Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Préparation et gestion en lien avec la COVID-19

Rapport spécial sur les tests en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts

Novembre 2020

Rapport spécial

Chapitre 3 :

COVID-19 : Tests en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts

Résumé

Le présent rapport fait partie d'une série de rapports dressés par notre Bureau sur la réponse de la province à la COVID-19 (voir la **Figure 1**). Il met l'accent sur les activités d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, de gestion de cas et de recherche des contacts de la province de janvier (lorsque le premier cas de la COVID-19 au Canada a été confirmé en Ontario) à août 2020.

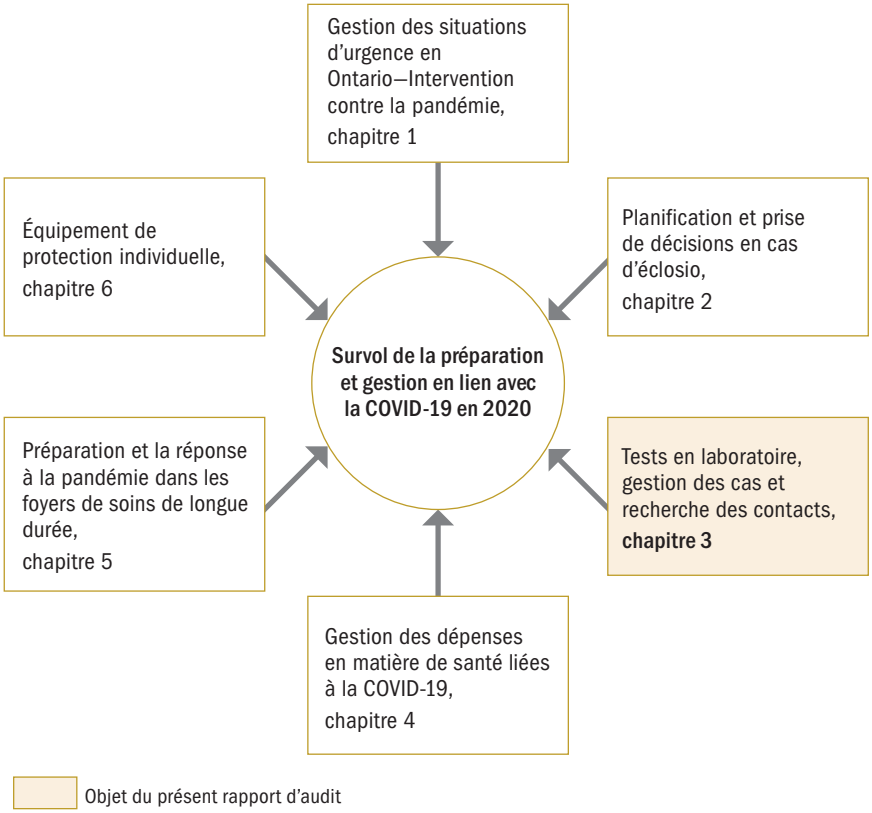
Nous comprenons que la pandémie de la COVID-19 constituait un défi pour les experts de la santé et les décideurs gouvernementaux du monde entier qui, à bien des égards, a eu une incidence et une complexité sans précédent. Les experts de la santé de l'Ontario et les décideurs du gouvernement de l'Ontario ont collaboré intensivement pour relever les défis de la pandémie. Ceux-ci se sont révélés nombreux, car l'Ontario et le Québec ont été les deux provinces les plus touchées par la première vague. Heureusement, les pires scénarios que certains ont évoqués au printemps 2020 ne se sont pas concrétisés. Par exemple, le système de santé de l'Ontario n'a pas été dépassé pendant la première vague. Cela dit, le travail que nous avons effectué et qui a donné lieu à cette série de rapports sur la COVID-19 a révélé qu'il convient de tirer des leçons et de prendre de nouvelles approches et mesures pour aider la province à mieux continuer d'intervenir et de se remettre de cette pandémie et pour mieux se préparer aux futurs événements de ce genre.

Trois activités sont essentielles pour limiter la propagation de la COVID-19 : prélever et analyser des échantillons auprès de personnes afin de déterminer si elles ont contracté la COVID-19 (analyses en laboratoire); communiquer avec les personnes dont les résultats sont positifs pour les conseiller relativement à leur état et à l'isolement et tenter de déterminer comment elles ont contracté la COVID-19 (gestion de cas); identifier et communiquer avec les contacts étroits des personnes qui ont obtenu des résultats positifs pour les conseiller relativement au dépistage et à l'isolement (recherche des contacts). Alors que la recherche universitaire sur la transmission de la COVID-19 progresse, la revue médicale The Lancet Public Health signalait en juillet 2020 que lorsque lorsqu'une personne atteinte de COVID-19 est soumise rapidement à l'intégralité de ce processus, le risque que cette personne transmette la COVID-19 peut être réduit de 80 %.

Le 31 août 2020, 148 centres d'évaluation de l'Ontario recueillaient des échantillons, lesquels étaient analysés par 43 laboratoires. Ces

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

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



laboratoires comprenaient un assortiment de 7 laboratoires de santé publique, 33 laboratoires d'hôpitaux et 3 laboratoires du secteur privé (aussi appelés laboratoires « communautaires »). À la même date, l'Ontario avait effectué près de trois millions d'analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19. Sur les 3 millions d'analyses, environ 42 400 (ou 1,4 %) ont révélé des résultats positifs. Les cas ont été pris en charge et leurs contacts ont été retracés, pour la plupart, par les 34 bureaux de santé publique de l'Ontario.

Bien que le ministère de la Santé (le Ministère) soit le principal ministère participant à la réponse à la COVID-19 en Ontario, un certain nombre d'intervenants participent aux analyses en laboratoire, à la gestion des cas et à la recherche des contacts. Ceux-ci comprennent Santé Ontario, Santé publique Ontario, des hôpitaux (qui exploitent des centres d'évaluation et des laboratoires), des laboratoires communautaires et des bureaux de santé publique.

Dans l'ensemble, nous avons constaté que les analyses en laboratoire, la gestion de cas et la recherche des contacts relatives à la COVID-19 n'étaient pas toutes effectuées assez rapidement pour limiter la propagation du virus. Dans la plupart des cas, les cibles du Ministère relatives à ces activités n'ont pas été atteintes.

Par exemple, le Ministère s'est fixé pour cible que les analyses en laboratoire soient effectuées dans les 24 heures suivant le prélèvement 60 % du temps; en moyenne, seulement 45 % des analyses en laboratoire ont été effectuées rapidement. À l'échelle régionale, seule la région de santé publique d'Ottawa avait atteint la cible le 31 août 2020. Aucune autre région de santé publique, y compris les régions très peuplées de Toronto, de Peel et de York (qualifiées de « points chauds » de la province) n'a réussi à atteindre la

cible. De plus, ces points chauds n'ont pas non plus réussi à atteindre la cible du Ministère voulant que les analyses en laboratoire soient effectuées dans les 2 jours suivant le prélèvement d'un échantillon dans 80 % des cas.

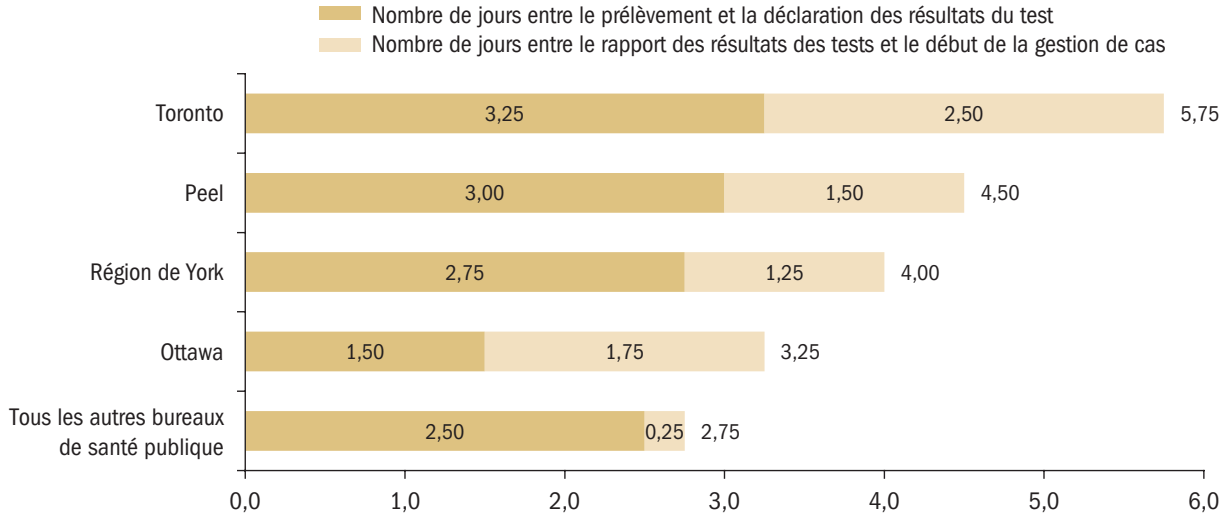
En ce qui concerne la gestion des cas, le Ministère s'est fixé comme cible que les bureaux de santé publique communiquent avec 90 % des personnes dont le résultat est positif dans les 24 heures suivant la réception du résultat. En août 2020, dans l'ensemble de la province, seulement environ 80 % des personnes dont les résultats étaient positifs ont été contactées rapidement. L'incapacité de la province à atteindre la cible était principalement attribuable au fait que les régions de santé publique de Toronto, d'Ottawa, de Peel et de York ont pris plus d'une journée pour communiquer avec les personnes infectées. Les bureaux de santé publique de toutes les autres régions de la province ont atteint ou dépassé la cible de 90 %, comme le montre la **Figure 18**.

Pour la recherche des contacts, le Ministère s'est fixé comme objectif que les bureaux de santé publique communiquent avec 90 % des contacts étroits des cas de COVID-19 dans un délai d'un jour suivant l'avis au bureau de santé publique. (Le 12 mai, le Ministère a commencé à surveiller le rendement des bureaux de santé publique par rapport à cette cible.) En août 2020, 92 % des contacts étroits des cas avaient été contactés rapidement aux fins de la recherche des contacts, un taux supérieur de 2 % à la cible; cependant, quatre bureaux de santé publique (Peel, Simcoe Muskoka, Thunder Bay et Windsor-Essex County) n'ont pas atteint la cible de 90 % (voir la **Figure 19**).

Comme les cas de COVID-19 étaient plus nombreux dans les régions urbaines et densément peuplées de l'Ontario (comme Toronto, la région de Peel, Ottawa et la région de York), la demande d'analyses en laboratoire, le nombre de cas à gérer et le nombre de contacts à retracer étaient plus élevés dans ces régions. Comme le montre la **Figure 2**, de mars à août 2020, il a fallu plus de temps que la moyenne à ces régions pour analyser les prélèvements et entreprendre la gestion des cas : dans les autres régions, le délai de traitement moyen à compter du prélèvement de l'échantillon était de 2,75 jours; il était de 3,25 jours à Ottawa et de 5,75 jours à Toronto. Ces différences régionales peuvent être importantes

Figure 2 : Nombre moyen de jours entre le prélèvement d'échantillons pour les analyses en laboratoire et le début de la gestion de cas, par région de santé publique, mars à août 2020

Source des données : Santé publique Ontario



Remarque : Cette figure ne comprend que les données relatives aux tests en laboratoire et à la gestion des cas. Les données sur la recherche des contacts ne sont pas entièrement disponibles pour la période de mars à août 2020. Pour les tests en laboratoire et la gestion des cas, les résultats sont arrondis au quart de jour près. Comme il y avait moins de 25 cas en janvier et février combinés, les détails pour ces mois n'ont pas été inclus dans le graphique.

et sont préoccupantes lorsque les villes et les régions les plus peuplées et générant la demande la plus élevée ont des problèmes de capacité qui entraînent des retards et des arriérés.

En septembre 2020, les délais moyens étaient de 2 jours à compter du prélèvement de l'échantillon jusqu'à la déclaration d'un résultat positif et de 1,75 jour de la déclaration du résultat positif jusqu'au début de la gestion de cas. En octobre 2020, les délais moyens étaient respectivement de 2,25 jours et d'un (1) jour. Les délais moyens dans les régions urbaines étaient généralement plus longs : De septembre à octobre 2020, le délai d'exécution moyen de ces activités était de 4,5 jours à Ottawa, de 2,25 jours dans la région de York, de 3,25 jours dans la région de Peel et de 4 jours à Toronto. Dans l'ensemble, la province n'a pas atteint l'objectif de rendement en matière de gestion de cas en septembre et en octobre. En effet, seulement 75 % des personnes dont les résultats étaient positifs au test de dépistage de la COVID-19, en moyenne, ont été contactées dans un délai de 24 heures.

Le Ministère et d'autres intervenants ont pris un certain nombre de mesures – comme l'élargissement de la capacité d'analyse, l'automatisation de certains processus de prélèvement et d'analyse en laboratoire, et la mise en oeuvre d'un nouveau système d'information sur la santé publique – pour accélérer et améliorer le processus du dépistage jusqu'à la recherche des contacts. Toutefois, des experts et d'autres intervenants (y compris notre Bureau) avaient déjà souligné il y a plusieurs années le besoin d'accroître la capacité de dépistage et d'améliorer les systèmes d'information. Cependant, peu de mesures, sinon aucune, avaient été prises avant le début de la pandémie de COVID-19. Si ces préoccupations de longue date avaient été réglées plus tôt, le Ministère disposerait de meilleurs renseignements lui permettant d'ajuster les critères d'admissibilité aux tests de dépistage afin d'accorder la priorité aux Ontariens à risque élevé et aux cas probables, et l'Ontario aurait pu répondre à la COVID-19 plus rapidement et de manière plus efficace et plus efficiente.

Voici quelques-unes de nos principales constatations

Les limites de capacité des laboratoires d'analyse ont retardé la rapidité avec laquelle toutes les personnes symptomatiques pouvaient être testées

- **L'élargissement de la capacité d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 a été retardé, malgré les avertissements formulés en février 2020 par Santé publique Ontario et des experts concernant la capacité insuffisante du médecin hygiéniste en chef.** Le 11 janvier 2020, l'Ontario n'avait encore que la capacité d'analyser 110 échantillons aux fins du diagnostic de la COVID-19 par jour dans un seul laboratoire (situé à Toronto et exploité par Santé publique Ontario). À la fin de février 2020, Santé publique Ontario et d'autres experts (y compris des médecins de partout dans la province qui se spécialisent dans les maladies infectieuses ou la microbiologie) avaient réalisé que la capacité de dépistage existante ne serait pas suffisante et avaient fait part de leurs préoccupations au médecin hygiéniste en chef. Santé publique Ontario a indiqué que l'Ontario [traduction] « devait immédiatement élargir la portée des tests de dépistage de la COVID-19 » au-delà de ses propres laboratoires; 36 experts ont également exhorté [traduction] « le ministère de la Santé à agir maintenant pour appuyer » le déploiement des tests de dépistage de la COVID-19 dans tous les laboratoires d'hôpitaux accompagnés des ressources et de l'expertise nécessaires pour les faire passer. Même si Santé publique Ontario et le Ministère travaillaient avec un certain nombre de laboratoires de base depuis la première semaine de mars 2020 pour mettre au point un réseau distribué afin d'accroître

la capacité de dépistage de la COVID, ce n'est qu'à la fin de mars, un mois après que les préoccupations eurent été soulevées, qu'un réseau provincial de diagnostic officiel a été mis sur pied surveiller et coordonner les analyses entre les laboratoires participants.

- **La lenteur des progrès dans l'élargissement de la capacité d'analyse en laboratoire a fait en sorte que 119 000 Ontariens (estimation) atteints de la COVID-19 n'ont pas été soumis à un test de dépistage.** Il a fallu beaucoup plus de temps en Ontario que dans d'autres provinces pour développer la capacité nécessaire de faire passer le test de dépistage à toute personne présentant des symptômes d'infection à la COVID-19. L'Alberta et la Colombie-Britannique ont atteint cette capacité les 13 et 21 avril respectivement, tandis que l'Ontario l'a atteinte le 14 mai (un mois plus tard que l'Alberta et trois semaines plus tard que la Colombie-Britannique). Avant que l'Ontario assouplisse ses critères de dépistage le 14 mai, une personne présentant plusieurs symptômes fréquents de la COVID-19 (comme de la fièvre, une toux sèche et de la difficulté à respirer) risquait de ne pouvoir subir le test de dépistage de la COVID-19 si elle ne satisfaisait pas aux autres critères requis (comme le contact avec un cas connu de COVID-19). Des études effectuées par Santé publique Ontario suggèrent qu'environ 1,1 % des Ontariens, le 31 août 2020, avaient contracté la COVID-19 à un moment ou à un autre, ce qui totaliserait plus de 161 000 personnes. Comme seulement environ 42 000 cas de COVID-19 avaient été déclarés publiquement à ce moment-là, cela signifiait qu'environ 119 000 Ontariens avaient probablement contracté la COVID-19 sans jamais avoir passé le test, de sorte que la gestion des cas et la rechercher des contacts n'avaient jamais été effectués dans autant de cas. On ignore combien de ces personnes ont reconnu leurs symptômes de la COVID-19 et auraient cherché à passer le test de dépistage si les critères avaient été élargis plus tôt.
- **L'Ontario n'a pas atteint sa cible de capacité d'analyse en laboratoire de 50 000 analyses par jour, soit avant la date prévue initiale de juillet 2020, soit avant la date cible révisée de septembre 2020.** En juin 2020, l'objectif du Ministère était de maintenir le volume de tests provinciaux à 25 000 par jour et d'atteindre 50 000 par jour d'ici juillet 2020, afin de se préparer à la saison de la grippe et à une deuxième vague éventuelle. Toutefois, la cible de capacité de dépistage de 50 000 tests par jour en juillet n'a pas été atteinte : la capacité d'analyse maximale quotidienne était de 36 300 tests le 29 juillet 2020, un nombre inférieur à la cible d'environ 13 700 tests (ou environ 27 %). Le Ministère a ensuite reporté la date cible pour atteindre une capacité de 50 000 tests par jour de juillet 2020 au 26 septembre 2020. Il a également rehaussé la cible pour développer une capacité d'analyse de 100 000 tests par jour d'ici la fin de 2020. Cependant, le 26 septembre 2020, la capacité totale d'analyse des laboratoires de l'Ontario était d'environ 44 100 tests par jour, un nombre qui reste inférieur d'environ 5 900 tests (ou environ 12 %) à la capacité cible de 50 000 tests. À l'époque, les laboratoires de l'Ontario avaient cumulé environ 68 000 échantillons à analyser, ce qui a créé un arriéré qui a retardé la déclaration des résultats de plus de 37 heures en moyenne.
- **La capacité d'analyse en laboratoire n'a pas toujours suivi le rythme de la demande, ce qui a entraîné des arriérés supérieurs à la capacité quotidienne des laboratoires qui ont parfois retardé le diagnostic et la déclaration des cas**

positifs. Le 11 janvier 2020, l'Ontario avait la capacité de traiter seulement 110 tests de dépistage de la COVID-19 par jour dans un seul laboratoire; le 31 août 2020, le nombre de tests que l'Ontario était en mesure d'analyser chaque jour était passé à environ 41 000 dans 43 laboratoires. Toutefois, malgré cette augmentation, certains arriérés de tests à analyser ont persisté. Les arriérés de laboratoire représentent les échantillons dont les résultats d'analyse sont en attente à la fin d'une journée. Bien que les arriérés fassent partie de la réalité normale de tous les jours des laboratoires d'analyse, ils deviennent gravement préoccupants lorsque l'arriéré dépasse la capacité quotidienne du laboratoire. À différents moments pendant la pandémie, certains arriérés ont dépassé la capacité d'analyse. Certains laboratoires sont demeurés en activité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour analyser les échantillons de façon continue pendant cette période. De mars à août 2020, la moyenne quotidienne du nombre de tests à traiter à la fin de la journée est passée de 3 700 tests en mars à plus de 20 500 tests en août, ce qui concorde avec la tendance à la hausse de la demande d'analyses. À certains moments pendant la pandémie, ces arriérés dépassaient la capacité d'analyse quotidienne. Par exemple, le 27 juin, l'arriéré des échantillons à analyser était de 33 759 alors que la capacité quotidienne d'analyse en laboratoire était de 31 950 échantillons. Les arriérés ont atteint environ 50 000 analyses, et plus encore pendant la dernière semaine de septembre. Ils ont atteint un sommet de plus de 90 000 échantillons à analyser dans la première semaine d'octobre, une charge qui dépassait grandement la capacité d'analyse cible de 50 000 atteinte le 1er octobre. Les arriérés qui dépassent la capacité d'analyse quotidienne entraînent des retards importants dans l'identification et la déclaration des cas positifs de COVID-19.

Les recommandations et préoccupations déjà soulevées concernant le secteur des laboratoires de l'Ontario sont restées sans réponse

- **Le ministère de la Santé n'a pris aucune mesure à l'égard des avertissements formulés par Santé publique Ontario en 2017 concernant son incapacité à répondre aux menaces pour la santé publique.** Le financement de base annuel d'environ 148 millions de dollars de Santé publique Ontario pour ses activités courantes est demeuré stable depuis 2013-2014. Selon le plan d'activités annuel 2017-2018 à 2019-2020 de Santé publique Ontario (approuvé par son conseil d'administration en décembre 2016 et soumis de nouveau à l'approbation du Ministère en mai 2017), le risque global le plus élevé auquel il fait face en tant qu'organisme est [traduction] « l'insuffisance d'un financement durable qui lui permet de continuer à s'acquitter de son mandat, y compris de maintenir sa capacité de réagir comme il se doit aux menaces émergentes pour la santé publique ». Santé publique Ontario a présenté un plan en 2017, 2018 et 2019 pour moderniser ses activités et réaliser des gains d'efficience. Les plans soumis à plusieurs reprises n'ont pas été approuvés par le Ministère, et aucun financement supplémentaire n'a été accordé pour moderniser les laboratoires de Santé publique Ontario. Durant la même période, le nombre d'analyses en laboratoire a augmenté d'environ 25 %, passant de 5,1 millions en 2013-2014 à 6,4 millions en 2019-2020. Le Ministère a en fait réduit le financement de base de Santé publique Ontario pour 2019-2020 de plus de 13 millions de dollars (ou environ 9 %) par rapport à 2018-2019.

