-2019 case definition for the purposes of PUI identification. In particular, there has been suggestion that several hospitals would like to expand the affected area component of the case definition to include Hong Kong, Japan, Macau, Malaysia, Republic of Korea, Singapore, Taiwan and Thailand.

The ministry's latest case definition (released on February 7th, 2020) identifies mainland China as the affected area. This misalignment with the provincial and federal case definitions could lead to inconsistencies and possible confusion in the health care system due to variations in process and practices adopted from hospital to hospital.

In addition, this misalignment will also create difficulties in laboratory testing. Public Health Ontario Laboratory is conducting testing for 2019-nCoV testing from individuals meeting criteria for a person under investigation (PUI) or probable case for 2019-nCoV as outlined by the ministry. At this time, the case definition considers travel to mainland China only and therefore samples with other travel history would NOT generally be eligible for testing.
There continue to be federal/provincial discussions regarding the evolution of the national case definition. However, until such time when it changes, all health system providers should use the current Ontario case definition on the ministry website as part of the ongoing efforts to safeguard the health and safety of all Ontarians we work to address the evolving COVID-19 situation.

EOC Operations
Ministry of Health Emergency Operations Centre
Eocoperations.moh@ontario.ca
Health Care Provider Hotline: 1-866-212-2272

Annexe 14 : Cas de COVID-19 et décès liés aux foyers de soins de longue durée et aux maisons de retraite, par province et par territoire, au 30 septembre 2020

Source des données : Institut national sur le vieillissement, Université Ryerson

Province ou territoire	Nombre de cas dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite	Nombre de décès dans les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite	Nombre de foyers de soins de longue durée et de maisons de retraite touchés	% de foyers et de maisons de retraite touchés	% de tous les cas	% de tous les décès
Qc	16 972	4 682	618	28	23	80
Ont.	**10 818**	**2 153**	**524**	**38**	**20**	**75**
Alb.	1 328	167	100	29	7	63
C.-B.	624	129	62	16	7	55
N.-É.	392	57	13	10	36	88
Man.	46	6	14	5	2	30
N.-B.	26	2	2	0	13	100
Sask.	8	2	4	1	0	8
Î.-P.-É.	1	0	1	3	2	0
T.-N.-L.	1	0	1	1	0	0
T.N.-O.	0	0	0	0	0	0
Nunavut	0	0	0	0	0	0
Yukon	0	0	0	0	0	0
Canada	**30 216**	**7 198**	**1 339**	**23**	**19**	**77**

Note : Les pourcentages ont été arrondis au nombre entier le plus proche.

Annexe 15 : Résumé du cadre de réouverture des entreprises, des services et des espaces publics de l'Ontario