Pour faire face aux pressions financières, Santé publique Ontario a réduit son effectif de 120 équivalents temps plein de 2014-2015 à 2019-2020. Cette réduction représentait plus de 12 % de ses 970 postes en 2014-2015. Ces compressions ont touché le personnel administratif, le personnel de recherche et les employés qui travaillaient directement dans les laboratoires de Santé publique Ontario.

- **Les mêmes limites d'analyse en laboratoire observées durant l'épisode du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) se sont présentées pendant la pandémie de COVID-19.** Les mêmes problèmes liés à l'insuffisance des ressources de laboratoire pendant la COVID-19 en 2020 ont été relevés lors de l'épisode du SRAS en 2003. Selon un rapport provisoire publié en 2004 par la Commission sur le SRAS [traduction] : « Pendant le SRAS, le laboratoire provincial de Toronto a rapidement été inondé d'échantillons. À l'instar d'autres composantes du système de soins de santé, il n'avait pas de capacité d'intensification, c'est-à-dire des ressources pour faire face aux besoins accrus liés à une épidémie comme celle du SRAS. Selon un expert, le laboratoire était « sous-financé et manquait de ressources » avant le SRAS ». Les récentes compressions de personnel à Santé publique Ontario reflètent également les mêmes problèmes que ceux observés lors de l'éclosion du SRAS. Dans son rapport provisoire de décembre 2003, le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses faisait état [traduction] d'une « préoccupation constante et importante selon laquelle la capacité de base du laboratoire de santé publique de l'Ontario en matière de recherche et de médecine scientifiques est grandement inférieure aux besoins ». L'expérience de l'Ontario pendant l'éclosion du SRAS et la pandémie de COVID-19 a confirmé que le système de laboratoires de l'Ontario était mal outillé pour réagir à une pandémie en raison d'un sous-financement et de ressources inadéquates.
- **Le Ministère n'a donné suite aux recommandations précédentes des experts et de notre Bureau sur la réforme du secteur des laboratoires de l'Ontario qu'au début de sa réponse à la COVID-19**. Dans un rapport publié en 2015, le Comité d'experts en matière de services de laboratoire (le Comité) a souligné la nécessité d'une surveillance centrale des services de laboratoire et a recommandé que l'Ontario établisse un point de convergence pour la direction des programmes de laboratoire. Dans son audit de 2017 des services de laboratoire dans le secteur de la santé, notre Bureau a également observé que la gestion du secteur des laboratoires par le Ministère était fragmentée. Nous avions recommandé d'évaluer les capacités et les responsabilités des différents types de fournisseurs de services de laboratoire afin de déterminer si des changements devaient être apportés. Cependant, peu de progrès avaient été réalisés dans la mise en oeuvre de ces recommandations avant que le Ministère ne soit tenu de répondre à la COVID-19. Ce n'est qu'à la fin de mars 2020, lorsque les cas de COVID-19 ont dépassé la capacité du système de laboratoires de l'Ontario, que le Réseau provincial de laboratoires a été mis sur pied sous l'égide de Santé Ontario pour faciliter la coordination entre les différents types de laboratoires. Contrairement à l'Ontario, l'Alberta disposait déjà un réseau de laboratoires avant la COVID-19.

Incidence des analyses en laboratoire, de la gestion de cas et de la recherche des contacts sur la propagation de la COVID-19

- **La propagation de la COVID-19 n'a pas été réduite de façon efficace dans des**

milliers de cas en raison de l'impact combiné des retards dans les analyses en laboratoire, la gestion des cas et la recherche des contacts. Comme nous l'avons mentionné précédemment, une étude publiée dans la revue médicale The Lancet Public Health en juillet 2020 indique que lorsque les analyses en laboratoire, la gestion des cas et la recherche des contacts sont achevées dans les temps, 80 % de la transmission de la COVID-19 par personne diagnostiquée peut être évitée. Dans les temps signifie que les tests sont effectués dès l'apparition des symptômes et qu'au moins 80 % des contacts ont été identifiés moins d'un jour après la réception des résultats d'analyse. Ce niveau de prévention de 80 % est essentiel pour « aplatir la courbe », ce qui se produit lorsqu'une personne infectée ne transmet pas le virus à plus d'une autre personne et que certaines ne le transmettent à personne d'autre. Lorsque ces activités accusent des retards de deux jours chacune, selon la modélisation de l'étude, seulement 39 % de la transmission par personne diagnostiquée pouvait être évitée. Ce niveau de prévention beaucoup plus limité pourrait déclencher une augmentation exponentielle des cas, chaque personne ayant reçu un diagnostic transmettant le virus à plus d'une personne supplémentaire. En Ontario, de mars à août 2020, le délai moyen entre le prélèvement d'un échantillon et le début de la gestion de cas (c.-à-d. la communication avec la personne dont le résultat est positif) était de plus de quatre jours. Bien que le délai moyen écoulé entre le prélèvement et le début de la gestion de cas ait diminué de façon constante depuis le sommet d'environ 5,5 jours en mars 2020, il était demeuré à 2,75 jours en août 2020. Dans l'ensemble, les activités d'analyse en laboratoire et de gestion de cas ont commencé dans un délai d'un jour pour chaque activité dans au moins 34 % des cas de personnes qui ont reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Ainsi, dans la majorité des cas positifs, l'obtention du résultat positif à l'analyse et la communication de celui-ci par le bureau de santé publique approprié à la personne ayant subi le test n'ont pas eu lieu assez rapidement pour empêcher la transmission de la COVID-19 de manière aussi efficace que si ces activités avaient été achevées plus tôt. Après avoir retiré les dossiers de cas dans lesquels il manquait des données ou qui risquaient de contenir des erreurs, nous avons recensé plus de 1 000 cas où le bureau de santé publique a communiqué avec la personne dont le résultat d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 était positif plus de 14 jours après le prélèvement. Ces cas représentaient environ 3 % des cas connus de COVID-19. Dans ces cas, la recommandation d'une période d'isolement de 14 jours (énoncée dans le document d'orientation du Ministère à l'intention des bureaux de santé publique intitulé « Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario ») a été complètement omise, et la transmission demeurait possible pendant toute la période où la personne était la plus infectieuse. Ainsi, toute activité de gestion de cas entreprise le 15e jour devenait largement, sinon totalement inefficace : L'article publié dans la revue médicale The Lancet Public Health a révélé que les activités de gestion de cas et de recherche des contacts qui ont commencé 10 jours après l'apparition des symptômes d'un cas de COVID-19 positif étaient efficaces pour réduire de seulement 1 % la transmission de la personne infectée.

- **Dans bien des cas, les délais cibles fixés par le Ministère pour les analyses en laboratoire et la gestion des cas n'étaient pas respectés.** Le Ministère a fixé deux cibles pour les délais d'exécution des analyses en laboratoire : 60 % des analyses doivent

être effectuées dans la journée suivant le prélèvement et 80 %, dans les deux jours suivant le prélèvement. Le rendement réel par rapport à la cible d'un jour était de 45 % et de 77 % pour la cible de deux jours (de janvier à août 2020). Par contre, au cours de la même période, la Colombie-Britannique a effectué ses analyses dans un délai moyen de 23 heures. Le Ministère a fixé une cible pour la gestion des cas : 90 % des personnes qui reçoivent un résultat positif devraient être contactées dans la journée suivant le signalement des résultats positifs à un bureau de santé publique. Le rendement réel par rapport à cette cible était de 80 % (de janvier à août 2020).

- **Le Ministère n'a pas suivi les recommandations des experts et de notre Bureau qui auraient pu accélérer les analyses en laboratoire, la gestion des cas et la recherche des contacts.** Santé publique Ontario, le Comité d'experts en matière de services de laboratoire (le Comité d'experts) et notre Bureau ont formulé un certain nombre de recommandations dans la dernière décennie pour améliorer les analyses en laboratoire. Toutefois, le Ministère n'a commencé à mettre en oeuvre ces recommandations qu'après le début de la pandémie de COVID-19. En outre, le Ministère n'a pas donné suite à une autre recommandation formulée par le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage concernant l'admissibilité aux tests de dépistage de la COVID-19. Les enjeux sont les suivants :
- **L'absence de capacité de traitement des demandes par voie électronique (demande électronique) a retardé les délais d'exécution des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19.** Bon nombre des étapes du processus d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 en Ontario sont effectuées sur papier et manuellement. Cela ralentit non seulement les analyses en laboratoire, mais entraîne aussi des erreurs. Depuis plus d'une décennie, divers experts et notre Bureau recommandent ou préconisent le recours à la présentation des demandes d'analyse en laboratoire par voie électronique (par opposition à la demande sur papier) (par exemple, le Rapport spécial de 2009 sur l'Initiative des dossiers de santé électroniques en Ontario, un rapport de 2015 du Comité d'experts en matière de services de laboratoire, l'audit de 2017 du Bureau sur les services de laboratoire dans le secteur de la santé et le plan de modernisation des laboratoires et de gestion des pressions qu'ils subissent de 2017 de Santé publique Ontario). Toutefois, ce n'est que le 7 juillet 2020 que Santé Ontario a conclu un contrat avec une entreprise de TI pour automatiser la collecte des données (y compris la demande électronique) et simplifier l'échange de données entre les centres d'évaluation et les laboratoires, après avoir constaté des goulots d'étranglement dans le processus d'entrée des données.
- **L'exécution de tests de dépistage de façon inconditionnelle auprès de personnes asymptomatiques a débordé la capacité de prise en charge des centres d'évaluation et augmenté le délai d'obtention des résultats d'analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19.** Le 24 mai 2020, la province a annoncé l'élargissement des mesures de dépistage de la COVID-19 pour les Ontariens asymptomatiques et n'ayant eu aucune exposition connue à la COVID-19. Plus de deux fois plus d'Ontariens ont visité des centres d'évaluation pour se soumettre au test de dépistage de la COVID-19 la semaine suivante. Un Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage (le Comité), investi du mandat d'élaborer une stratégie provinciale de dépistage de la COVID-19 fondée sur des données probantes, s'était réuni sur une base régulière depuis le 5 avril 2020

et n'avait jamais recommandé que les personnes asymptomatiques qui ne sont pas des contacts de personnes infectées à la COVID-19, ou qui ne font pas partie de l'enquête sur l'éclosion, soient soumises à des tests de dépistage de la COVI-19. Le 5 juillet 2020, le Comité a recommandé que l'Ontario limite ses tests de dépistage auprès de personnes asymptomatiques aux populations à faible prévalence et à faible risque (comme les personnes n'ayant aucune exposition connue à une personne ayant reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19) et qu'il mette fin au dépistage auprès des personnes asymptomatiques dans la population générale. Les recommandations du Comité indiquaient que [traduction] « le dépistage à volume élevé auprès de personnes asymptomatiques peut avoir des conséquences négatives », notamment [traduction] « réduire la capacité de laboratoire disponible et augmenter les délais d'exécution ». L'Ontario n'a mis en oeuvre ces recommandations que le 24 septembre 2020, soit plus de deux mois après qu'elles eurent été formulées. Par la suite, seuls les Ontariens asymptomatiques qui répondaient à des critères précis pouvaient passer un test de dépistage de la COVID-19 dans des centres d'évaluation (par exemple, s'ils avaient été exposés à un cas confirmé, s'ils vivaient ou travaillaient dans un milieu touché par une éclosion de COVID-19 selon leur bureau de santé publique, ou s'ils étaient admissibles à un test dans le cadre d'une initiative de dépistage ciblé appuyée par le ministère de la Santé ou le ministère des Soins de longue durée). Le 25 septembre, les Ontariens asymptomatiques ont pu commencer à se présenter aussi dans des pharmacies participantes pour passer un test de dépistage de la COVID-19, mais encore une fois, seulement s'ils remplissaient certaines conditions (par exemple, s'ils avaient été en contact avec un cas confirmé; s'ils travaillaient ou résidaient dans un foyer de soins de longue durée ou entendaient en visiter un; s'ils travaillaient ou résidaient dans un refuge pour sans-abri ou un autre milieu de soins collectif; ou s'ils étaient visés par une initiative de dépistage ciblé dirigée par le ministère de la Santé ou le ministère des Soins de longue durée). En Colombie-Britannique, les lignes directrices sur les tests de dépistage indiquent que [traduction] « les tests effectués sur des personnes asymptomatiques en dehors d'un scénario d'éclosion produiront probablement peu de résultats et ne constituent pas une utilisation efficace des ressources du système de santé et ne sont donc pas recommandés ». Le Service de santé de l'Alberta nous a informés que les tests de dépistage auprès de personnes asymptomatiques ont commencé le 30 juillet 2020 pour aider à utiliser la capacité d'analyse en laboratoire disponible. L'Alberta a limité le nombre de tests de dépistage auprès de personnes asymptomatiques n'ayant eu aucune exposition connue à la COVID-19 dans ses pharmacies seulement le 17 septembre 2020, après avoir constaté que ce type de test n'avait relevé qu'environ sept cas positifs pour chaque tranche de 10 000 personnes soumises au test. Le 20 octobre 2020, l'Alberta a suspendu le dépistage des cas asymptomatiques dans ses pharmacies dans le cas des personnes qui n'avaient eu aucune exposition à la COVID-19. Une analyse effectuée par Santé Ontario a confirmé que les délais d'exécution des analyses seraient écourtés si les laboratoires fonctionnaient à moins de 75 % de leur capacité. Par conséquent, l'exclusion des personnes asymptomatiques sans exposition connue à la COVID-19 pourrait libérer une capacité de dépistage et accélérer les délais d'exécution globaux.

- **Le manque d'intégration entre les systèmes de TI SILO et SIISP a exigé l'envoi par télécopie et par la poste des résultats des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, ce qui peut retarder la gestion des cas et la recherche des contacts.** Le Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) a été créé dans les années 1990 pour stocker et suivre les résultats des analyses et échanger les demandes d'analyses et les résultats des analyses entre les hôpitaux, les laboratoires communautaires, les laboratoires de santé publique et les praticiens. Pour que cet échange d'information soit efficace, le SILO doit être intégré au Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), qui stocke des données sur les cas et les éclosions de maladies à déclaration obligatoire de l'Ontario. Toutefois, les bureaux de santé publique ont souligné que l'information contenue dans le SILO n'est pas toujours complète ou exacte et que l'intégration entre le SILO et le SIISP n'a pas été couronnée de succès. Qu'un laboratoire ait envoyé ses résultats d'analyse au SILO ou non, les bureaux de santé publique continuaient d'attendre les résultats d'analyse de diagnostic de la COVID-19 directement des laboratoires par télécopieur ou par la poste. Le 31 août 2020, les laboratoires de Santé publique Ontario avaient effectué environ 943 000 tests de dépistage de la COVID-19, et avaient envoyé par la poste environ 224 000 résultats d'analyse aux médecins ou aux bureaux de santé publique qui avaient présenté la demande. Les autres résultats avaient été transmis par télécopieur. L'utilisation de ces canaux de communication lents présente le risque que les activités de gestion des cas et de recherche des contacts soient retardées au point de perdre leur efficacité pour ce qui est de limiter la transmission de la COVID-19. En outre, certains bureaux de santé publique ont reçu plusieurs télécopies du même résultat d'analyse en laboratoire, ce qui complique la gestion des données. L'audit de la préparation et de la gestion en cas d'éclosion effectué par notre Bureau en 2007 a révélé que le manque d'intégration du SILO et du SIISP était préoccupant. À l'époque, le Ministère nous avait informés qu'il procédait à l'intégration des deux systèmes et qu'il s'attendait à l'achever en 2009; toutefois, plus de 10 ans plus tard, le travail n'est toujours pas terminé.

Les lacunes connues des systèmes d'information de santé publique n'avaient pas été comblées avant la COVID-19

- **Le système d'information sur la santé publique de l'Ontario, le SIISP, comporte de nombreuses lacunes de longue date dont la correction n'avait pas été entreprise avant la COVID-19.** Le SIISP a été créé en 2005 comme plateforme de stockage et de signalement des cas individuels de maladies infectieuses à l'échelle de la province. Au cours de ses 15 années d'utilisation, le Ministère n'a pas corrigé les lacunes connues de longue date qui nuisent à son efficience et à son efficacité. En ce qui concerne la COVID-19, ces lacunes comprennent la difficulté de lier les contacts étroits à un cas de COVID-19 dans le système, l'impossibilité pour les utilisateurs de prendre facilement des notes d'évolution, l'impossibilité pour les utilisateurs d'associer facilement des fichiers électroniques à un cas de COVID-19, et l'impossibilité d'accéder facilement au système à distance. Ces lacunes ont forcé les bureaux de santé publique à mettre au point leurs propres systèmes ou à se fier aux dossiers papier pour gérer leurs volumes élevés de cas et leur travail de recherche des contacts. Bien que notre bureau et la Commission sur le SRAS aient

recommandé au Ministère d'améliorer son système d'information sur la santé publique (nos audits de 1997 et 2003 sur l'Activité de la santé publique, qui comprenaient des recommandations visant le système d'information sur la santé publique avant la mise en oeuvre du SIISP en 2005, notre audit de 2007 sur la préparation et la gestion en cas d'éclosion et notre audit de 2014 sur les programmes de vaccination, et le Rapport provisoire de 2004 de la Commission sur le SRAS), le Ministère n'a réalisé que des progrès limités, malgré la mise en oeuvre du SIISP après la publication de certains de ces rapports. Ce n'est qu'en avril 2020, à la suite de la propagation de la COVID-19 en Ontario et de la déclaration par la province de l'état d'urgence, que le Ministère a reconnu le besoin de remplacer le SIISP par un nouveau système de gestion des cas et de recherche des contacts relatifs à la COVID-19. Trois bureaux de santé publique (Toronto, Ottawa et Middlesex-London) ont créé leurs propres systèmes durant la pandémie de COVID-19 pour permettre à leurs effectifs de gérer les cas et de rechercher les contacts de façon plus efficace et efficiente. Toutefois, cela a créé des difficultés supplémentaires lorsqu'il s'agissait de regrouper l'ensemble des données provinciales aux fins de la production de rapports.

- **L'Ontario a mis en oeuvre un nouveau système pour faciliter la gestion des cas et la recherche des contacts, mais il persiste des difficultés et des améliorations doivent être apportées.** Au début de juin 2020, la province a obtenu les licences et les services nécessaires pour personnaliser le système de gestion des cas et de recherche des contacts utilisé dans l'État du Massachusetts et l'utiliser dans les 34 bureaux de santé publique de l'Ontario afin de combler certaines lacunes du SIISP. Toutefois, les bureaux de santé publique ont fait face à certains défis précoces en procédant à la mise en oeuvre du nouveau Système de gestion des cas et de recherche des contacts (le Système). Par exemple, certains bureaux de santé publique ont reçu des doubles des résultats d'analyses de laboratoire, car ils ont été télécopiés en plus d'être transférés par voie électronique au Système à partir du SILO. Le Ministère nous a informés qu'il avait depuis collaboré avec les bureaux de santé publique pour améliorer le Système en réduisant le nombre de résultats d'analyse reçus en double. Des résultats d'analyse en laboratoire soumis au SILO ont été transférés au Système même s'ils comportaient des erreurs et que certaines données étaient incomplètes ou manquantes. Les bureaux de santé publique continuent donc d'utiliser les télécopies au lieu d'utiliser uniquement le Système. En outre, comme trois bureaux de santé publique n'ont pas commencé à utiliser pleinement le nouveau Système (Toronto, Ottawa et Middlesex-London), celui-ci ne comprend pas toutes les données de santé publique de la province (y compris les détails sur les cas de COVID-19) et la province continue de compter sur ces bureaux pour qu'ils extraient leurs données locales à des fins de consolidation avec les données de déclaration provinciales. Le Ministère nous a informés que certaines fonctions du nouveau système (comme l'aiguillage des cas) sont devenues disponibles aux bureaux de Toronto et d'Ottawa le 23 octobre, de sorte que le bureau de Middlesex-London est le seul bureau de santé publique qui n'a pas accès au système. À défaut de données complètes et accessibles centralement dans le Système, certains bureaux de santé publique devaient continuer de s'en remettre au SIISP pour les enquêtes sur les foyers d'éclosion, ce qui complique l'établissement de liens entre les cas déclarés dans le nouveau Système.

Le document d'orientation sur la gestion des cas et la recherche des contacts peut être amélioré

- **Une orientation provinciale plus claire est requise pour que les activités de gestion des cas et de recherche des contacts soient menées de façon uniforme.** Notre examen d'un échantillon de dossiers de gestion de cas et de recherche des contacts visant 100 personnes dont les résultats au test de dépistage de la COVID-19 étaient positifs et leurs contacts étroits (répartis entre les quatre bureaux de santé publique de Toronto, de Peel, d'Ottawa et de Middlesex-London du 1er mars au 30 juin 2020) a révélé que les bureaux de santé publique avaient mis en place des processus et des procédures pour gérer les cas et retrouver les contacts étroits, mais que l'orientation du Ministère n'était pas toujours suivie et qu'il y avait des incohérences parce que le document d'orientation ne précisait pas suffisamment la marche à suivre dans certaines situations particulières. Par exemple :
  - Le document d'orientation du Ministère sur la gestion des cas précise qu'il faut surveiller les personnes infectées tous les jours et : « Il faut au moins appeler les cas au téléphone dans les 24 heures qui suivent le moment où le BSP a été avisé du cas, ainsi que le 7e jour et le 14e jour de la période d'isolement. » Toutefois, nous avons constaté que les bureaux de santé publique ne procédaient pas tous de façon uniforme, généralement en raison de retards dans les analyses ou de l'incapacité d'entreprendre la gestion des cas plus rapidement parce qu'ils n'avaient pas suffisamment de personnel disponible pour effectuer la gestion des cas, ce qui a entraîné un premier contact tardif avec les cas, comme au milieu de la période d'auto-isolement. Dans l'ensemble, les personnes ont été contactées à 5 reprises en moyenne; le nombre de communications variait d'une (1) à 21 communications.
  - Les bureaux de santé publique n'ont pas tenté de communiquer avec environ 31 % des contacts étroits des personnes qui ont reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. L'écart s'expliquait principalement par le fait qu'on n'avait pas tenté de communiquer avec les autres membres du ménage de la personne infectée par la COVID-19. Le document d'orientation du Ministère indique que tous les contacts étroits à risque élevé doivent être contactés, mais il ne précise pas si le fait de compter sur la personne infectée pour transmettre l'information du bureau de santé publique à son ménage est une solution acceptable et suffisante.
  - Cette confusion à savoir qui doit communiquer les résultats des analyses en laboratoire a entraîné des retards dans la gestion des cas et la recherche des contacts de centaines de cas de COVID-19. Nous avons relevé un incident où des centaines de cas de COVID-19 n'étaient pas renvoyés en temps voulu aux fins de gestion de cas et de recherche des contacts en raison de la confusion entourant les responsabilités en matière de communication. De mars à mai 2020, environ 485 cas de COVID-19 n'ont pas été communiqués aux bureaux de santé publique. L'examen de l'incident effectué par Santé Ontario a permis de déterminer que cette situation était attribuable à la confusion quant aux responsabilités en matière de communications des parties concernées. Plus précisément, le collecteur des prélèvements et demandeur d'analyses (Réseau de santé William-Osler) croyait que le responsable de l'analyse (laboratoire

de l'hôpital Mount Sinaï) communiquerait les résultats positifs des analyses aux bureaux de santé publique respectifs, et inversement, même si les deux organismes sont tenus de le faire en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Plus de 40 % de ces cas avaient trait à des échantillons prélevés en mars et en avril 2020, les autres cas concernant des échantillons prélevés en mai, ce qui signifie que les activités de gestion des cas et de recherche des contacts ont souvent commencé environ un mois plus tard que le moment où elles auraient dû être entreprises, et ce, pour de nombreux cas. Bien que Santé Ontario ait confirmé par la suite que ce problème était isolé et propre à ces deux organismes, si les responsabilités en matière de communication avaient été mieux définies pour ce type particulier de situation et communiquées efficacement aux intervenants dès le départ, la situation aurait pu être évitée.

Des améliorations doivent être apportées à la stratégie de collaboration, de communication et de prélèvement d'échantillons pour les centres d'évaluation

- **Les centres d'évaluation ne travaillent pas en collaboration à l'échelle provinciale et ne tirent pas parti des pratiques exemplaires communes à l'échelle provinciale (contrairement aux laboratoires).** Les laboratoires de l'Ontario travaillent en équipe par l'entremise du Réseau provincial de diagnostic; toutefois, il n'existe pas de réseau semblable pour les 148 centres d'évaluation de l'Ontario. Avec l'établissement d'un réseau de centres d'évaluation, les activités de chaque centre (y compris leurs heures d'ouverture, leurs ratios de dotation et leur mode de fonctionnement, comme la disponibilité d'un service au volant de prélèvement d'échantillons pour le dépistage de la COVID-19) pourraient être comparées pour dégager des pratiques exemplaires, qui pourraient être partagées entre tous les centres. À défaut d'avoir un réseau provincial, les centres d'évaluation ont recensé et partagé des pratiques exemplaires à l'échelle régionale, mais le personnel de chaque centre d'évaluation avec lequel nous avons parlé estime qu'un réseau provincial aurait été utile. Un réseau pourrait également établir des cibles et mesurer le rendement par rapport à celles-ci, comme le fait le Réseau provincial de diagnostic pour les délais d'exécution des analyses en laboratoire. L'un des domaines où les Ontariens auraient pu profiter des cibles et de la mesure du rendement aurait été la compilation, sur une base régulière, des temps d'attente dans les centres d'évaluation pour déterminer où les longues files d'attente pourraient empêcher ou dissuader les Ontariens de passer le test de dépistage. Lorsque l'information était disponible (les centres d'évaluation n'étaient pas tenus de suivre et de déclarer ces renseignements sur une base régulière), nous avons remarqué que les temps d'attente variaient considérablement d'un centre d'évaluation à l'autre, selon le jour, l'heure et le lieu. Dans certains cas, ils variaient de 20 minutes à huit heures.
- **Les centres d'évaluation n'ont pas reçu un préavis suffisant pour se préparer à l'élargissement des critères d'admissibilité au dépistage, ce qui a entraîné une augmentation de la demande qui a dépassé leur capacité et augmenté les temps d'attente pour le prélèvement des échantillons.** La province a annoncé l'élargissement des critères de dépistage à l'occasion d'une conférence de presse tenue le 24 mai 2020. Elle a en effet indiqué que personne ne se verrait refuser de pouvoir passer un test de dépistage de la COVID-19

si elle en faisait la demande. Les centres d'évaluation avaient été informés de l'assouplissement des critères la veille dans une note de service de Santé Ontario. Celle-ci se contentait d'indiquer que l'assouplissement aurait lieu dans les jours suivants. Compte tenu du court préavis et de l'absence d'un calendrier définitif, les centres d'évaluation ont été pris au dépourvu par l'annonce et n'ont pas été en mesure de doter leurs centres en temps opportun pour faire face à la hausse de la demande. La demande accrue de tests s'est traduite par des temps d'attente prolongés dans les centres d'évaluation, et certains centres ont refusé le service à certaines personnes malgré l'assurance de la province que cela ne se produirait pas.

Conclusion globale

Il est ressorti de notre audit que le ministère de la Santé (le Ministère) n'avait pas mis en place, lorsque la COVID-19 a déferlé sur l'Ontario, des systèmes et des procédures efficaces et coordonnés qui pouvaient être facilement rajustés pour effectuer les analyses en laboratoire, la gestion des cas et la recherche des contacts en temps opportun. Des améliorations sont toujours nécessaires dans ces domaines pour prévenir la propagation de la COVID-19.

Dans de nombreux cas, la gestion des cas et la recherche des contacts n'ont pas commencé avant un certain temps après le prélèvement des échantillons, ce qui a réduit l'efficacité des efforts pour prévenir la propagation subséquente de la COVID-19. De mars à août 2020, le temps moyen écoulé entre le moment du prélèvement d'un échantillon sur la personne aux fins du dépistage de la COVID-19 et le début de la gestion de cas lorsque le résultat était positif était de plus de quatre jours. Bien que ce délai de traitement ait été en moyenne de 2,75 jours dans la plupart des régions de la province, le temps moyen global pour la province est plus élevé en raison des longs délais à Ottawa (3,25 jours en moyenne), dans la région de York (4 jours en moyenne), dans la région de Peel (4,5 jours en moyenne) et à Toronto (5,75 jours en moyenne). Nous avons examiné la fréquence à laquelle un résultat d'analyse positif a été signalé au bureau de santé publique à l'intérieur d'un délai d'un jour suivant le prélèvement et la fréquence à laquelle, dans ces cas, la gestion de cas a commencé dans le jour suivant la réception par le bureau de santé publique du résultat d'analyse positif (par conséquent, à quelle fréquence il s'est écoulé deux jours ou moins entre le prélèvement et le début de la gestion de cas). Cela s'est produit dans moins de 34 % des cas. Dans la majorité restante des cas (66 %), l'obtention du résultat positif à l'analyse et la communication de celui-ci par le bureau de santé publique approprié à la personne ayant subi le test n'ont pas eu lieu assez rapidement pour empêcher la propagation de la COVID-19 de manière aussi efficace que si ces activités avaient eu lieu plus tôt.

Santé Ontario fixe des cibles pour les analyses en laboratoire : 60 % des analyses en laboratoire sont effectuées et les résultats sont communiqués aux bureaux de santé publique dans la journée suivant le prélèvement, et 80 % des analyses en laboratoire sont effectuées et les résultats sont communiqués aux bureaux dans les deux jours suivant le prélèvement. Dans l'ensemble, la province n'a pas atteint ces cibles : seulement 45 % des analyses en laboratoire ont été effectuées dans un délai d'un jour et 77 %, dans un délai de deux jours. À l'échelle régionale, un seul des 34 bureaux de santé publique (Ottawa) a atteint la cible d'analyse en laboratoire de 60 % des tests en un jour, et seulement quatre bureaux de santé publique (les comtés de Hastings et Prince Edward; Kingston, Frontenac, Lennox et Addington; Leeds, Grenville et Lanark District; et Ottawa) ont atteint la cible de 80 % en deux jours pour les cas positifs.

Le Ministère a également établi des cibles en matière de gestion de cas : dans 90 % des cas, les gestionnaires de cas communiquent avec la personne infectée dans les 24 heures suivant la réception des résultats positifs des tests par le bureau de santé publique. Dans l'ensemble,

la province n'a pas atteint cette cible : dans seulement 80 % des cas, les gestionnaires de cas ont communiqué avec la personne infectée dans les 24 heures. À l'échelle régionale, 30 des 34 bureaux de santé publique ont atteint la cible de gestion des cas de 90 % dans un délai d'un jour. Les quatre autres étaient Ottawa, la région de Peel, Toronto et la région de York.

Le rapport contient 7 recommandations préconisant 26 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le Ministère remercie la vérificatrice générale pour ce rapport et a fait des progrès dans la mise en oeuvre de plusieurs des recommandations.

Depuis que la COVID-19 a été déclarée pour la première fois comme un problème de santé publique, l'Ontario a pris des mesures sur tous les fronts pour répondre à la pandémie mondiale en évolution. Les tests, la gestion des cas et la recherche des contacts sont des éléments essentiels d'un vaste plan provincial visant à protéger les Ontariens tout au long de cette épidémie.

La province a commencé à construire un système intégré de laboratoires pour soutenir le dépistage en laboratoire de la COVID-19 en mars 2020, en tirant parti des laboratoires de santé publique, des laboratoires communautaires et des laboratoires d'hôpitaux existants. Depuis le 10 novembre 2020, l'Ontario a analysé environ 5,5 millions de tests de dépistage de la COVID-19 et a plus que décuplé sa capacité d'analyse. Nous avons amélioré l'accessibilité des tests et rendu les tests disponibles dans plus de 160 centres d'évaluation, en milieu communautaire et dans 170 pharmacies de la province. Nous continuons de travailler avec diligence avec nos partenaires régionaux en donnant accès à des tests de dépistage dans les collectivités où il y a des obstacles, par exemple en offrant un service de dépistage ambulant et des centres de dépistage communautaire.

De mai à la mi-octobre, 89 % des cas positifs de COVID ont été rejoints dans les 24 heures et 90 % dans le même délai de juillet à la mi-octobre. De plus, comme le précise le rapport, les bureaux de santé publique ont rejoint 92 % des contacts étroits dans les 24 heures suivant leur identification.

Sur une période de deux mois pendant l'été, le Ministère a déployé un nouveau système provincial de déclaration de la COVID-19 dans 31 des 34 bureaux de santé. Le nouveau système est mis à niveau sur une base continue et permet aux bureaux de santé d'accéder à la capacité d'intensification d'autres bureaux et à des bassins centraux, ce qui les a aidés à atteindre l'objectif consistant à atteindre 90 % des cas et des contacts heures. Les bureaux de Toronto, d'Ottawa et de Middlesex London ont amorcé la transition vers le nouveau système.

RÉPONSE GLOBALE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit aux recommandations du rapport spécial de la vérificatrice générale de l'Ontario et a déjà pris des mesures pour mettre en oeuvre bon nombre des mesures préconisées. Au printemps 2019, le ministère de la Santé de l'Ontario a demandé à Santé Ontario d'appuyer des mesures de dépistage de la COVID-19 exhaustives en établissant un réseau provincial de laboratoires de diagnostic. Il n'existait pas de réseau officiel pour assurer la coordination à l'échelle provinciale des lieux de prélèvement et des quelque 40 laboratoires et fournisseurs divers participant aux analyses en laboratoire dans la province. En conséquence, le Réseau provincial de diagnostic de la COVID-19 a été créé pour régler les problèmes opérationnels continus, élaborer des processus et fournir des renseignements stratégiques sur les tests de dépistage de la COVID-19 en Ontario. De même,

pour favoriser un accès approprié aux tests de dépistage, des centres d'évaluation ont été établis partout dans la province pour répondre aux besoins régionaux en matière de dépistage.

À mesure qu'évoluait la situation sans précédent causée par la pandémie de COVID-19, Santé Ontario a travaillé en étroite collaboration avec le ministère de la Santé, les membres du Réseau provincial de diagnostic, les centres d'évaluation et d'autres partenaires afin de renforcer la capacité de dépistage et d'adapter la stratégie de dépistage. Santé Ontario continue de s'appuyer résolument sur les bases solides qui ont été établies pour mettre en oeuvre les améliorations à apporter sur une base continue, y compris celles recommandées dans le présent rapport, afin de s'assurer que tous les Ontariens ont accès à des tests de dépistage de la COVID-19 appropriés.

RÉPONSE GLOBALE DE SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO

Santé publique Ontario (SPO) est déterminé à travailler avec les partenaires du système de santé ontarien pour répondre à la COVID-19 dans les domaines des analyses en laboratoire, de la gestion des cas et de la recherche des contacts.

SPO assure une surveillance intégrée des laboratoires et de la santé publique pour enquêter sur les éclosions de maladies transmissibles de tous types et de toutes tailles, y compris la pandémie de COVID-19, et appuyer la gestion de la réponse. SPO est déterminé à collaborer avec le ministère de la Santé (le Ministère), les bureaux locaux de santé publique, Santé Ontario et d'autres partenaires pour continuer de bâtir et de soutenir un système de laboratoires provincial robuste et résilient afin de mieux se préparer aux éclosions, aux pandémies et aux autres urgences sanitaires futures et d'y répondre. Avec le soutien du Ministère, nous avons collaboré avec Santé Ontario depuis le mois de mars, dans des circonstances extrêmement difficiles, pour mettre sur pied un réseau provincial intégré de laboratoires afin d'offrir des tests fiables et de grande qualité pour le dépistage de la COVID-19, en veillant à ce que tous les Ontariens qui en ont besoin aient accès à ces tests. Le rôle de SPO dans le réseau consiste notamment à assurer un leadership scientifique, technique et stratégique, à agir à titre de principal fournisseur d'analyses de diagnostic et de responsable des tests de référence et de l'assurance de la qualité, ce qui comprend l'élaboration et la validation de nouvelles approches afin d'accroître la capacité de dépistage.

En avril 2020, SPO a mis en oeuvre le programme de suivi des contacts en lien avec la COVID-19 afin de s'assurer que les contacts des cas confirmés sont identifiés et joints rapidement. À ce jour, plus de 600 employés ont reçu de la formation pour appuyer la recherche des contacts partout en Ontario. SPO a également offert des conseils et des services de consultation aux bureaux de santé publique sur les cas complexes et les éclosions, en plus de travailler en étroite collaboration avec le Ministère et les bureaux de santé publique à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un nouveau système de gestion des cas et de recherche des contacts en lien avec la COVID-19.

SPO est déterminé à appuyer le Ministère et les bureaux de santé publique dans la mise en oeuvre des recommandations du rapport afin de s'assurer que la gestion des cas et la recherche des contacts sont effectuées rapidement et de façon exhaustive pour réduire la transmission de la COVID-19 en Ontario.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu

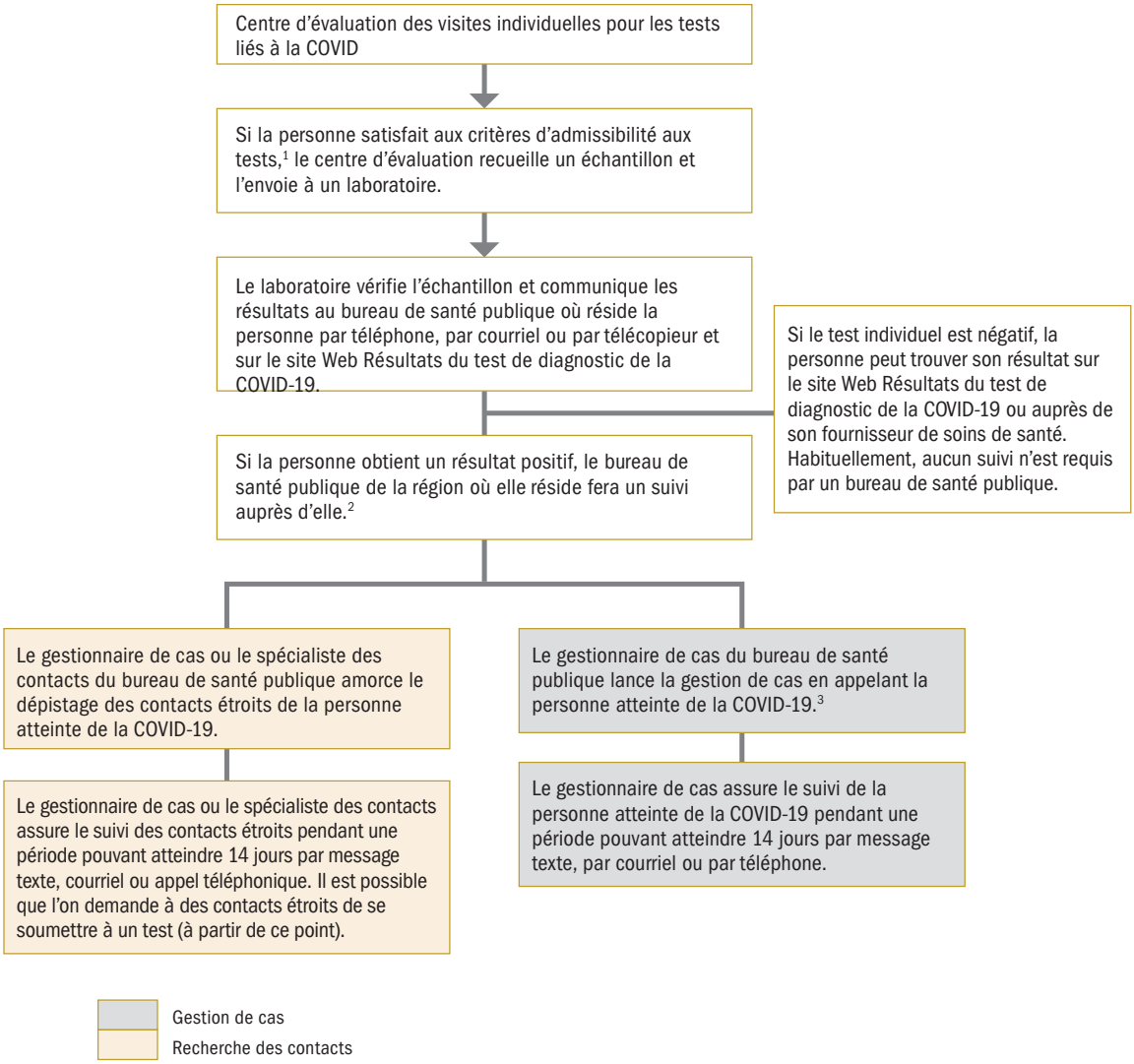
Les analyses en laboratoire et la tâche collective de gestion de cas et de recherche des contacts sont essentielles pour dépister la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et prévenir sa transmission. La **Figure 3** donne un aperçu de ces activités et montre la progression qui commence par la personne qui se présente dans un centre pour se soumettre à une évaluation et se termine par la personne qui fait l'objet d'un processus de gestion de cas et de recherche des contacts après avoir reçu un résultat positif au dépistage de la COVID-19.

2.1.1 Analyse en laboratoire

Les analyses en laboratoire permettent non seulement de déterminer si une personne est infectée à la COVID-19, mais aussi de recueillir des renseignements (comme l'endroit et la façon

Figure 3 : Cheminement des tests en laboratoire vers à la gestion de cas et la recherche des contacts

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



1. Voir la **figure 9** et l'**annexe 4** pour savoir comment les critères d'admissibilité aux tests ont changé au cours des premiers mois de la pandémie.
2. Entre mars et août 2020, le délai moyen entre le prélèvement et la déclaration d'un résultat positif à un bureau de santé publique était : 2,75 jours
3. Entre mars et août 2020, le délai moyen entre le signalement d'un résultat positif à un centre de santé publique et la prise en charge des cas par le bureau de santé publique était de 1,5 jour.

dont le virus se propage) auprès des personnes qui se sont soumises au prélèvement d'un échantillon et dont l'analyse de celui-ci a produit un résultat positif d'infection à la COVID-19.

La majorité des tests de dépistage de la COVID-19 en Ontario sont effectués au moyen d'un test moléculaire (appelé test de réaction en chaîne de la polymérase) qui analyse un échantillon de tissus prélevé dans le nez ou la gorge d'une personne.

Des échantillons sont prélevés à des fins de dépistage dans divers milieux, comme les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les centres d'évaluation nouvellement ajoutés, partout dans la province afin de répondre à la COVID-19. Le 31 août 2020, 148 centres d'évaluation de l'Ontario prélevaient des échantillons et 43 laboratoires assuraient l'analyse de diagnostic de la COVID-19. Ces 43 laboratoires comprennent 7 laboratoires de santé publique, 33 laboratoires d'hôpitaux et 3 laboratoires communautaires (exploités par des entreprises privées). Ils sont énumérés à l'**Annexe 1**.

Les critères d'admissibilité aux tests de dépistage de la COVID-19 ont changé pendant la pandémie. Au moment de la rédaction de ce rapport en novembre 2020, toute personne présentant des symptômes de la COVID-19 (comme de la fièvre, une toux sèche et des difficultés respiratoires ou de l'essoufflement), les contacts de cas confirmés, les personnes concernées par des enquêtes sur une éclosion et les populations à haut risque, comme indiqué dans le document orientation de la province, pouvaient passer le test de dépistage dans un centre d'évaluation. Les centres d'évaluation ont été exploités selon différents modèles, y compris le modèle de « services au volant » où l'échantillon pouvait être prélevé directement sur la personne dans sa voiture (voir la **section 4.7.1**). Le 25 septembre 2020, les personnes qui ne présentaient aucun symptôme COVID-19 et qui n'avaient pas été exposées à un cas confirmé pouvaient également passer le test dans certaines circonstances (par exemple, si elles prévoyaient de visiter un foyer de soins de longue durée dans les deux semaines suivantes) soit dans un centre d'évaluation, soit dans les quelque 50 pharmacies autorisées en Ontario, sur rendez-vous seulement.