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

Étape	Objet	Date	Restrictions
Phase 1 – Protection et soutien	Le gouvernement met principalement l'accent sur la protection de la santé et du bien-être des personnes et des familles, sur le soutien des travailleurs de la santé de première ligne, des travailleurs essentiels et des entreprises, et sur l'offre d'un soutien immédiat pour protéger les personnes et les emplois.	18 mars 2020	Les décrets d'urgence mis en place comprennent la fermeture des lieux de travail non essentiels, des installations extérieures dans les parcs, les aires de loisirs et les lieux publics, et des bars et des restaurants, des restrictions concernant les rassemblements sociaux, et des limites relatives au personnel qui travaille dans plus d'une résidence pour personnes âgées, d'un foyer de soins de longue durée ou d'une habitation collective.
Phase 2 – Redémarrage	Le gouvernement rouvrira graduellement les entreprises et les espaces publics de l'Ontario. Ce redémarrage sera fondé sur les conseils du médecin hygiéniste en chef, y compris les critères et les seuils pour passer d'une étape à l'autre. Chaque étape durera de deux à quatre semaines environ pour permettre une surveillance étroite des répercussions ou de la recrudescence possible des cas.	Étape 1 – 19 mai 2020	Certains lieux de travail qui sont en mesure de suivre les consignes de santé publique concernant l'éloignement physique et de mettre en oeuvre les directives de sécurité au travail peuvent être ouverts, comme les chantiers de construction, les commerces de détail, les industries des médias, les installations récréatives extérieures et de sports (sans spectateurs), les services professionnels liés à la recherche et au développement, les services animaux et vétérinaires, les services ménagers et les locations de courte durée.
		Étape 2 – 12 juin 2020 (la plupart des régions)*	D'autres lieux de travail et espaces extérieurs peuvent être ouverts, comme certains services de soins personnels, les restaurants et les bars, les centres commerciaux, les services de photographie, le secteur du cinéma et de la télévision, les services de visites guidées et de guides, certaines installations récréatives extérieures et aquatiques, les terrains de camping, les bibliothèques, les services de garde d'enfants et les camps de jour d'été, et les lieux de culte.
		Étape 3 – 17 juillet 2020 (la plupart des régions)*	Presque toutes les entreprises et tous les espaces publics demeurent ouverts, sous réserve de restrictions en matière de santé publique et de sécurité en milieu de travail, tandis que certains lieux et certaines activités présentant un risque élevé resteront fermés jusqu'à ce qu'ils puissent rouvrir sans danger.
		Étape 2 modifiée – 10 octobre 2020 19 octobre 2020 (régions d'Ottawa, de Peel et de Toronto) Région de York	Certaines entreprises et certains espaces publics doivent être fermés, y compris les services de nourriture et de boissons intérieurs, les gymnases et les centres de conditionnement physique intérieurs, les casinos et les établissements de jeu, les cinémas, les lieux de spectacle, les services de soins personnels pendant lesquels le port du masque n'est pas possible, les sports d'équipe, à l'exception des séances d'entraînement (pas de parties ni de jeu dirigé), et les centres de conférences et de congrès (autres que les tribunaux).

Étape	Objet	Date	Restrictions
Phase 3 – Relance	La santé et la sécurité du public et des travailleurs demeureront une grande priorité tandis que l'Ontario fera la transition vers une « nouvelle situation normale ». Le gouvernement s'associera à des entreprises et d'autres secteurs pour diriger la relance économique de l'Ontario. On mettra l'accent sur la création d'emplois et de possibilités dans toutes les régions de la province, tout en déployant des efforts pour rétablir la prospérité à long terme au profit de chaque personne et chaque famille de l'Ontario.	L'Ontario n'a pas encore atteint cette étape.	Toutes les restrictions seront levées.

Voir l'**annexe 1** pour connaître les dates auxquelles chaque région a amorcé l'étape.

Annexe 16 : Modèles de gouvernance pour les conseils de santé de l'Ontario

Source : Ministère de la Santé

Modèle*	Législation habilitante	Description
1. Autonome et intégré (2)	*Loi sur la protection et la promotion de la santé*	• Fonctionne au sein d'une structure municipale. • Les membres sont nommés par la municipalité et par le lieutenant-gouverneur en conseil (pour les représentants provinciaux). • Le conseil approuve le budget. • Les membres du personnel sont des employés du conseil.
2. Régional (6)	Lois propres aux régions	• Le conseil des collectivités régionales agit à titre de conseil de santé. • Les membres du personnel sont des employés de la région. • Le conseil approuve le budget.
3. À palier unique (2)	Lois propres aux municipalités	• Le conseil de la municipalité à palier unique agit à titre de conseil de santé. • Aucun citoyen ni employé provincial. • Les membres du personnel sont des employés municipaux. • Le conseil approuve le budget.
4. À palier unique : Semi-autonome (2)	Lois propres aux municipalités	• Un conseil à palier unique nomme les membres à un conseil de santé distinct. • Les membres du personnel sont des employés municipaux. • Le conseil approuve le budget.
5. Autonome (22)	*Loi sur la protection et la promotion de la santé*	• Distinct de toute organisation municipale, mais comptant plusieurs représentants municipaux. • Les membres sont nommés par la municipalité et par le lieutenant-gouverneur en conseil (pour les représentants provinciaux). • Le conseil approuve le budget. • Les membres du personnel sont des employés du conseil.

* Le nombre entre parenthèses après chaque type de modèle représente le nombre de bureaux de santé publique qui utilisent ce modèle.

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

20, rue Dundas Ouest, bureau 1530
Toronto (Ontario)
M5G 2C2

www.auditor.on.ca

ISBN 978-1-4868-4857-7 (PDF)

Photo en couverture :
© iStockphoto.com/YurolaitsAlbert