Le Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) est un dépôt de données compilant les demandes d'analyses en laboratoire et les résultats, y compris les analyses de diagnostic de la COVD-19. Les résultats des tests de dépistage des patients peuvent être consultés par voie électronique par les professionnels de la santé autorisés (comme les médecins des hôpitaux et des soins primaires) qui peuvent ensuite communiquer avec leurs patients pour les informer des résultats de leurs analyses de dépistage en laboratoire de la COVID-19. La province a également lancé le site Web du visualiseur de résultats du test de diagnostic de la COVID-19, qui peut être utilisé par les personnes de toutes les régions de la province pour voir propres résultats lorsqu'ils deviennent disponibles dans le SILO. Ce visualiseur a été mis en ligne le 3 avril 2020.

2.1.2 Gestion de cas et recherche des contacts

La gestion des cas et la recherche des contacts sont principalement effectuées par les 34 bureaux de santé publique de l'Ontario. Ils sont guidés dans leur travail par un document créé par le ministère de la Santé (le Ministère) intitulé « Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario ». Entre le 7 février et le 31 août 2020, le Ministère a mis à jour ce document d'orientation à huit reprises pour tenir compte de l'évolution des connaissances au sujet du virus. La dernière version a été publiée le 23 juin 2020. À l'instar d'autres administrations comme la Colombie-Britannique et l'Alberta, les personnes participent volontairement à la gestion des cas et à la recherche des contacts.

La **Figure 4** explique les différences entre la gestion de cas et la recherche des contacts. La gestion de cas cible les personnes infectées à la COVID-19, tandis que la recherche des contacts cible les personnes qui ont été en contact étroit avec une personne infectée à la COVID-19.

Figure 4 : Principales différences entre la gestion de cas et la recherche des contacts

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

	Gestion des cas	Recherche des contacts
Qui l'exécute?	• Enquêteur de cas (généralement une infirmière en santé publique travaillant dans un bureau de santé publique); antécédents en soins de santé assortis d'une formation spécialisée et l'expérience en santé publique est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne et les sources de contamination, déterminer les expositions et préciser les liens avec d'autres cas	• Les infirmières ou les inspecteurs qui ne pratiquent pas dans le réseau de la santé non publique peuvent être formés pour rechercher les contacts; il n'est pas nécessaire d'avoir des antécédents en soins de santé puisque la tâche principale consiste à communiquer avec la santé publique et non d'évaluer l'état de santé de la personne ou la source de contamination ou identifier les foyers d'éclosion.[1]
Qui est contacté?	• La personne dont le test de dépistage de la COVID-19 est positif ou qui est un cas probable de COVID-19 selon la définition de cas en Ontario	• La personne identifiée comme ayant eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé de la COVID-19
Quelles sont les principales activités?	• Confirmer le diagnostic de COVID-19 auprès de la personne • Tenter d'identifier la source d'exposition à la COVID-19 en comprenant les activités de la personne durant la période précédant le diagnostic de COVID-19 • Cerner et recueillir des données démographiques • Confirmer les symptômes et l'état de santé général de la personne, ainsi que l'évolution de la maladie • Donner des conseils sur le moment de mobiliser les soins de base ou de demander des soins d'urgence • Communiquer les attentes relatives aux activités individuelles, y compris la nécessité de s'isoler • Cerner les contacts étroits associés à la personne durant la période précédant et suivant l'apparition des symptômes de la COVID-19 et/ou des tests positifs à la COVID-19	• Informer la personne de l'exposition éventuelle à la COVID-19 • Informer la personne de la nécessité de s'isoler • Demander à la personne de s'autosurveiller et de communiquer avec le bureau de santé publique si les symptômes apparaissent, ou composer le 911 pour obtenir des soins d'urgence.
À quelle fréquence les activités doivent-elles être effectuées?[2]	• Effectuer le premier appel à la personne dans les 24 heures suivant l'avis du cas de COVID-19 • Assurer un suivi quotidien et au moins les jours 7 et 14 de la période d'isolement par message texte, courriel ou appel téléphonique.	• Effectuer le premier appel dans les 24 heures suivant l'avis d'un contact étroit • Assurer un suivi au début, au milieu et à la fin de la période d'isolement par message texte, courriel ou appel téléphonique.

1. Avant la COVID-19, la recherche de contact était habituellement effectuée par les gestionnaires de cas. Toutefois, en raison du grand nombre de cas de COVID-19, on a signalé que des spécialistes de la recherche de contact distincts exécutaient cette tâche.
2. Gestion des cas et contacts de COVID-19 en Ontario (version 8.0).

Gestion de cas

La gestion de cas est le processus par lequel un gestionnaire de cas (généralement une infirmière-hygiéniste) communique avec une personne chez qui la COVID-19 a été dépistée et lui donne des conseils sur la façon de gérer son état.

Plus précisément, les gestionnaires de cas exécutent les activités suivantes :

- informer la personne du moment où elle doit demander un soutien additionnel à un praticien des soins primaires ou à un hôpital;

- confirmer les symptômes et l'état de santé général de la personne ainsi que l'évolution de la maladie;
- consigner et recueillir des renseignements démographiques;
- informer la personne des précautions à prendre pour éviter de transmettre la COVID-19 à d'autres personnes;
- discuter de l'activité de la personne au cours de la période précédant et suivant le test de dépistage de la COVID-19 pour aider à déterminer comment elle a contracté la COVID-19;
- identifier les personnes avec qui la personne infectée a interagi et qui pourraient avoir été exposées à la COVID-19;
- continuer de communiquer avec la personne infectée à la COVID-19 jusqu'à deux semaines après la communication des résultats au bureau de santé publique.
- repérer les éclosions potentielles;
- informer la personne de toute obligation légale découlant des ordres émis en vertu de l'article 22 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Recherche des contacts

La recherche des contacts est le processus par lequel un gestionnaire de cas ou un pisteur de contacts (habituellement un membre du personnel d'un bureau de santé publique ou un autre employé fourni par la province, dont le mandat est coordonné par Santé publique Ontario, qui n'est pas tenue d'avoir des antécédents en soins de santé) communique avec les personnes identifiées comme ayant interagi avec une personne infectée à la COVID-19. La recherche des contacts comprend les activités suivantes :

- informer les personnes qu'elles ont peut-être été exposées à la COVID-19;
- informer les personnes de la nécessité de surveiller leurs symptômes et des mesures de santé publique qu'elles devraient suivre (comme l'auto-isolement);
- informer les personnes qu'elles doivent passer un test de dépistage de la COVID-19.

Ces personnes peuvent être contactées pendant une période jusqu'à deux semaines pour déterminer si des symptômes de la COVID-19 se sont manifestés. Si les personnes passent le test de dépistage et qu'il est déterminé qu'elles ont contracté la COVID-19, elles seront aiguillées vers un gestionnaire de cas pour faire l'objet d'un processus de gestion de cas.

Ressources pour la gestion des cas et la recherche des contacts

Pendant la pandémie de COVID-19, les bureaux de santé publique ont accru leur capacité d'entreprendre des activités de gestion de cas et de recherche des contacts. De décembre 2019 à août 2020, les bureaux de santé publique ont augmenté leurs ressources d'environ 10 fois en moyenne en réaffectant des employés dans leurs bureaux, en recevant des employés en détachement d'autres services municipaux et en embauchant des employés temporaires et à temps plein.

Santé publique Ontario et le Ministère ont également aidé les bureaux de santé publique en fournissant du personnel supplémentaire pour faciliter la recherche des contacts. Ces personnes n'étaient pas tenues d'avoir des antécédents en soins de santé, mais elles devaient être supervisées et leur travail devait être coordonné par des personnes ayant une expertise en santé publique et en soins de santé. En avril 2020, Santé publique Ontario a commencé à coordonner les activités de recherche des contacts d'environ 150 employés additionnels fournis par le gouvernement fédéral. En juin 2020, le Ministère a annoncé que 1 700 employés supplémentaires de Statistique Canada seraient détachés pour aider l'Ontario dans ses efforts de recherche des contacts. En octobre 2020, le Ministère a annoncé qu'il allait constituer un bassin supplémentaire de

600 dépisteurs de contact de la fonction publique de l'Ontario et du secteur parapublic.

2.2 Rôles et responsabilités des principaux intervenants

Bien que le Ministère soit ultimement responsable de la réponse du système de soins de santé de l'Ontario à la COVID-19, d'autres parties sont également concernées. Celles-ci comprennent Santé publique Ontario, les laboratoires communautaires exploités par des entreprises privées, les hôpitaux, Santé Ontario et 34 bureaux de santé publique. La **Figure 5** décrit les rôles et responsabilités de ces acteurs clés.

En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les médecins et les établissements (tels que les laboratoires, les foyers de soins de longue durée et les hôpitaux) doivent déclarer certaines maladies et éclosions aux bureaux locaux de santé publique où la personne infectée réside. Le 22 janvier 2020, la ministre de la Santé a annoncé une mise à jour de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* qui ajoutait [traduction] « les maladies causées par de nouveaux coronavirus, y compris le SRAS et le MERS-CoV » à la liste des maladies d'importance pour la santé publique en vertu du Règlement sur la désignation de maladies (Règlement de l'Ontario 135/18). Les bureaux de santé publique sont censés entrer les détails de toute personne qui contracte une maladie à déclaration obligatoire dans le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP), qui est tenu à jour par le Ministère pour produire des rapports à l'échelle de la province.

2.3 Raison d'être de la publication du présent rapport spécial

La COVID-19 a eu des répercussions sur la vie de tous les Ontariens. Le 31 août 2020, l'Ontario arrivait au troisième rang du plus grand nombre de cas de COVID-19 par 100 000 habitants au Canada (voir la **Figure 6a**) et au deuxième rang du plus grand nombre de décès par 100 000 habitants (voir la **Figure 6b**). L'**Annexe 2** compare le nombre d'habitants, de cas de COVID-19 et de décès de la COVID-19 dans les provinces et territoires canadiens au 31 août 2020.

L'Ontario fait face à des défis importants et uniques pour composer avec la COVID-19 comparativement au reste du Canada. Premièrement, il a fortement décentralisé la santé publique et les systèmes de santé; nos rapports d'audit antérieurs, en particulier notre audit de 2007 sur la préparation et la gestion en cas d'éclosion, ont cerné des problèmes de longue date liés à la décentralisation. Deuxièmement, l'Ontario a des caractéristiques démographiques uniques (y compris une population immigrante élevée), une géographie et une densité de population uniques (particulièrement dans le sud de l'Ontario), qui augmentent toutes considérablement le risque de transmission communautaire de la COVID-19. Cette propagation communautaire s'est effectivement produite, principalement à Toronto, à Peel et à Ottawa, et elle demeurera un risque important à l'avenir. Compte tenu de la propagation continue de la COVID-19 au fur et à mesure de la réouverture de l'économie et de la possibilité de vagues subséquentes, il est essentiel d'identifier rapidement les personnes atteintes de la COVID-19 au moyen d'analyses en laboratoire, de retracer rapidement leurs contacts et de les conseiller, ainsi que leurs contacts, rapidement sur les mesures à prendre.

Le présent rapport vise à présenter de l'information pour aider à interpréter la situation qui s'est déroulée à l'échelle provinciale en ce qui concerne les analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, la gestion des cas et la recherche des contacts afin d'aider à la prise de décisions relativement à la COVID-19 à l'avenir et aux pandémies futures préoccupantes sur le plan de la santé publique.

Le présent rapport présente :

- le rendement de l'Ontario en matière de prélèvement et d'analyse d'échantillons aux fins du dépistage de la COVID-19, y compris

Figure 5 : Rôles et responsabilités des principaux participants - Tests en laboratoire, gestion des cas et recherche de contacts

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

Participant	Rôles et responsabilités
Ministère de la Santé	• Dirige les interventions en matière de soins de santé de l'Ontario pour lutter contre la COVID-19. • Autorise les laboratoires à effectuer des tests de dépistage de la COVID-19. • Publie les directives provinciales sur les tests de dépistage de la COVID-19, qui décrivent l'admissibilité aux tests. • Élabore des directives (de concert avec Santé publique Ontario) sur la gestion des cas et la recherche des contacts pour la COVID-19.
Santé publique Ontario	• Fournit des preuves scientifiques et des conseils d'expert sur des questions liées à la santé publique, et exploite 11 laboratoires de santé publique qui effectuent des tests de dépistage de diverses maladies infectieuses, notamment : COVID-19 (dans sept des 11 laboratoires). • Valide des analyses de laboratoire effectuées par d'autres laboratoires communautaires et d'hôpitaux pour que ces laboratoires soient autorisés à effectuer des tests indépendants pour dépister la COVID-19. • Offre des conseils aux bureaux de santé publique sur la gestion des cas et la recherche de contacts, y compris des conseils sur le traitement des cas complexes et inhabituels et sur ce qu'il faut saisir dans le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP). • Coordonne le personnel supplémentaire fourni par la province et le gouvernement fédéral pour la recherche de contacts. • Avise les bureaux de santé publique et le professionnel de la santé ou le centre d'évaluation qui a commandé le test lorsqu'un test effectué sur une personne résidant dans sa région est positif. • Rend compte des résultats de tous les tests de laboratoire effectués dans le Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO). • Fournit quotidiennement au ministère de la Santé les détails sur les nouveaux cas de COVID-19 saisis dans le SIISP.
Santé Ontario	• Établit et dirige un réseau provincial de diagnostic composé des 43 laboratoires qui effectuent des tests de dépistage de la COVID-19 afin de cerner les problèmes communs et d'en discuter avec les participants. • Fournit des lignes directrices aux centres d'évaluation sur les procédures et processus opérationnels. • Passe des marchés concurrentiels avec deux organisations (Switch Health Holdings Inc. et DriverCheck Inc.) pour recueillir sur place des échantillons auprès de populations à risque élevé précises qu'il n'était pas possible de tester par les moyens habituels (plus précisément, les travailleurs agricoles migrants dans les fermes aux prises avec une épidémie de COVID-19, qui ont été avisés de ne pas se rendre dans un centre d'évaluation).
Hôpitaux	• Prélèvent des échantillons par l'entremise des services d'urgence ou des centres d'évaluation. • Effectuent eux-mêmes des tests de dépistage de la COVID-19 (33 laboratoires d'hôpitaux) ou envoient des échantillons à un autre laboratoire pour des tests. • Avisent les bureaux de santé publique et le professionnel de la santé ou le centre d'évaluation qui a commandé le test lorsqu'un test qu'il a effectué sur une personne résidant dans sa région est positif. • Avisent la personne sur laquelle un échantillon a été prélevé d'un résultat de test positif à la COVID-19. • Rend compte dans le SILO des résultats de tous les tests de laboratoire effectués pour détecter la COVID-19.
Laboratoires communautaires	• Reçoivent et testent des échantillons pour la COVID-19 (trois laboratoires communautaires : Alpha Laboratories Inc., Dynacare et Lifelabs) • Avisent les bureaux de santé publique et le professionnel de la santé ou le centre d'évaluation qui a commandé le test lorsqu'un test qu'il a effectué sur une personne résidant dans sa région est positif. • Consignent dans le SILO les résultats de tous les tests de laboratoire effectués pour détecter la COVID-19
Bureaux de santé publique	• Saisissent des détails sur les personnes atteintes de la COVID-19 dans le SIISP. • Gèrent les cas et recherchent des contacts atteints de la COVID-19 et leurs contacts proches • Organisent le prélèvement d'échantillons pour détecter la COVID-19 à l'extérieur des centres d'évaluation (p. ex., dans des foyers de soins de longue durée)

Figure 6a : Nombre de cas de COVID-19 par 100 000 habitants, selon la province et le territoire, au 31 août 2020.

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

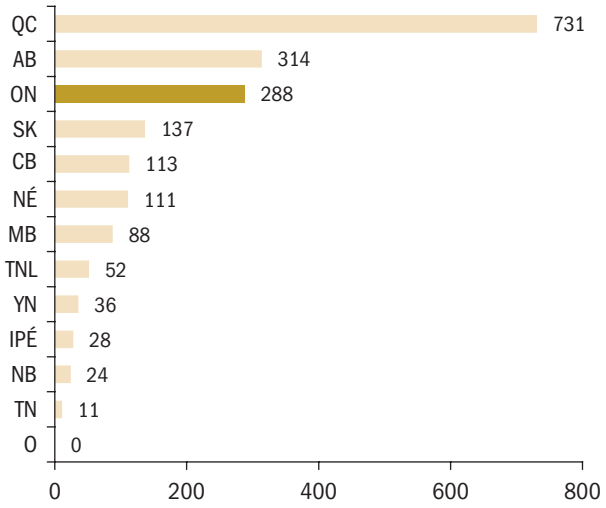
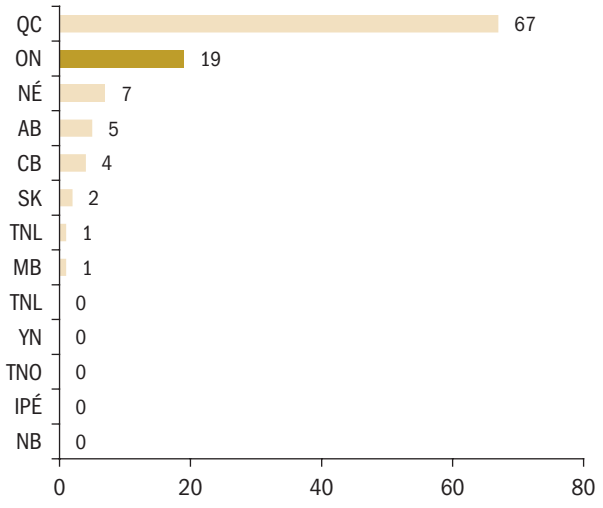


Figure 6b : Nombre de décès attribuables à la COVID-19 par 100 000 habitants, selon la province et le territoire, au 31 août 2020.

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



Remarque : Les chiffres sont arrondis au nombre entier près. Par conséquent, les provinces et les territoires qui ont déclaré zero des décès pour 100 000 habitants ont enregistré des décès attribuables à la COVID-19.

les faiblesses du processus qui ont retardé l'obtention des résultats des analyses;

- le rendement et les défis des bureaux de santé publique de l'Ontario dans la gestion des cas de COVID-19 et la recherche des contacts;
- des recommandations sur les façons d'améliorer les analyses en laboratoire, la gestion des cas et la recherche des contacts en Ontario, afin que le travail puisse être accompli plus rapidement.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé (le Ministère), en association avec ses partenaires (dont Santé publique Ontario, Santé Ontario et les bureaux de santé publique), avait mis en place des systèmes et procédures efficaces pour :

- effectuer les analyses en laboratoire nécessaires pour dépister la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) en temps opportun;
- effectuer la gestion des cas et la recherche des contacts de façon complète, exacte et en temps opportun, conformément aux directives disponibles;
- recueillir, communiquer et utiliser des données pour déployer des ressources afin que les analyses en laboratoire, la gestion des cas et la recherche des contacts puissent réduire efficacement la propagation de la COVID-19.

Lors de la planification de nos travaux, nous avons défini les critères d'audit (voir l'**Annexe 3**) à utiliser pour atteindre notre objectif d'audit. Ces critères reposent notamment sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables, des études internes et externes, et des pratiques exemplaires. La haute direction du Ministère a examiné nos objectifs et les critères connexes, après quoi elle en a reconnu la pertinence.

Il met l'accent sur les activités d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, de gestion de cas et de recherche des contacts de la province de janvier (lorsque le premier cas

de la COVID-19 au Canada a été confirmé en Ontario) à août 2020. Notre audit s'est déroulé de mai 2020 à septembre 2020. Nous avons obtenu du Ministère une déclaration écrite selon laquelle, le 13 novembre 2020, il avait fourni à notre Bureau toute l'information qui, à sa connaissance, pourrait avoir une incidence importante sur les constatations du présent rapport.

Nos travaux dans le cadre de l'audit concernaient principalement le Ministère, Santé Ontario et Santé publique Ontario. Dans le cadre de notre audit, nous avons :

- examiné les données sur les analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, y compris les analyses effectuées sur une base quotidienne et les arriérés d'analyses à l'échelle provinciale et par laboratoire, ainsi que les documents décrivant les plans visant à accroître la capacité d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 en Ontario et les progrès réalisés à ce jour;
- examiné les données sur la gestion des cas et la recherche des contacts, y compris les détails sur le moment où les bureaux de santé publique ont commencé à gérer les cas de personnes ayant reçu un diagnostic de COVID-19 et le moment où les bureaux de santé publique ont effectué la recherche des contacts;
- discuté avec la haute direction du Ministère, de Santé Ontario et de Santé publique Ontario pour comprendre la capacité initiale de l'Ontario en matière d'analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, ainsi que les plans et les défis liés à son renforcement.

Pour évaluer l'efficacité, nous avons effectué le contrôle des dossiers de gestion de cas et de recherche des contacts dans quatre bureaux de santé publique : Middlesex-London, Ottawa, Peel et Toronto.

Pour comprendre les opérations et les difficultés liées à l'exécution des tests de dépistage de la COVID-19, nous avons discuté avec cinq hôpitaux ou réseaux d'hôpitaux qui exploitaient des laboratoires (l'Association des laboratoires régionaux de l'Est de l'Ontario, Horizon-santé Nord, le Centre des sciences de la santé de London, l'Hôpital Mount Sinaï et le Réseau de santé William-Osler), huit centres d'évaluation (les centres d'évaluation Oakridge Arena et Carling Heights Optimist Community Centre exploités par le Centre des sciences de la santé de London, les centres de dépistage de la COVID-19 en service au volant de Brampton et d'Etobicoke exploités par le Réseau de santé William-Osler, le centre d'évaluation du Centre hospitalier du Mont-Sinaï, le centre d'évaluation de l'Hôpital Western de Toronto exploité par Réseau universitaire de santé, le centre d'évaluation Brewer Park exploité par l'Hôpital d'Ottawa et le centre d'évaluation de l'Institut Horizon-santé Nord, qui exploite un service de dépistage au volant et deux laboratoires communautaires qui effectuent des tests de dépistage de la COVID-19 [Dynacare et LifeLabs]).

Pour comprendre ce qu'il en était de la gestion de cas et de la recherche des contacts ainsi que les défis connexes, nous avons discuté avec les médecins hygiénistes, la haute direction et le personnel de 10 des 34 bureaux de santé publique (qui comptaient pour plus de 75 % des cas de COVID-19 en Ontario le 31 août 2020) : Haldimand-Norfolk; Hamilton; Kingston, Frontenac et Lennox et Addington; Middlesex-London; Ottawa; Peel; Thunder Bay; Toronto; la région de York; et le comté de Windsor-Essex.

Pour comprendre comment d'autres provinces ont renforcé la capacité d'analyse en laboratoire, nous avons discuté avec la haute direction des Services de santé de l'Alberta, du British Columbia Centre for Disease Control Public Health Laboratory et de l'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse.

Nous avons retenu les services du Dr David Walker, qui a présidé le Comité d'experts de l'Ontario sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses (2004) et l'Expert Panel on the Legionnaires' Disease Outbreak (2005), à titre de conseiller indépendant pour nous aider dans notre travail.

Nous avons mené nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément

aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe publiées par le Conseil des normes internationales d'audit et d'assurance des Comptables professionnels agréés du Canada. Cela comprenait l'obtention d'un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, en conséquence, maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des procédures documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des exigences législatives et réglementaires applicables.

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

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 La capacité limitée d'analyse en laboratoire est un problème de longue date qui n'a jamais été réglé

L'Ontario a eu de la difficulté à accroître sa capacité d'analyse en laboratoire, notamment à rivaliser avec d'autres administrations pour obtenir le même équipement et les mêmes fournitures d'analyse en laboratoire et à embaucher des personnes qualifiées pour effectuer toutes les analyses nécessaires. Bien que la capacité d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 de l'Ontario soit passée de 110 analyses par jour en janvier 2020 à plus de 40 000 analyses par jour le 31 août 2020, cette augmentation n'a pas été suffisamment rapide pour répondre à la demande d'analyses du public. Le ministère de la Santé (le Ministère) n'a pas donné suite aux recommandations et aux conseils qu'il avait reçus de Santé publique Ontario, d'un groupe d'experts en matière de services de laboratoire et de notre Bureau, lesquels auraient permis à l'Ontario d'augmenter sa capacité aussi rapidement que l'ont fait la Colombie-Britannique et l'Alberta. Ce délai a empêché l'Ontario d'élargir les critères d'admissibilité aux tests de dépistage de la COVID-19, de sorte qu'environ 119 000 Ontariens qui pourraient avoir contracté la COVID-19 n'ont pas passé le test de dépistage.

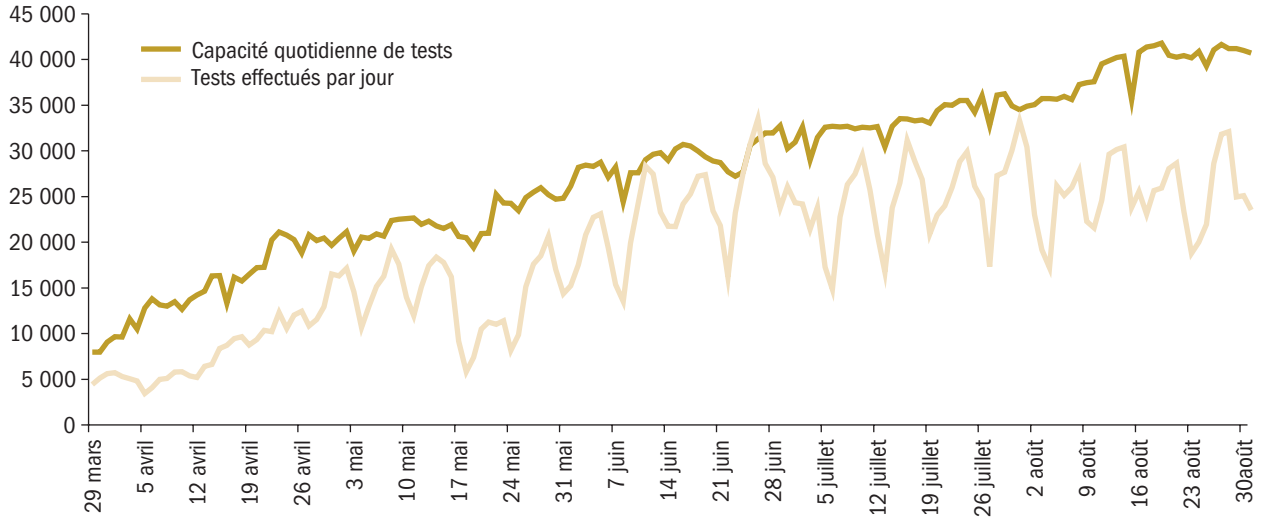
4.1.1 L'augmentation de la capacité d'analyse en laboratoire n'a pas toujours suivi le rythme de la demande, ce qui a entraîné des arriérés parfois préoccupants et une sous-déclaration des cas quotidiens

La capacité de l'Ontario d'effectuer des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, bien qu'elle ait considérablement augmenté depuis janvier 2020, n'était parfois pas suffisante pour répondre à la demande du public, particulièrement après qu'il eut été décidé d'augmenter le nombre de personnes admissibles aux tests de dépistage.

Le 11 janvier 2020, l'Ontario avait la capacité d'analyser seulement 110 tests par jour dans l'un des laboratoires de Santé publique Ontario à Toronto. Le nombre de laboratoires d'analyse est passé à 43 (7 laboratoires de santé publique, 33 laboratoires d'hôpitaux et 4 laboratoires communautaires) le 31 août 2020 (voir l'**Annexe 1**). La **Figure 7** montre la capacité quotidienne d'analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 et les tests effectués du 29 mars 2020 (date à laquelle Santé Ontario a commencé à consigner cette information) au 31 août 2020. Le nombre d'analyses en laboratoire effectuées était généralement inférieur à la capacité d'analyse de l'Ontario pour diverses raisons. L'une d'elles était que l'on avait intentionnellement mis en place une capacité plus grande que nécessaire dans certaines parties de la province afin qu'elle

Figure 7 : Capacité de dépistage et tests quotidiens effectués du 29 mars au 31 août 2020

Source des données : Santé Ontario



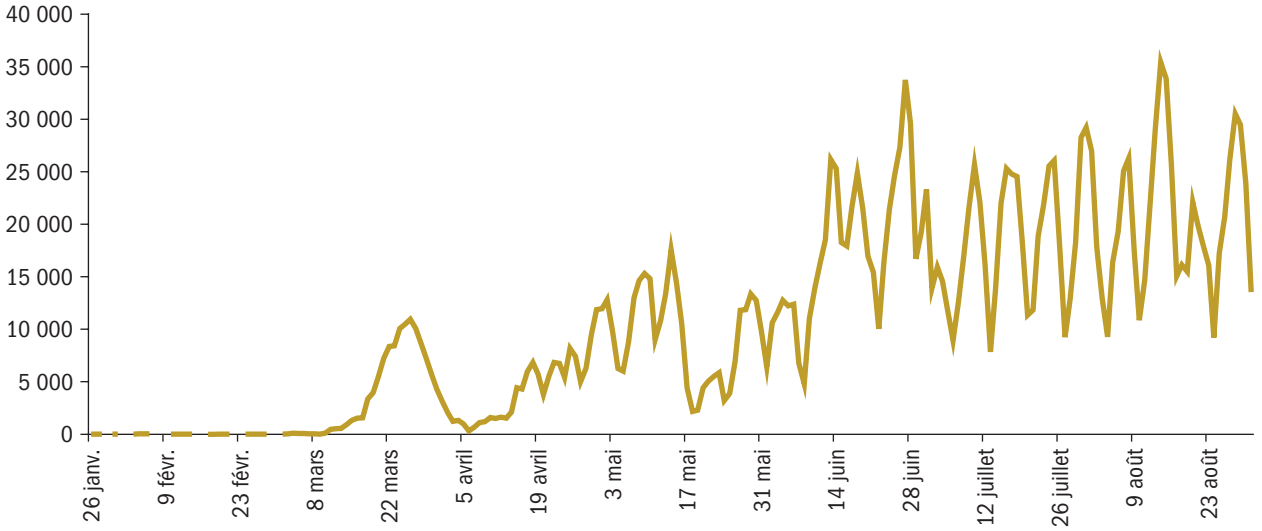
Remarque : Le 29 mars 2020 a été le premier jour où Santé Ontario a effectué le suivi de cette information. Les tests effectués par jour peuvent dépasser la capacité quotidienne d'analyse (comme les 25 et 26 juin) pour plusieurs raisons : les laboratoires augmentent leur effectif une journée donnée et le personnel fait des heures supplémentaires. Les tests effectués par jour peuvent également être inférieurs à la capacité d'analyse quotidienne pour un certain nombre de raisons : ils renferment des échantillons qui ne sont pas répartis également entre les laboratoires, ce qui fait en sorte que le matériel de laboratoire n'est pas utilisé dans certains laboratoires alors que d'autres laboratoires accusent du retard; le matériel de laboratoire ne peut être utilisé en raison de l'entretien préventif ou de réparations; et les ressources humaines nécessaires pour faire fonctionner le matériel ne sont pas disponibles pendant certaines heures de la journée.

puisse être mise à disposition en cas de hausse des besoins; par contre, la capacité excédentaire dans une partie de la province ne pouvait pas être mise à contribution rapidement pour soutenir un laboratoire débordé dans une autre partie de la province. Comme il est indiqué à la **section 4.1.4**, les échantillons ont été échangés entre les laboratoires dans la mesure du possible.

Comme de plus en plus d'Ontariens devenaient admissibles à passer le test de dépistage, des arriérés importants se sont accumulés. Dans le présent rapport, le terme « arriéré » désigne tous les échantillons en laboratoire dont les résultats sont en attente. Cela comprend les échantillons transmis vers la fin de la journée qui n'ont pas pu être traités à temps, les échantillons en cours de traitement dont les résultats étaient encore attendus à la fin de la journée et les échantillons entrants et s'accumulant plus rapidement que les laboratoires ne pouvaient les traiter. Plus l'arriéré est important par rapport à la capacité du laboratoire, plus s'allonge le délai avant de recevoir les résultats. Bien que de petits arriérés soient inévitables et courants dans le cours normal des opérations d'un laboratoire, les arriérés plus importants (en particulier ceux qui dépassent la capacité quotidienne du laboratoire) sont très préoccupants, car ils peuvent retarder la communication des résultats des analyses. Même si certains laboratoires étaient dotés en personnel et fonctionnaient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour analyser continuellement les échantillons pendant la pandémie, il restait parfois des arriérés importants. La **Figure 8a** montre les arriérés quotidiens d'analyses en laboratoire (ou des tests encore analysés) de janvier à août 2020. Bien que les arriérés aient augmenté considérablement au fil du temps, cette croissance est prévue et ne justifie pas de s'alarmer parce que la demande accrue de tests au cours de cette période a fait en sorte qu'un plus grand nombre d'échantillons étaient traités ou mis en file d'attente dans les laboratoires. La **Figure 8b** présente la moyenne mensuelle des arriérés quotidiens de janvier à août 2020. Les arriérés quotidiens ont retardé les analyses pendant tout le mois de mars, mais ils étaient en moyenne inférieurs en nombre aux tests effectués d'avril à août. Néanmoins, dans certains cas après

Figure 8a : Arriéré quotidien des tests de dépistage de la COVID-19, 26 janvier au 31 août 2020

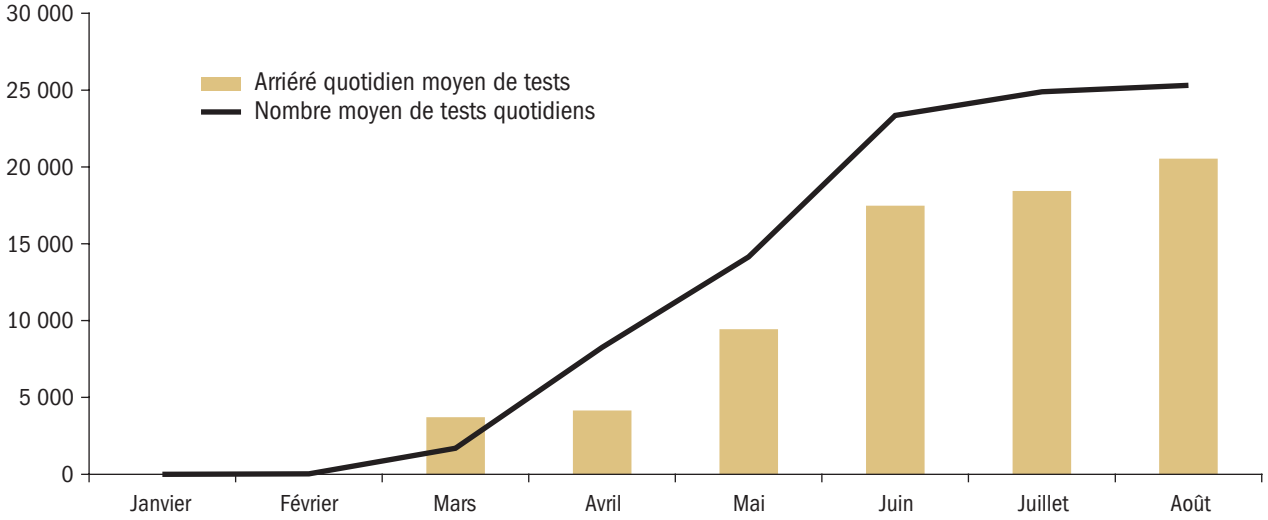
Source des données : Santé Ontario



Remarque : Le 26 janvier 2020 était la première journée pour laquelle ces données ont été rendues publiques sur le site Web du gouvernement de l'Ontario. Dans le présent rapport, le terme « arriéré » désigne tous les tests en attente de résultats, qui comprennent les tests en attente de traitement et les tests en cours de traitement.

Figure 8b : Arriéré quotidien moyen des tests COVID-19 par mois, de janvier à août 2020

Source des données : Santé Ontario



Remarque : Le 26 janvier 2020 a été le premier jour où Santé Ontario a suivi cette information.

avril, les arriérés dépassaient la capacité d'analyse quotidienne de la province. Par exemple, le 27 juin, l'arriéré d'échantillons à analyser était de 33 759 et la capacité quotidienne d'analyse en laboratoire était de 31 950. Nous avons également constaté des arriérés d'environ 50 000 échantillons à analyser et plus au cours de la dernière semaine de septembre, plafonnant à plus de 90 000 échantillons à analyser au cours de la première semaine d'octobre, ce qui était nettement supérieur à la cible de capacité d'analyse de 50 000 échantillons atteinte pour la première fois le 1er octobre.

L'incapacité d'achever l'analyse de tous les tests de dépistage de la COVID-19 chaque jour augmente le temps que doivent attendre une personne, son professionnel de la santé et son bureau de santé

publique avant la réception des résultats (voir la **section 4.3.2** et la **section 4.3.3** pour les détails de ces temps d'attente). L'existence de ces arriérés importants a retardé le signalement des cas positifs de COVID-19 (à la personne concernée, aux professionnels de la santé, aux bureaux de santé publique et dans le cadre de la déclaration quotidienne des cas de COVID-19).

4.1.2 Le retard dans l'augmentation de la capacité d'analyse a fait en sorte que de nombreux Ontariens symptomatiques ou atteints de la COVID-19 n'ont jamais passé le test de dépistage

Comme on a tardé à augmenter la capacité d'analyse de diagnostic de la COVID-19 des laboratoires (voir la **section 4.1.1**), il a fallu plus de temps à l'Ontario pour être en mesure de faire passer des tests à des personnes présentant des symptômes, comparativement à l'Alberta et à la Colombie-Britannique. Comme le montre la **Figure 9**, qui résume les principaux changements apportés aux critères d'admissibilité aux tests de dépistage de la COVID-19 en Ontario (des détails supplémentaires sont fournis à l'**Annexe 4**), ce n'est que le 14 mai 2020 que l'Ontario a permis à toutes les personnes présentant des symptômes de passer le test de dépistage. C'était environ un mois après l'Alberta et environ trois semaines après que la Colombie-Britannique eurent autorisé les tests de dépistage sur les personnes symptomatiques (le 13 avril en Alberta et le 21 avril en Colombie-Britannique).

Ainsi, avant le 14 mai 2020, des milliers d'Ontariens qui ne répondaient pas à la définition de cas de COVID-19 ou aux critères de l'orientation provinciale en matière de tests de dépistage n'étaient pas autorisés à subir un test, alors que certains d'entre eux présentaient des symptômes. Selon l'analyse de Santé publique Ontario, nous avons estimé qu'environ 119 000 Ontariens ont été atteints de la COVID-19 sans avoir subi de test de dépistage. En ce qui concerne les personnes qui étaient atteintes de la COVID-19, mais qui ont été exclues du dépistage et qui auraient demandé à passer un test, la situation a fait en sorte que le Ministère ne disposait pas de renseignements précis sur le nombre de cas réels de COVID-19 pour prendre des décisions, et que les personnes qui auraient dû faire l'objet des mesures de gestions de cas et de recherche des contacts étroits (ces derniers auraient dû être informés des risques qu'ils couraient), n'ont jamais reçu d'appel de leur bureau de santé publique. Si l'Ontario avait augmenté plus rapidement sa capacité d'analyse, il aurait pu tester plus rapidement un plus grand nombre d'Ontariens présentant des symptômes et probablement réduire la propagation globale de COVID-19 dans la province.

Des milliers d'Ontariens qui ont subi des tests de dépistage de la COVID-19, y compris ceux qui présentent des symptômes, n'ont pas été autorisés à passer ces tests de dépistage

Du 18 mars (la première date à laquelle les données sont disponibles) au 31 août 2020, environ 95 700 Ontariens (ou 6 %) qui ont visité un centre d'évaluation n'ont pas été testés. Cette situation était principalement attribuable au fait que ces personnes ne respectaient pas les consignes provinciales en matière de tests de dépistage de la COVID-19 à l'époque. La période du 18 mars au 31 mars 2020 était celle où le plus grand nombre de personnes ont été touchées : au cours de cette période, les centres d'évaluation n'ont pas prélevé d'échantillons pour analyse auprès de plus de 40 % (soit environ 16 800) des quelque 41 300 personnes qui se sont présentées dans les centres.

Le Ministère a publié un document d'orientation qui précisait les critères d'admissibilité aux tests de dépistage, lesquels ont changé considérablement au fil du temps (voir la **Figure 9** et l'**Annexe 4**). Par exemple, avant le 14 mai 2020, les directives n'encourageaient pas le dépistage de la population en général, même chez les personnes présentant des symptômes, à moins qu'on sache qu'elles

Figure 9 : Principaux changements apportés aux critères que les personnes doivent respecter pour être admissibles au test de dépistage de la COVID-19

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

	Date de publication des directives[1]				
	24 janvier	8 avril	14 mai	24 mai[2]	24 sept.
Critères généraux					
Personne présentant des symptômes de la COVID-19[3]			x		x
• et a récemment voyagé dans une région touchée[4]	x	x			
• et a eu un contact étroit avec un cas confirmé ou probable[5]	x	x			
• et a eu un contact étroit avec une personne symptomatique qui a voyagé dans une région touchée[3,4]	x	x			
Personne ne présentant aucun symptôme, mais l'un des symptômes suivants s'applique[6]			x		x
• la personne a été en contact étroit avec un cas confirmé ou lié à une éclosion[7]			x		x
• la personne fait partie d'une population à risque élevé[8]					x
Les critères précisent que les personnes asymptomatiques à faible risque ne devraient pas être testées.					x
Critères liés à des populations ou à des lieux précis					
La personne travaille, vit ou visite des lieux précis[9]		x	x		x
La personne appartient à une population prioritaire[10]		x	x		x

1. Le 8 avril, l'Ontario a publié sa première version des directives portant sur les tests de dépistage de la COVID-19. Avant cette date, les critères des tests reposaient sur la définition de cas existante. La définition de cas a été mise à jour périodiquement au fil de la compréhension de la COVID-19 à l'échelle internationale et provinciale.
2. Le 24 mai, l'Ontario a annoncé le dépistage pour toutes les personnes asymptomatiques qui voulaient passer un test. Cela n'a jamais été mentionné dans les directives de l'Ontario sur les tests.
3. Les symptômes la COVID-19 ont été élargis depuis le début de la pandémie. Les symptômes courants comprennent la fièvre, la toux sèche et les troubles respiratoires.
4. Les régions touchées sont passées de Wuhan, en Chine, à la province de Hubei, en Chine, à la Chine continentale et, à terme, à d'autres pays ayant connu des éclosions de COVID-19.
5. Les contacts étroits des cas confirmés et probables ont été inclus dans la définition de cas de l'Ontario jusqu'à la publication des directives du 14 mai. Depuis, les critères se limitent aux cas confirmés.
6. Bien que des tests sur les personnes asymptomatiques n'aient jamais été recommandés, ils n'étaient pas non plus interdits, et la collecte des échantillons auprès des personnes asymptomatiques s'est poursuivie jusqu'au 24 septembre.
7. Du 14 au 28 mai, des tests sur les personnes asymptomatiques (annoncés le 24 mai) ont été recommandés uniquement dans le cas des personnes liées à une éclosion. Le contact étroit avec un cas confirmé a été ajouté le 14 mai et toutes les dates suivantes.
8. Les populations à risque élevé comprennent les travailleurs et les résidents de milieux tels les foyers de soins de longue durée, les visiteurs de foyers de soins de longue durée, les travailleurs et les résidents de refuges pour sans-abri et d'autres foyers collectifs, ainsi que toute personne identifiée dans le cadre d'une campagne de dépistage ciblée par le ministère de la Santé, le ministère des Soins de longue durée ou les bureaux locaux de santé publique.
9. Les paramètres définis dans les critères de dépistage ont évolué au fil du temps. Au 24 septembre, il existait des directives propres à l'établissement pour les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite, les transferts d'établissement, les résidences collectives et les établissements, les milieux de travail, les milieux communautaires et les collectivités éloignées, isolées, rurales et autochtones.
10. Les populations prioritaires définies dans les critères d'essai ont évolué au fil du temps. Le 24 septembre, il existait des directives propres à la population pour les travailleurs de la santé, les fournisseurs de soins, les premiers intervenants, les travailleurs des services de garde d'urgence, les personnes vivant dans le même ménage que celles déjà mentionnées, les travailleurs essentiels, les travailleurs transfrontaliers, les travailleurs scolaires et les élèves et étudiants, et les personnes qui ont besoin de contacts fréquents avec le système de soins de santé.

avaient été en contact avec un cas de COVID-19 confirmé ou qu'elles appartiennent à des groupes particuliers (comme les travailleurs de la santé). Le 24 mai 2020, la province a annoncé que toutes les personnes asymptomatiques pouvaient passer le test de dépistage de la COVID-19 et ont été invitées à le faire. Quatre mois plus tard, le 24 septembre 2020, le dépistage auprès des personnes asymptomatiques a de nouveau été restreint. Même si ce ne sont pas toutes les personnes asymptomatiques qui pouvaient passer le test, les pharmacies ont commencé à prélever

des échantillons aux fins du dépistage de la COVID-19 sur des personnes asymptomatiques qui satisfaisaient à certains critères (p. ex. travailler dans un foyer de soins de longue durée, y résider ou planifier de le visiter).

Le Ministère n'a pas fait le suivi afin de savoir quelles personnes se sont avérées présenter des symptômes de COVID-19 parmi les personnes qui s'étaient vu refuser de passer le test dans les centres d'évaluation. Les membres du personnel de six des huit centres d'évaluation à qui nous avons parlé ont reconnu qu'ils avaient dû refuser de faire passer le test à des personnes symptomatiques en raison des critères d'admissibilité stricts du Ministère (voir l'**Annexe 4**). Par exemple :

- Un centre d'évaluation a indiqué qu'à certains moments, il refusait chaque jour jusqu'à 40 % des personnes qui se présentaient pour subir un test (ou de 45 à 140 personnes), et que dans un grand nombre de ces cas, le refus n'était fondé que sur le souci de respecter les critères d'admissibilité du Ministère.
- Un autre centre d'évaluation a indiqué que les critères d'admissibilité stricts du Ministère constituaient la principale raison pour laquelle des personnes qui demandaient de passer un test de dépistage de la COVID-19 se voyaient refuser le service.

Selon une étude de Santé publique Ontario, environ 119 000 Ontariens infectés à la COVID-19 n'ont jamais été soumis au test de dépistage

Les experts en santé peuvent utiliser la présence d'anticorps de la COVID-19 chez une personne comme preuve que cette personne a contracté la COVID-19 à un moment ou un autre. Santé publique Ontario a mené plusieurs études pour mesurer la prévalence des anticorps en Ontario. L'une d'elles a révélé qu'en août 2020, des anticorps de la COVID-19 avaient été détectés dans environ 1,1 % des échantillons analysés (ou 72 des 6 789 échantillons analysés). Santé publique Ontario a indiqué que sur la foi de cette étude, il est raisonnable de conclure qu'environ 1,1 % de la population ontarienne pourrait avoir été exposée à la COVID-19 en août 2020.

En appliquant ce pourcentage à la population ontarienne de 14,7 millions d'habitants, on estime que plus de 161 000 résidents de l'Ontario avaient été infectés par la COVID-19 en août 2020. L'Ontario a déclaré publiquement que seulement 42 000 personnes avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 au 31 août 2020. Cela porte à croire qu'environ 119 000 Ontariens (soit près de trois Ontariens atteints de la COVID-19 sur quatre) qui auraient contracté la COVID-19 n'ont jamais passé le test, et que ni eux ni leurs contacts étroits n'ont été surveillés et conseillés par leurs bureaux de santé publique dans le cadre de la gestion des cas. On ignore combien de ces personnes ont reconnu qu'elles avaient des symptômes de la COVID-19 et auraient cherché à se faire tester si ce service leur avait été accessible.

4.1.3 L'Ontario n'a pas atteint ses cibles de capacité d'analyse en laboratoire

Le 6 avril 2020, le Ministère a fixé une capacité provinciale cible de 20 000 analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 par jour d'ici la semaine du 19 avril 2020. Cette cible de capacité a été augmentée par tranches à 50 000, 65 000, 75 000 et 100 000 analyses par jour. La **Figure 10** montre le calendrier établi par le Ministère pour atteindre une capacité de 100 000 analyses par jour. Bien que l'Ontario ait réussi à atteindre la cible de capacité de 20 000 analyses par jour le 22 avril, il n'a pas respecté ses dates cibles pour atteindre la capacité d'effectuer 50 000 et 65 000 analyses par jour. Plus récemment, le 2 novembre, l'Ontario s'est doté d'une capacité suffisante pour effectuer 75 000 analyses par jour, soit bien avant sa cible de la mi-novembre.

Le 18 juin 2020, le Conseil du Trésor et le Conseil de gestion du gouvernement (CT/CGG) ont approuvé des initiatives visant à accroître la

Figure 10 : Objectifs quotidiens de capacité de dépistage de la COVID-19 : Capacité quotidienne de dépistage, dates limites cibles et dates cibles respectées

Sources des données : Ministère de la Santé et Santé Ontario

Objectif		
Capacité quotidienne de dépistage (nombre de tests)	**Au (date limite cible)**	**Date d'atteinte de l'objectif[1]**
20 000	25 avril	22 avril
50 000	26 sept.2	1er oct.
65 000	20 oct.	24 oct.
75 000	Mi-novembre	2 nov.
100 0003	Fin de décembre	s.o.

1. Selon la capacité maximale de tests quotidiens avant le 5 novembre 2020, ou le 15 novembre 2020.
2. La date limite initiale pour atteindre la capacité quotidienne de 50 000 tests était juillet 2020.
3. L'objectif de capacité de 100 000 tests par jour est fondé sur les projections de l'Ontario pour la deuxième vague (automne et hiver) et sur les estimations de la demande de tests validées par le Bureau du médecin hygiéniste en chef et Santé publique Ontario.

capacité d'analyse en laboratoire. L'objectif était de maintenir le volume de tests de dépistage de la province jusqu'à 25 000 par jour et d'atteindre la capacité d'effectuer 50 000 tests par jour d'ici juillet 2020, afin de se préparer à la saison de la grippe et à une deuxième vague éventuelle. Les initiatives comprenaient le financement des laboratoires communautaires et la mise en oeuvre des demandes de test par voie électronique (demande électronique). La **Figure 11** énumère les initiatives et les engagements financiers qui leur sont associés Ces initiatives comprennent l'augmentation du nombre de fournitures de tests, l'automatisation des capacités de TI pour permettre l'exécution plus efficace des analyses et la transition de la direction opérationnelle du réseau de laboratoires d'une entreprise externe à Santé Ontario.

La cible provinciale d'une capacité quotidienne de 50 000 analyses d'ici juillet 2020 n'a pas été

Figure 11 : Initiatives du ministère de la Santé visant à accroître la capacité de tests en laboratoire pour dépister la COVID-19

Source : Ministère de la Santé

Initiative	Fonds (en millions de dollars)	Brève description
Maintenir le nombre actuel de tests	48,00	Permettre aux laboratoires communautaires de continuer à effectuer des tests en laboratoire pour dépister la COVID-19 tout au long de 2020-2021.
Maintenir les activités et la direction de transition du réseau provincial de diagnostic	7,00	Poursuivre la mobilisation avec un expert-conseil de l'extérieur pour organiser, faciliter et diriger la coordination des laboratoires, et former le personnel de Santé Ontario pour lui permettre d'assumer ces responsabilités.
Accroître la capacité des TI liée aux tests de dépistage	8,50	Accroitre la capacité des TI pour automatiser le processus de test de dépistage manuel (y compris la mise en oeuvre des demandes de tests électroniques et le suivi pour remplacer les demandes sur papier et la saisie manuelle des données).
Augmenter les fournitures et le matériel de test	3,00	Appuyer la production accélérée des fournitures de prélèvement pour effectuer les tests de laboratoire pour dépister la COVID-19.
Envisager des options de test en milieu de travail	0,15	Collaborer avec Infrastructure Ontario pour déterminer des options de test en milieu de travail dans le secteur privé.
Total	**66,65**	

atteinte. La capacité quotidienne d'analyse la plus élevée à la fin juillet a été observée le 29 juillet 2020 alors qu'elle était d'environ 36 300 tests. Ce pourcentage était inférieur d'environ 27 % (ou 13 700 tests) à la cible. Santé Ontario nous a informés que cette cible n'avait pas été atteinte en raison des retards dans l'obtention d'une quantité suffisante de matériel de dépistage et du manque de fournitures et de ressources humaines pour effectuer les tests.

Le Ministère a ensuite repoussé au 26 septembre 2020 les délais cibles pour atteindre une capacité de 50 000 analyses par jour, et il a fixé une cible de capacité d'analyse de 100 000 tests par jour à la fin de 2020 (voir la **Figure 10**). L'Ontario a raté la cible du 26 septembre 2020 d'environ 12 % (ou 5 900 tests), ce qui représente une capacité d'environ 44 100 tests par jour. Le nombre de tests qu'il restait à analyser en laboratoire à cette date était d'environ 68 000. Malgré le fait que l'on a raté les premières cibles, le renforcement récent de la capacité d'analyse afin d'atteindre la cible de 75 000 tests avant la date cible représente une étape positive pour la province, même si l'on ne sait toujours pas si la cible de capacité de 100 000 analyses par jour sera atteinte d'ici la fin de décembre.

4.1.4 La capacité d'analyse en laboratoire a augmenté tardivement, malgré les avertissements de Santé publique Ontario et d'experts en février 2020

Au départ, il incombait au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg (Manitoba) de confirmer tous les tests de dépistage de la COVID-19 au Canada. Il a confirmé le premier cas de COVID-19 au Canada le 27 janvier 2020.

Comme il est mentionné à la **section 4.1.1**, la capacité d'analyse de l'Ontario le 11 janvier 2020 n'était que de 110 analyses par jour. Le seul site d'analyse était le laboratoire de Santé publique Ontario à Toronto. Santé publique Ontario s'attendait alors à ce que sa capacité soit suffisante pour répondre aux besoins des Ontariens compte tenu de l'expérience passée en matière de tests de dépistage de la grippe et du virus H1N1. La grippe n'a exigé que l'exécution d'environ 100 analyses par jour en moyenne au cours des trois derniers exercices, tandis que l'éclosion de H1N1 en 2009 n'a exigé que l'exécution d'environ 135 analyses par jour sur une période d'un an.

Au début de février 2020, les laboratoires d'hôpitaux et les laboratoires communautaires avaient manifesté leur intérêt à participer aux tests de dépistage de la COVID-19. Le 12 février, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a envoyé une lettre aux laboratoires d'hôpitaux et communautaires dans laquelle il mentionnait que [traduction] « pour le moment, l'activité de dépistage actuelle est faible et se situe bien en deçà de la capacité de Santé publique Ontario d'effectuer rapidement les analyses ». La lettre invitait néanmoins les laboratoires qui le désirent à envoyer un courriel au Centre des opérations d'urgence du Ministère afin d'organiser des discussions sur un processus coordonné.

À la fin de février 2020, Santé publique Ontario et d'autres experts avaient réalisé que la capacité de dépistage existante ne serait pas suffisante et avaient fait part de leurs préoccupations au médecin hygiéniste en chef. Concrètement :

- Le 16 février 2020, le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé (qui relevait alors du médecin-hygiéniste en chef et qui est responsable de la coordination de la réponse à la COVID-19) a envoyé un courriel aux intervenants du domaine de la santé pour les informer que certains hôpitaux voulaient faire passer des tests de dépistage de la COVID-19 aux personnes qui s'étaient rendues dans des pays autres que la Chine alors que cela allait à l'encontre de la définition de cas existant du Ministère. Le courriel mentionnait que les échantillons prélevés auprès de personnes qui avaient récemment voyagé dans d'autres pays où des cas de COVID-19 avaient été recensés

n'étaient pas admissibles au dépistage, ce qui sous-tend qu'en reconnaissant que des administrations autres que la Chine continentale présentaient des risques, il [traduction] « s'ensuivrait des difficultés d'analyse en laboratoire ».

- Le 21 février 2020, 10 épidémiologistes d'hôpitaux ont envoyé une lettre au médecin hygiéniste en chef indiquant que leur hôpital interpréterait plus largement la définition de cas afin de faire passer des tests de dépistage à des personnes en provenance d'autres pays ayant des cas connus de COVID-19. Ils ont recommandé que l'Ontario renforce la capacité d'analyse en laboratoire partout dans la province, soit du laboratoire de Santé publique Ontario à Toronto, soit d'autres laboratoires locaux, et que des ressources soient immédiatement affectées à la préparation des laboratoires et à l'accumulation de réactifs avant qu'ils ne soient épuisés en raison des limites de la chaîne d'approvisionnement. La lettre mentionnait également qu'il est probable qu'un seul cas de transmission de COVID-19 à l'échelle locale ou communautaire avéré (ce qui signifie que la source probable de la transmission n'est pas connue) ferait passer les volumes de tests de dépistage de la COVID-19 de moins d'une centaine par jour à plusieurs milliers par jour. Le même jour, le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé a envoyé un courriel aux intervenants du domaine de la santé pour les informer que les fournisseurs de soins de santé pouvaient exercer leur jugement clinique pour déterminer la pertinence de faire passer un test malgré l'écart à la définition de cas existante.
- Le 26 février 2020, Santé publique Ontario a émis une note d'information à l'intention du médecin hygiéniste en chef, indiquant que [traduction] « pour circonscrire et atténuer la propagation, nous devons immédiatement élargir l'étendue du dépistage de la COVID-19 au-delà de [Santé publique Ontario] » et que [traduction] « compte tenu de l'augmentation de la transmission communautaire [dans d'autres pays], le besoin de capacité d'analyse a augmenté ». La note d'information indiquait également que les hôpitaux de la Colombie-Britannique effectuaient déjà certains tests de dépistage de la COVID-19 pour la province et que d'autres administrations internationales, comme la Corée du Sud, effectuaient beaucoup plus de tests.
- De plus, le 26 février 2020, 36 médecins spécialisés en microbiologie et/ou maladies infectieuses qui travaillaient dans des hôpitaux de l'Ontario ont envoyé une lettre au médecin hygiéniste en chef indiquant que [traduction] « compte tenu de l'évolution rapide des caractéristiques épidémiologiques et du délai (minimum de 4 à 6 semaines) requis pour mettre en oeuvre des capacités d'analyse et de production de rapport fiables », on « exhorte le ministère de la Santé à agir maintenant pour appuyer, en assurant la coordination et l'approvisionnement en ressources, la mise en oeuvre d'une capacité de dépistage de la COVID-19 et de production de rapports sur les résultats dans TOUS les laboratoires d'hôpitaux qui disposent de l'équipement, de l'expertise (microbiologistes cliniques ou médicaux), du personnel de laboratoire et de l'infrastructure de biosécurité nécessaires pour le faire en toute sécurité ».

Le Ministère a commencé à prendre des mesures pour accroître la capacité d'analyse en mars 2020. Par exemple :

- Le 2 mars 2020, le Ministère et Santé publique Ontario ont mis sur pied un groupe de travail sur la COVID-19, qui réunissait des représentants de laboratoires spécifiques capables d'analyser les tests de dépistage de la COVID-19, afin de planifier le renforcement de la capacité.

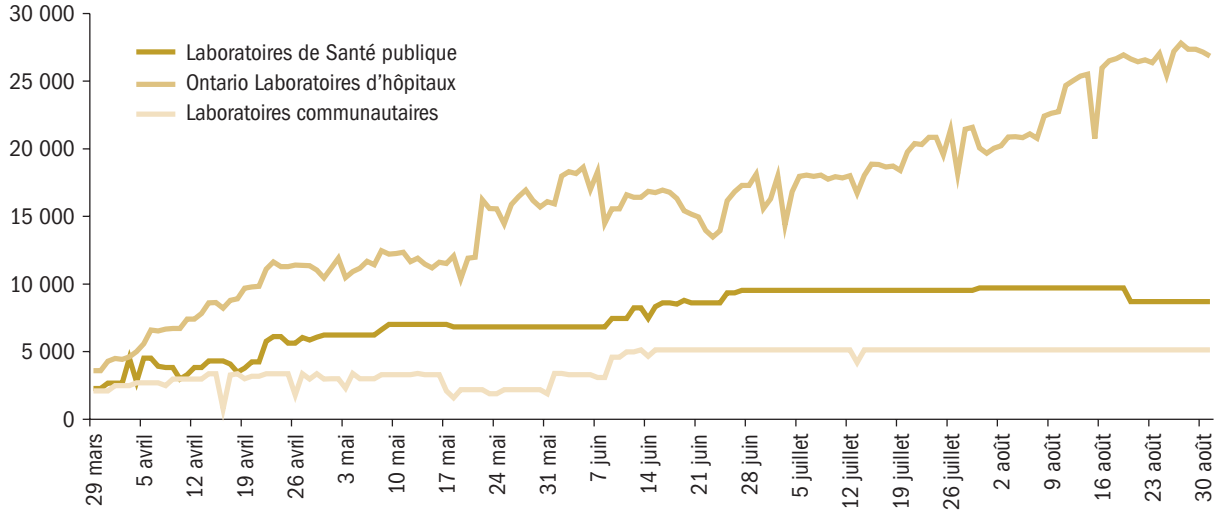
- Le Ministère a commencé à sonder les laboratoires provinciaux au début de mars 2020 pour comprendre où des capacités d'analyse à l'extérieur de Santé publique Ontario pourraient être mises à contribution. Trois laboratoires d'hôpitaux ont commencé à effectuer des analyses à la mi-mars. Le 19 mars 2020 (trois semaines après que Santé publique Ontario et des médecins eurent fait part de leurs préoccupations), le Ministère a demandé à Santé Ontario d'élaborer un plan pour accroître la capacité d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19. Une semaine plus tard, le 26 mars 2020, Santé Ontario a mis sur pied le Réseau provincial de diagnostic de la COVID-19 (le Réseau) de l'Ontario, un réseau provincial intégré de laboratoires publics, hospitaliers et communautaires pour coordonner les activités d'analyse de diagnostic de la COVID-19, par exemple en facilitant le transfert des échantillons prélevés aux laboratoires et en organisant le prélèvement d'échantillons et la déclaration quotidienne des résultats des analyses de diagnostic de la COVID-19 de chaque laboratoire.
- À la fin de mars 2020 (un mois après que Santé publique Ontario et les experts des hôpitaux eurent exprimé leurs préoccupations), la capacité d'analyse en laboratoire a été renforcée par l'adjonction des laboratoires communautaires et d'hôpitaux qui avaient une capacité potentielle ou qui avaient déjà commencé les analyses de diagnostic de la COVID-19. Le 29 mars 2020, 13 laboratoires ont effectué environ 4 400 analyses, ce qui a permis de réduire l'arriéré d'analyses à 7 200 par rapport au sommet de 11 000 échantillons à analyser atteint le 26 mars 2020 (voir la **Figure 8a**).

Le Réseau a continué de croître pour renforcer sa capacité. Le 31 août 2020, 43 laboratoires (7 laboratoires de santé publique, 33 laboratoires d'hôpitaux et 3 laboratoires communautaires) actifs dans le Réseau avaient la capacité d'analyser un total d'environ 41 000 échantillons par jour. La **Figure 12** montre la capacité quotidienne par type de laboratoire.

Bien que le Réseau ait permis un niveau élevé de collaboration entre les laboratoires de santé publique, les laboratoires d'hôpitaux et les laboratoires

Figure 12 : Capacité quotidienne de test de dépistage de la COVID-19 par type de laboratoire, du 29 mars au 31 août 2020

Source des données : Santé Ontario



Remarque : Le 29 mars 2020 est le jour où Santé Ontario a commencé à suivre cette information

communautaires (ce qui comprend la coordination du transfert des échantillons aux fins des analyses de diagnostic de la COVID-19 d'un laboratoire qui accuse un arriéré important à d'autres laboratoires dont la capacité est excédentaire et dont les délais d'exécution sont jugés plus courts), l'intégration plus rapide de ces intervenants aurait aidé l'Ontario à organiser et à planifier une réponse cohérente en se dotant beaucoup plus rapidement de cette capacité d'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19.

4.1.5 Les hôpitaux n'ont pas augmenté rapidement la capacité d'analyse en laboratoire en raison de l'ambiguïté et de l'incertitude entourant le financement ministériel

Les hôpitaux nous ont dit qu'ils n'avaient pas augmenté activement leur capacité d'analyse en laboratoire parce que l'information qu'ils avaient reçue du Ministère au sujet du financement à l'appui d'un plus grand nombre d'analyses n'était pas claire, tant sur le plan des montants que sur le plan du calendrier. Bien que les hôpitaux soient en mesure de réaffecter des ressources de leurs budgets généraux pour accroître la capacité d'analyse en laboratoire, ils ont besoin de ces fonds pour financer leurs dépenses d'exploitation. L'absence de directives claires de la province, communiquées en temps opportun, a ralenti la rapidité et la quantité des investissements faits par les hôpitaux dans les laboratoires.

Comme il est mentionné à la **section 4.1.4**, les laboratoires d'hôpitaux avaient déjà commencé à développer leur propre capacité de test de dépistage de la COVID-19 avant la fin de février 2020. Ils ont exprimé leur volonté d'accroître leur capacité afin d'analyser plus rapidement un plus grand nombre d'échantillons. Ils nous ont expliqué comment leur délai d'exécution était affecté par l'insuffisance de leur capacité à suivre le rythme de la demande. Par exemple :

- En juin 2020, le délai d'analyse des échantillons prélevés à l'interne dans un laboratoire d'hôpital était d'environ 14 heures. Par contre, lorsque sa capacité a été dépassée en juin 2020 et qu'il a dû envoyer des échantillons ailleurs à des fins d'analyses, son délai d'exécution est passé à environ 37 à 69 heures, selon l'endroit où les échantillons ont été envoyés.
- Un autre laboratoire d'hôpital a redirigé de 400 à 800 des échantillons qu'il avait reçus à la fin de juillet et au début d'août 2020 vers un laboratoire situé à plus de 400 kilomètres parce que la capacité locale était dépassée. Le délai de traitement moyen est ainsi passé de moins de 24 heures à 24 à 48 heures.

Pour que les laboratoires d'hôpitaux puissent accroître de façon tangible leur capacité, ils avaient besoin d'une certaine assurance quant au financement qui serait disponible à cette fin. Le personnel de plusieurs laboratoires d'hôpitaux nous a informés qu'au moment où ils souhaitaient commencer les analyses ou en élargir la portée, il n'y avait pas de directives officielles sur les quantités d'équipement et de fournitures d'analyse nécessaires, ni sur la façon de se les procurer. Ces hôpitaux nous ont informés qu'ils estimaient que le document d'orientation de la province sur la garantie de remboursement des dépenses engagées pour renforcer la capacité d'analyse des laboratoires était vague ou imprécis (par exemple, il n'indiquait pas précisément quels coûts seraient remboursés, s'il y avait un plafond des coûts ou la mesure du renforcement de capacité), ce qui a retardé l'accroissement de la capacité. Par exemple, même si le Ministère s'est engagé, le 26 mars 2020, à verser 3,3 milliards de dollars pour soutenir les hôpitaux, et même s'il a demandé officiellement, le 25 avril 2020, à tous les hôpitaux de faire le suivi de leurs dépenses liées à la COVID-19, il n'a pas précisé à quel moment le financement serait versé et dans quelle mesure il couvrirait l'expansion de la capacité des laboratoires. Dans un cas, Santé Ontario a simplement indiqué à un hôpital, dans

une lettre datée du 10 août 2020, que [traduction] « les coûts liés aux tests de dépistage de la COVID-19 seront remboursés selon le modèle de financement qui sera finalement mis au point ».

Un laboratoire d'hôpital nous a informés que [traduction] :

> [l] e cadre de financement des hôpitaux relativement à la COVID-19 ne fournit pas suffisamment de précisions sur le remboursement des dépenses d'immobilisations et d'exploitation engagées pour la prestation des tests de dépistage de la COVID-19 et le soutien à l'analyse de diagnostic de la COVID-19 dans toutes les régions. Dans un effort visant à couvrir tout l'horizon des possibilités, les communications provinciales relatives au financement des hôpitaux sont souvent trop générales pour garantir que toutes les dépenses liées au système d'analyse en laboratoire et à l'ensemble du système seront financées.

D'après les renseignements sur les coûts disponibles au moment de notre audit, les hôpitaux ont soumis environ des demandes de remboursement de dépenses liées aux coûts supplémentaires des laboratoires engagés jusqu'au 31 juillet totalisant 109 millions de dollars, tandis que Santé publique Ontario avait soumis des demandes visant environ 27 millions de dollars en coûts extraordinaires jusqu'au 30 juin. Le Ministère a remboursé en septembre 2020 les dépenses de laboratoire engagées par les hôpitaux en mars et en avril et a remboursé en novembre les dépenses de laboratoire des hôpitaux engagées de mai à juillet. Au moment de notre audit, aucune des dépenses supplémentaires de laboratoire de Santé publique Ontario n'avait été remboursée.

Par contre, la réponse de l'Alberta en matière de tests de dépistage de la COVID-19 n'a pas été entravée par les pressions financières, car la province n'était pas vague quant aux détails du financement. Selon Alberta Precision Laboratories, une filiale des Services de santé de l'Alberta qui coordonne les fonctions des laboratoires, les Services de santé de l'Alberta ont fourni des directives claires sur les cibles et les échéanciers, ce qui lui a permis d'effectuer les investissements nécessaires pour atteindre ces cibles. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a également communiqué aux laboratoires qu'ils devraient acheter les plateformes d'analyse nécessaires et que les coûts seraient entièrement remboursés.

RECOMMANDATION 1

Pour que les laboratoires puissent analyser les échantillons de façon efficace et efficiente afin de répondre aux besoins des Ontariens durant la pandémie de COVID-19 et d'autres éclosions éventuelles, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, devrait :

- prévoir les besoins en matière de tests de dépistage de la COVID-19 et recenser de nouvelles possibilités pour renforcer les capacités de l'Ontario si une expansion supplémentaire devenait nécessaire;
- continuer de surveiller la capacité de chaque laboratoire par rapport à la cible de 100 000 analyses par jour d'ici la fin de décembre 2020 et déterminer et prendre des mesures correctives lorsque des lacunes sont prévues;
- prévoir les périodes où les arriérés pourraient dépasser la capacité provinciale (ou régionale) d'analyse quotidienne des laboratoires tout en trouvant des façons de les éliminer, de les réduire et de les éviter;
- communiquer clairement et en temps opportun aux hôpitaux la nature du financement relatif à la COVID-19, y compris indiquer l'équipement et les fournitures de laboratoire qui seront remboursés.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation, et Santé Ontario, qui exploite le réseau provincial de laboratoires, continue de planifier les besoins en matière de tests, de faire le suivi

de la capacité des laboratoires par rapport aux cibles provinciales en matière de capacité et de surveiller la production et les délais d'exécution du réseau de laboratoires.

Le ministère s'engage à fournir des communications claires et en temps opportun sur le financement des dépenses liées à la COVID-19, y compris le financement des fournitures et de l'équipement de laboratoire.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation et a déjà pris des mesures par rapport à tous les points soulevés.

En se fondant sur la modélisation effectuée par le Ministère, Santé Ontario a établi un processus lui permettant de prendre en charge des hausses de la demande d'analyses et s'assure que les laboratoires disposent de capacités additionnelles en cas de besoin. Santé Ontario continuera de collaborer avec le Ministère pour examiner les prévisions et s'assurer que des options appropriées sont définies.

Chaque semaine, le Réseau provincial de diagnostic (le Réseau) valide la capacité des laboratoires par rapport aux cibles. Grâce à ce processus, tous les laboratoires déterminent leur capacité actuelle et leur capacité éventuelle à répondre à des besoins accrus en matière de capacité. Le Réseau prévoit de poursuivre ce processus.

Santé Ontario continue de surveiller quotidiennement le nombre d'analyses en cours par rapport aux échantillons reçus, ainsi que le délai entre la collecte des prélèvements et la communication des résultats. Des mesures ont été établies pour obtenir un signal précoce des risques de retard de ce flux et de dépassement de la capacité d'analyse en laboratoire. Plus précisément, lorsque les volumes d'analyse à effectuer en laboratoire atteignent 75 % de la capacité, il s'agit d'un signal pour le laboratoire et le réseau de mettre en oeuvre des stratégies de réponse à une pointe de la demande.

Santé Ontario a également élaboré des ententes de financement avec chaque laboratoire pour appuyer les coûts d'exploitation (ressources humaines de la santé et fournitures) et veiller à ce que le financement soit versé sur une base mensuelle en fonction du volume d'analyses effectuées.

4.2 Le Ministère n'a pas répondu aux préoccupations soulevées il y a plusieurs années concernant l'amélioration du secteur des laboratoires de l'Ontario

De nombreuses administrations au Canada et ailleurs dans le monde ont éprouvé des difficultés semblables en voulant renforcer leur capacité de dépistage de la COVID-19. Ces défis comprennent une pénurie mondiale de réactifs (une fourniture clé utilisée pour les tests de dépistage de la COVID-19) et une demande mondiale accrue d'équipement de dépistage de la COVID-19. Au-delà de ces défis, l'Ontario devait composer avec ses propres défis uniques, en particulier parce qu'il ne disposait pas d'un rôle centralisé chargé de surveiller l'ensemble du secteur des laboratoires. Bien que le Ministère ait été informé de ces problèmes touchant le secteur des laboratoires de l'Ontario il y a plusieurs années, il n'a pas apporté de changements avant que se présente la COVID-19. Ces préoccupations ont été soulevées par diverses parties, notamment :

- Santé publique Ontario, qui a averti, en 2017, de son incapacité à répondre à une menace pour la santé publique (voir la **section 4.2.1**);
- la Commission sur le SRAS en 2004 (voir la **section 4.2.2**);
- le Comité d'experts en matière de services de laboratoire dans un rapport de 2015 (voir la **section 4.2.3**);
- le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, dans son rapport de 2017 sur les

services de laboratoire dans le secteur de la santé (voir la **section 4.2.4**).

4.2.1 Le Ministère n'a pris aucune mesure en réponse à l'avertissement de Santé publique Ontario de 2017 concernant son incapacité à réagir à des menaces éventuelles pour la santé publique

Santé publique Ontario reçoit la plus grande partie du financement du Ministère, qui n'a pas augmenté son financement de base d'environ 148 millions de dollars depuis 2013-2014 (le financement de base couvre les dépenses opérationnelles telles que celles rattachées aux analyses en laboratoire et à l'achat de matériel et de fournitures de laboratoire). Le Ministère n'a pas donné suite aux préoccupations de Santé publique Ontario concernant l'insuffisance de ce financement stable, qui ont été exprimées à deux reprises en 2017 :

- Dans son Plan d'activités annuel 2017-2018 à 2019-2020, Santé publique Ontario a indiqué que son plus grand risque concernait [traduction] « l'absence d'un financement durable pour continuer à s'acquitter de son mandat, y compris sa capacité de répondre de façon exhaustive aux menaces nouvelles pour la santé publique », soulignant que ces menaces étaient très susceptibles de se concrétiser et présentaient un risque élevé pour la province.
- En janvier 2017, Santé publique Ontario a présenté au Ministère un aperçu des défis financiers découlant de l'augmentation du nombre d'analyses en laboratoire. Cet aperçu soulignait l'importance de permettre à Santé publique Ontario de [traduction] « suivre le rythme des progrès technologiques en laboratoire qui permettent de réaliser des gains d'efficience et d'ajouter de la valeur au système de soins de santé ». Santé publique Ontario a indiqué qu'il avait atteint un point critique, où la croissance du volume et un budget fixe l'empêcheraient de continuer à répondre à la demande croissante.

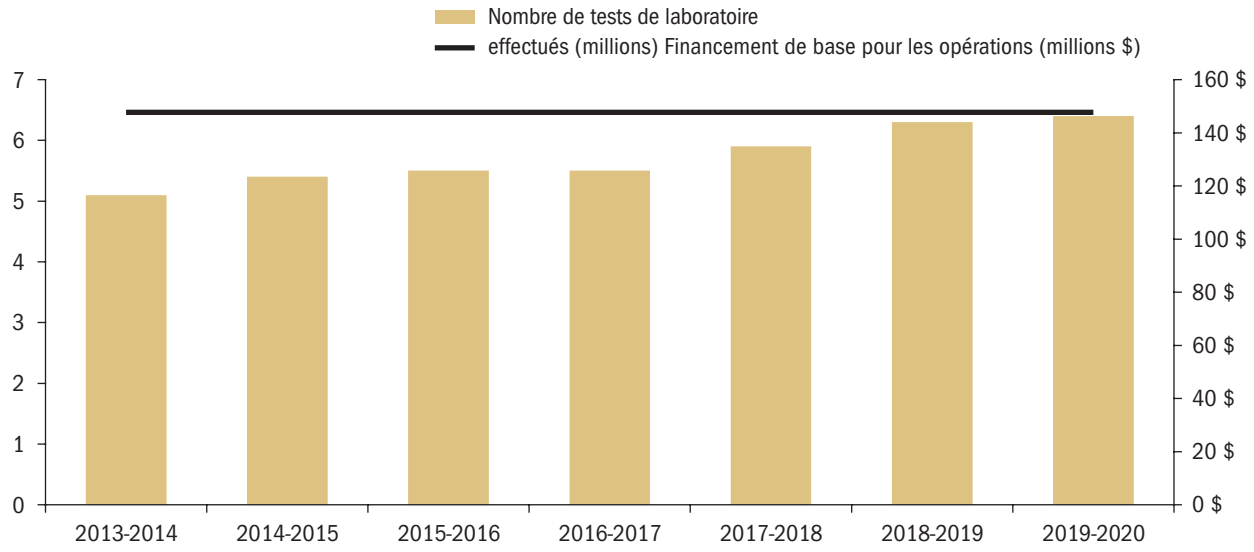
En réponse à ces préoccupations, le Ministère a demandé à Santé publique Ontario d'élaborer un plan de modernisation de ses activités et de déterminer les secteurs où des gains d'efficience pourraient être réalisés. En décembre 2017, Santé publique Ontario a présenté un plan de modernisation des laboratoires et de gestion des pressions (le Plan de modernisation des laboratoires) au Ministère (voir l'**Annexe 5**). Le Plan de modernisation des laboratoires comprenait des initiatives comme la consolidation régionale des opérations des laboratoires, la mise en oeuvre d'un mécanisme de demande d'analyse en laboratoire par voie électronique, le transfert de la responsabilité des tests de santé de routine à d'autres laboratoires et l'établissement d'un volet de financement des immobilisations pour financer le remplacement annuel du matériel et les investissements en technologies. Santé publique Ontario estimait que la mise en oeuvre de ce plan se traduirait par des économies importantes (de 200 000 $ la première année à près de 8 millions de dollars la 4e année de mise en oeuvre).

Santé publique Ontario a soumis au Ministère un plan actualisé de modernisation des laboratoires en 2018 et un plan similaire en 2019. Dans le budget de l'Ontario de 2019, le gouvernement a annoncé qu'il simplifierait le mandat de Santé publique Ontario, notamment par la modernisation du système de laboratoires de santé publique; toutefois, aucun financement ni aucune approbation n'ont été accordés pour ce faire. Entre-temps, le nombre d'analyses en laboratoire a augmenté d'environ 25 %, passant de 5,1 millions en 2013-2014 à 6,4 millions en 2019-2020. La **Figure 13** montre le financement de Santé publique Ontario et le nombre d'analyses effectuées de 2013-2014 à 2019-2020.

En 2019-2020, le Ministère a réduit le financement de base de Santé publique Ontario de plus de 13 millions de dollars (ou environ 9 %) par rapport au financement de l'exercice précédent.

Figure 13 : Financement de base du ministère de la Santé pour Santé publique Ontario et nombre tests de dépistage effectués par les laboratoires de Santé publique Ontario, 2013-2014 à 2019-2020

Source des données : Santé publique Ontario



Remarque : Exclut des fonds de 3,5 millions de dollars par année des centres de ressources pour la promotion de la santé, qui ont été abandonnés en 2019-2020, ainsi que les fonds complémentaires ponctuels.

Bien que le Ministère ait rétabli l'enveloppe de 13 millions de dollars le 23 septembre 2019 (sur une base ponctuelle pour 2019-2020 seulement), il a de nouveau réduit son financement de base prévu pour le budget 2020-2021 de 5 millions de dollars (ou environ 3 %) par rapport au financement de base de 2019-2020 rétabli au niveau précédent. Le 24 avril 2020, le Ministère a rétabli les 5 millions de dollars à titre de financement ponctuel pour 2020-2021.

Au cours de la dernière décennie, Santé publique Ontario a réduit ses effectifs à la grandeur de l'organisation de sorte qu'il est maintenant moins à même de pouvoir répondre aussi rapidement au niveau d'analyse qu'exige la réponse à la COVID-19. Par exemple, de 2014-2015 à 2019-2020, Santé publique Ontario a réduit ses équivalents temps plein (ETP) de 120 employés, et 10 autres réductions d'ETP sont prévues en 2020-2021. Cela se traduira par une diminution totale de 130 ETP (ou 13 %) par rapport au niveau de dotation d'environ 970 ETP en 2014-2015. Ces compressions incluaient des postes d'épidémiologistes et des postes d'employés travaillant directement dans les laboratoires de Santé publique Ontario.

Compte tenu de la réduction de ses effectifs et de ses fournitures, Santé publique Ontario a dû accroître ses ressources en un court laps de temps lors que la pandémie s'est présentée. Du 1er avril 2020 au 31 août 2020, Santé publique Ontario a embauché 76 nouveaux employés, dont 45 préposés de laboratoire, 8 opérateurs de saisie des données, ainsi que d'autres employés de laboratoire, de recherche et responsables des tâches administratives. De plus, des ressources temporaires supplémentaires dans ses secteurs de la protection de la santé et de la régie interne ont été embauchées pour soutenir la réponse à la COVID-19. Santé publique Ontario a estimé que 500 ETP supplémentaires seront nécessaires en 2020-2021 pour répondre à une hausse du nombre de tests de dépistage de la COVID-19, dont 100 opérateurs de saisie de données, 250 préposés de laboratoire médical et 150 techniciens de laboratoire médical.

4.2.2 Le Ministère répète les erreurs qu'il avait commises lors des analyses de diagnostic en laboratoire du SRAS

Santé publique Ontario a été créé en 2008 en réponse aux leçons tirées de l'éclosion du SRAS en 2003, au cours de laquelle les laboratoires faisaient face aux mêmes problèmes (dans une mesure moindre) que ceux de 2020 avec la COVID-19. Toutefois, le Ministère n'a pas empêché la répétition des mêmes erreurs en ce qui concerne les analyses de diagnostic en laboratoire.

Plus particulièrement, le défaut du Ministère de financer adéquatement les laboratoires de Santé publique Ontario (voir la **section 4.2.1**) rappelle les manquements passés durant l'éclosion du SRAS en 2003. Dans un rapport publié en 2004, la Commission sur le SRAS a souligné ce qui suit :

> [Traduction] Pendant l'éclosion du SRAS, le laboratoire provincial de Toronto a rapidement été inondé d'échantillons. À l'instar d'autres composantes du système de soins de santé, il n'avait pas de capacité d'intensification, c'est-à-dire des ressources pour faire face aux besoins accrus liés à une épidémie comme celle du SRAS. Selon un expert, le laboratoire était [traduction] « sous-financé et manquait de ressources » avant l'éclosion du SRAS ». Par conséquent, bon nombre des échantillons de l'Ontario ont dû être envoyés pour analyse au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg et à des laboratoires privés et hospitaliers de Toronto.

De plus, les réductions susmentionnées de l'effectif de recherche de Santé publique Ontario (voir **Section 4.2.1**) rappellent les problèmes observés durant l'éclosion du SRAS. Le Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses a noté :

> [Traduction] « une préoccupation constante et importante selon laquelle la capacité de base du laboratoire de santé publique de l'Ontario en matière de recherche et de médecine scientifique est grandement inférieure aux besoins ».

L'expérience de l'Ontario pendant l'éclosion du SRAS et la pandémie de COVID-19 a démontré que le système de laboratoires de l'Ontario n'est pas bien équipé pour réagir à une pandémie. Il est sous-financé et insuffisamment doté en personnel et en fournitures. Si le Ministère avait approuvé le Plan de modernisation des laboratoires de Santé publique Ontario et/ou augmenté plus rapidement les ressources de Santé publique Ontario, Santé publique Ontario aurait été en mesure d'accroître davantage et plus rapidement sa capacité d'analyse en laboratoire.

4.2.3 Le Ministère n'a pas suivi les recommandations des experts en 2015 sur la nécessité d'une surveillance centrale des services de laboratoire

Dans un rapport publié en 2015, le Comité d'experts en matière de services de laboratoire (le Comité d'experts), chargé par le Ministère d'examiner le secteur des laboratoires communautaires de l'Ontario et de formuler des recommandations à ce sujet, a souligné la nécessité d'une surveillance centrale des services de laboratoire. Plus précisément, le Comité d'experts a constaté ce qui suit :

- [Traduction] « À l'heure actuelle, il n'y a pas de point de convergence au sein du gouvernement chargé de fournir une orientation en matière de services de laboratoire avec autorité et de manière intégrée »;
- « Plusieurs fonctions de financement, de planification et de gestion sont fragmentées et redoublées dans plusieurs unités et à différents niveaux à l'échelle du Ministère. »

Le Comité d'experts a recommandé que l'Ontario établisse un rôle centralisé pour la direction des programmes de laboratoire. Toutefois, dans notre audit de 2017 des services de laboratoire dans le secteur de la santé, nous

avons constaté que le Ministère n'avait mis en oeuvre cette recommandation que partiellement. En septembre 2015, le Ministère a créé la Direction des laboratoires communautaires et de génétique pour financer et surveiller le travail des laboratoires communautaires. Cependant, aucune mesure n'avait été prise pour établir un rôle centralisé pour tous les fournisseurs de services de laboratoire (y compris les laboratoires d'hôpitaux et de Santé publique Ontario). Par conséquent, les différents laboratoires fonctionnent encore en vase clos et leurs responsabilités et leur gouvernance varient. La **Figure 14** montre les différences dans les responsabilités de surveillance et de financement pour chaque type de laboratoire.

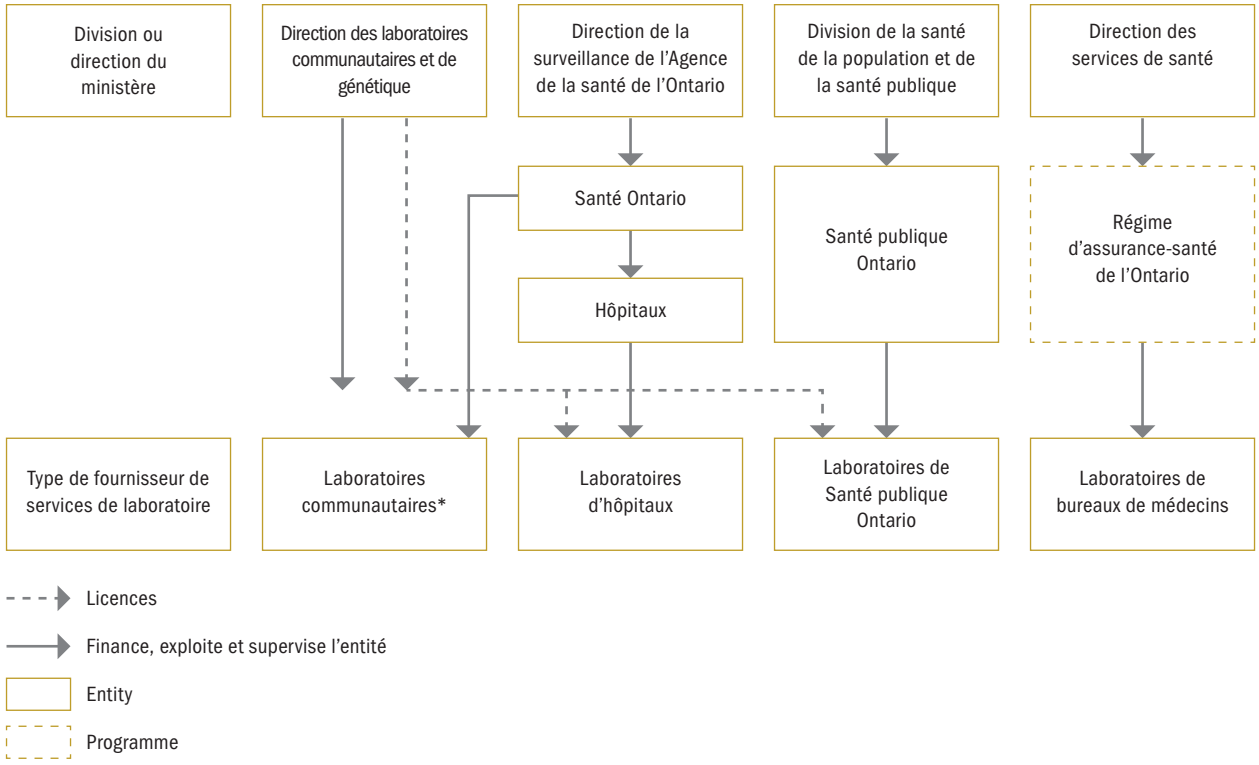
4.2.4 Le Ministère n'a pas suivi les recommandations de notre Bureau en 2017 sur la réforme du secteur des laboratoires de l'Ontario avant la COVID-19

Outre le problème mentionné à la **section 4.2.3**, l'audit de 2017 de notre Bureau a également relevé la gestion fragmentée du secteur des laboratoires par le Ministère, ce qui a donné lieu aux problèmes suivants :

- Les hôpitaux réduisaient le nombre d'analyses en laboratoire qu'ils effectuaient et envoyaient les échantillons à analyser excédentaires aux laboratoires de Santé publique Ontario et à des laboratoires communautaires.
- Certains laboratoires d'hôpitaux pourraient être chargés d'effectuer une partie des analyses confiées à Santé publique Ontario

Figure 14 : Principaux ministères responsables du financement et de la surveillance du secteur des laboratoires de l'Ontario

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



* Les ententes relatives aux services de laboratoires communautaires ont toujours été conclues avec le ministère de la Santé. En vertu d'une délégation de pouvoir émise par le Ministère, Santé Ontario a pris en charge la gestion et la surveillance des services de dépistage de la COVID-19 fournis par les laboratoires communautaires. Santé Ontario a conclu des ententes avec eux le 1er août 2020.

parce que le délai de traitement plus rapide des analyses des laboratoires d'hôpitaux pourrait réduire le temps que les patients demeurent à l'hôpital.
- Certains laboratoires communautaires avaient la capacité d'effectuer plus de tests, mais le Ministère ne les a pas autorisés.

Le ministère de la Santé devrait analyser les capacités et les responsabilités des différents fournisseurs de services de laboratoire (laboratoires communautaires, d'hôpitaux et de Santé publique Ontario) pour déterminer s'il y a lieu d'apporter des changements en ce qui a trait aux types de tests effectués par chaque fournisseur et, en conséquence, au financement que chacun reçoit.

Notre suivi de 2019 du présent rapport d'audit a révélé que peu de progrès avaient été réalisés pour donner suite à cette recommandation. Nous avons effectué un suivi de nouveau en août 2020 et constaté qu'il n'y avait toujours pas eu de progrès : une analyse de rentabilisation relative à la mise en oeuvre de changements avait été mise en suspens.

Ce n'est qu'à la fin de mars 2020, lorsque les cas de COVID-19 ont dépassé la capacité du système de laboratoires de l'Ontario, que le Réseau provincial de diagnostic a été mis sur pied sous l'égide de Santé Ontario pour faciliter la coordination entre les différents types de laboratoires (voir la **section 4.1.4**). Dans le cas des laboratoires communautaires, les permis de tests de dépistage de la COVID-19 ont été accordés à quatre fournisseurs entre le 19 et le 31 mars, tandis que le Ministère recevait les demandes pour ces permis du 16 au 30 mars. Si deux de ces laboratoires communautaires ont pu commencer à faire passer des tests à la fin mars, les deux autres n'ont commencé que les 12 et 24 avril, respectivement, en raison de la durée du processus de validation avant de commencer réellement à effectuer les tests de dépistage de la COVID-19.

Par contre, d'autres administrations avaient déjà mis en place des réseaux de laboratoires avant la COVID-19. Elles n'ont pas eu besoin de consacrer autant de temps et d'efforts que l'Ontario pour déployer des processus à l'échelle de la province, ce qui leur a permis de libérer des ressources pour se consacrer à la lutte contre la propagation de la COVID-19. Par exemple :

- Les Services de santé de l'Alberta surveillent, coordonnent et gèrent un réseau officiel de laboratoires établi depuis plus d'une décennie (dont la structure a évolué au cours de cette période). Ce réseau peut rassembler et réaffecter des équipes là où elles sont le plus nécessaires, ce qui ne serait pas possible si les laboratoires fonctionnaient de façon indépendante et en vase clos.
- Au début de la pandémie de COVID-19, la Colombie-Britannique a rapidement fait appel à un laboratoire du secteur privé pour s'adjoindre une capacité complémentaire de dépistage de la COVID-19 en cas de besoin. Elle a ensuite entrepris l'élaboration d'un processus de suivi des charges de travail et de la capacité d'analyse à l'échelle provinciale afin de rediriger les échantillons et d'équilibrer la charge de travail. De janvier à août 2020, le délai d'exécution moyen des analyses en laboratoire en Colombie-Britannique était de 23 heures ou à l'intérieur de la même journée. Comme il est indiqué à la section 4.3.3, 55 % des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 en Ontario ont nécessité deux jours ou plus après le prélèvement.

RECOMMANDATION 2

Afin de mieux coordonner les activités et les ressources du secteur des laboratoires de l'Ontario pour répondre aux besoins des Ontariens pendant la pandémie de COVID-19 et les éclosions futures, le ministère de la Santé devrait :

- examiner immédiatement le Plan de modernisation des laboratoires et de gestion des pressions de Santé publique Ontario et consulter Santé publique Ontario

pour déterminer et fournir le niveau de financement de base qui permettrait à Santé publique Ontario de s'acquitter de son mandat, ce qui comprend l'exécution de tests de dépistage de la COVID-19 et d'études régulières pour évaluer la prévalence de la COVID-19 dans la population ontarienne;

- collaborer avec Santé Ontario pour travailler rapidement et efficacement avec les représentants des différents types de laboratoires sur une base régulière par l'entremise du Réseau provincial de diagnostic (le Réseau) afin de partager l'information et les pratiques exemplaires, de comprendre les préoccupations et les défis, de colliger les statistiques de laboratoire dans des rapports pour mesurer le rendement du système et de résoudre les problèmes pour aider le Réseau à fonctionner de façon durable.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Compte tenu de l'incidence de la COVID-19 sur les activités de laboratoire et de la capacité accrue requise de tous les laboratoires de santé publique gérés par Santé publique Ontario, le plan des laboratoires de santé publique préalablement approuvé est en suspens.

Une fois la pandémie de COVID-19 endiguée et les risques atténués pour la population ontarienne, le Ministère examinera la façon d'aller de l'avant avec le processus de modernisation afin d'apporter les changements importants nécessaires pour renforcer ses services de santé publique.

Entre-temps, le Ministère continuera de travailler en étroite collaboration avec Santé publique Ontario pour définir des stratégies d'atténuation des besoins en matière de financement.

Santé Ontario continue de diriger le Réseau provincial de diagnostic.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation et a déjà pris des mesures relativement à la recommandation de travailler avec les laboratoires par l'entremise du Réseau provincial de diagnostic (le Réseau).

Le manuel du comité des opérations du Réseau est régulièrement mis à jour et mis à la disposition de tous les membres du Réseau en ligne. Ce manuel comprend des lignes directrices sur le rendement en laboratoire et des pratiques exemplaires. Les membres du Réseau se réunissent régulièrement sur une base régulière (deux fois par semaine ou tous les jours lorsque des problèmes de capacité sont relevés) pour échanger de l'information, collaborer et examiner les données. D'autres réunions ont également lieu avec les laboratoires qui traitent et analysent de grands volumes d'échantillons pour le Réseau. Les données opérationnelles (p. ex. le nombre d'échantillons reçus, les analyses achevées et les délais d'exécution) sont fournies quotidiennement par le Réseau en fonction des données recueillies auprès de ses membres.

4.3 Les résultats des analyses tardent à atteindre les bureaux de santé publique, ce qui entraîne des retards dans la gestion des cas et la recherche des contacts

Du 26 janvier au 31 août 2020, les laboratoires de l'Ontario ont effectué près de 3 millions d'analyses de diagnostic de la COVID-19. Cependant, l'Ontario n'a pas encore atteint les délais cibles fixés par le Ministère pour ce qui est de la communication des résultats aux bureaux de santé publique et la gestion des cas, à compter du prélèvement des échantillons.

4.3.1 Délai trop long entre le prélèvement des échantillons et la gestion des cas pour réduire la transmission communautaire de la COVID-19

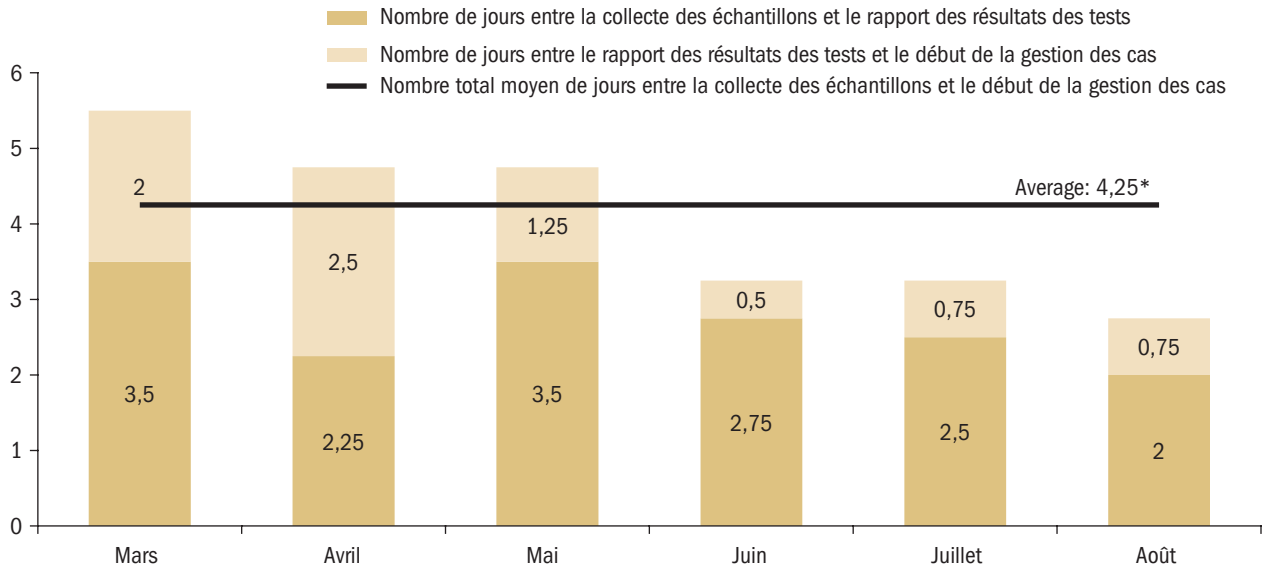
De mars 2020 à août 2020, il a fallu en moyenne 4,25 jours entre le moment où les spécimens ont été prélevés aux fins de l'analyse en laboratoire et le moment où les bureaux de santé publique ont commencé à gérer les cas des personnes dont le diagnostic est positif à la COVID-19. Plus précisément, il a fallu en moyenne 2,75 jours pour qu'un résultat positif soit signalé à un bureau de santé publique à partir du moment où l'échantillon a été prélevé, et 1,5 jour en moyenne par la suite avant que la gestion de cas soit entreprise (voir la **Figure 15**).

Le temps moyen requis pour effectuer les analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 et commencer la gestion des cas, présenté par mois, montre une amélioration, mais il demeure problématique. Comme le montre la **Figure 15**, en mars 2020, il a fallu environ 5,5 jours avant d'entreprendre la gestion de cas à partir du moment où un échantillon a été prélevé. Ce délai a été amélioré et atteignait 2,75 jours en août 2020.

Étant donné que les régions urbaines et densément peuplées de l'Ontario (comme Toronto, Peel, Ottawa et York) étaient touchées par un plus grand nombre de cas de COVID-19, la demande d'analyses en laboratoire provenant de ces régions était plus élevée et elles devaient entreprendre les activités de gestion de cas et de recherche des contacts pour un plus grand nombre de personnes. Comme le montre la **Figure 2**, de mars à août 2020, le temps moyen requis pour effectuer les tests de dépistage de COVID-19 et entreprendre la gestion de cas dans ces régions urbaines et densément peuplées était également plus long (de 3,25 jours à Ottawa à 5,75 jours à Toronto) que dans toutes les autres régions de l'Ontario (2,75 jours). Cela indique que les délais d'exécution et les arriérés sont largement attribuables aux différences régionales à l'échelle de l'Ontario, comme la capacité des laboratoires régionaux par rapport à la demande d'analyses dans la région concernée,

Figure 15 : Délai entre la collecte des échantillons pour les tests de dépistage de la COVID-19 et le début des tests individuels de gestion de cas positifs, mars à août 2020

Source des données : Santé publique Ontario



Remarque : Les résultats sont arrondis au quart de jour près. Comme il y a eu moins de 25 cas en janvier et février combinés, les détails pour ces mois n'ont pas été inclus dans le graphique.

* Il s'écoule en moyenne 2,75 jours entre le prélèvement de l'échantillon et la déclaration d'un résultat positif et 1,5 jour de plus entre la déclaration des résultats et le début de la gestion des cas.

et que les délais d'exécution sont souvent plus longs dans les villes et les régions plus peuplées de l'Ontario.

Comme nous l'avons déjà mentionné, une étude publiée en juillet 2020 dans la revue médicale The Lancet Public Health a révélé que le potentiel de transmission de la COVID-19 par une personne infectée à d'autres personnes pourrait être réduit de 80 % si la gestion de cas et la recherche des contacts étaient entreprises immédiatement après que la personne eut présenté des symptômes et obtenu un résultat positif à l'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19. L'étude a modélisé la diminution de ce pourcentage en fonction des délais entre ces activités clés :

(1) moment où un échantillon est prélevé auprès d'une personne présentant des symptômes de COVID-19 à des fins d'analyse;

(2) moment où le résultat positif de l'analyse en laboratoire est communiqué au bureau de santé publique de la personne;

(3) moment où la gestion de cas et la recherche des contacts sont entreprises.

Un délai d'une journée entre les moments (1) et (2) et un autre délai d'une journée entre les moments (2) et (3) réduit le pouvoir de prévention de la transmission à 60 %. Un délai de deux jours entre les moments (1) et (2) et un autre délai de deux jours entre les moments (2) et (3) réduit le pouvoir de prévention de la transmission à 39 %.

La modélisation indique qu'un délai trois jours ou plus entre les moments (1) et (2) entraînera la transmission de la COVID-19 à au moins une autre personne, même s'il n'y a pas de délai entre les moments (2) et (3) (c.-à-d. même si la gestion de cas et la recherche des contacts sont entreprises immédiatement).

Comme le montre la **Figure 15**, étant donné que de mars à août 2020, les délais moyens de l'Ontario ont été de près de trois jours entre le moment du prélèvement des échantillons et la communication des résultats des analyses en laboratoire à un bureau de santé publique et de plus d'une journée avant qu'un bureau de santé publique ayant pris connaissance d'un cas positif de COVID-19 entreprennent la gestion des cas, cette modélisation suggère que l'Ontario n'a pas réussi à prévenir un pourcentage élevé de transmission de la COVID-19. Dans l'ensemble, les activités d'analyse en laboratoire et de gestion de cas ont été entreprises dans un délai d'un jour pour chaque activité dans au moins 34 % des cas de personnes qui ont reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 entre mars et août 2020.

Après notre audit, nous avons examiné les données de septembre et d'octobre et déterminé que le temps moyen requis pour effectuer les analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 et entreprendre la gestion des cas après le prélèvement des échantillons demeurait long. Par exemple, le délai moyen pour effectuer ces activités chez les patients ayant reçu un diagnostic de COVID-19 était de 3,75 jours en septembre 2020 (délai de deux jours entre le prélèvement de l'échantillon et la communication d'un résultat positif de l'analyse de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 et de 1,75 jour entre la communication d'un résultat positif et le début de la gestion du cas de la personne infectée) et de 3,25 jours en octobre 2020 (délai de 2,25 jours entre le prélèvement de l'échantillon et la communication d'un résultat positif et d'un [1] jour avant le début de la gestion de cas de la personne infectée). Ce délai était généralement prolongé dans les régions urbaines, au cours de ces deux mois, comme à Ottawa (4,5 jours en moyenne), la région de York (2,25 jours en moyenne), la région de Peel (3,25 jours en moyenne) et Toronto (4 jours en moyenne), comparativement à toutes les autres régions de santé publique (2,25 jours en moyenne). Dans l'ensemble, la province n'a pas atteint la cible de rendement en matière de gestion de cas en septembre et en octobre, car en moyenne, seulement 75 % des personnes dont le résultat d'analyse était positif à la COVID-19 ont été contactées dans les 24 heures.

4.3.2 La gestion des cas a commencé quelques semaines après le prélèvement dans plus de 1 000 cas, ce qui en a réduit l'efficacité

La gestion de cas comprend le résultat attendu essentiel de l'isolement d'une personne pendant les 14 jours que les experts estiment être la période d'infectiosité de la personne. La gestion de cas est peu utile si elle commence plus de 14 jours après le prélèvement de l'échantillon chez une personne infectée. De janvier à août 2020 :

- Environ 1 560 cas ont été contactés pour la première fois par leur bureau de santé publique de huit à 14 jours après le prélèvement de l'échantillon (c.-à-d. à mi-chemin de la période où la personne aurait dû se trouver en isolement pour prévenir la transmission).
- Environ 1 120 cas ont été contactés pour la première fois par leur bureau de santé publique 15 jours ou plus après le prélèvement de l'échantillon (ce qui signifie que la personne infectée pourrait avoir infecté d'autres personnes en grand nombre pendant cette période de 14 jours d'infectiosité).
- Dans le cas d'une femme de 30 ans dans la région de Peel, il s'est écoulé 20 jours entre le moment où l'échantillon a été prélevé (le 4 mai) et le moment où le laboratoire a communiqué le résultat positif du test à son bureau de santé publique (le 24 mai). Cinq autres jours se sont écoulés entre la réception du résultat par le bureau de santé publique (25 mai) et le début de la gestion de cas (30 mai). Il s'est écoulé au total 26 jours entre le prélèvement de l'échantillon et le début de la gestion de cas. Ce délai est attribuable à la confusion entourant les responsabilités en matière de communication des résultats dont il est question à la **section 4.6.2**.
- Dans le cas d'une femme de 65 ans à Toronto, il s'est écoulé un mois entre le prélèvement de l'échantillon (le 15 avril) et le début de la gestion de cas par le bureau de santé publique (le 15 mai). Dans ce cas particulier, le délai était attribuable au bureau de santé publique, qui avait reçu le résultat de l'analyse seulement un jour après le prélèvement, le 16 avril.

Voici les raisons de ces retards :

- Les échantillons prélevés dans le cadre des tests de dépistage de la COVID-19 ont été analysés en retard en raison de la capacité limitée d'analyse en laboratoire (comme il est expliqué à la **section 4.1.2**).
- L'information sur les échantillons a été consignée manuellement, ce qui a ralenti le délai d'exécution, car il n'était pas encore possible de présenter les demandes d'analyse par voie électronique (cette question est abordée en détail à la **section 4.4.1**).
- Les tests auprès de personnes asymptomatiques ont dépassé la capacité du système de laboratoire et augmenté le délai d'exécution (ce point est abordé en détail à la **section 4.4.2**).
- Les laboratoires envoyaient par télécopie ou par la poste les résultats d'analyse consignés dans des feuilles de calcul protégées par mot de passe aux bureaux de santé publique, ce qui a entraîné des redondances, de la confusion et des retards dans la gestion des cas et la recherche des contacts (cette question est abordée en détail à la **section 4.4.3**).
- Le système d'information sur la santé publique de l'Ontario était désuet et n'était pas équipé pour effectuer une gestion de cas et une recherche des contacts efficaces et efficients (cette question est abordée en détail à la **section 4.5.1**).

4.3.3 Les délais d'exécution des analyses en laboratoire n'ont pas toujours atteint les cibles provinciales

Santé Ontario a fixé deux cibles pour les analyses en laboratoire :

- 60 % des résultats des analyses doivent être saisis dans le Système d'information

de laboratoire de l'Ontario (SILO) dans la journée suivant le prélèvement.

- 80 % des résultats des analyses doivent être saisis dans le SILO dans les deux jours suivant le prélèvement.

Comme le montrent les **Figures 16a** et **16b**, la cible d'un jour n'a jamais été atteinte et la cible de deux jours n'a été atteinte qu'en juillet 2020. Dans l'ensemble, de mars à août 2020 :

- Seulement environ 45 % des résultats d'analyse ont été communiqués dans un délai d'un jour suivant le prélèvement, ce qui représente un écart de 15 % par rapport à la cible.
- Environ 77 % des résultats d'analyse ont été communiqués dans les deux jours suivant le prélèvement, ce qui représente un écart de 3 % par rapport à la cible.

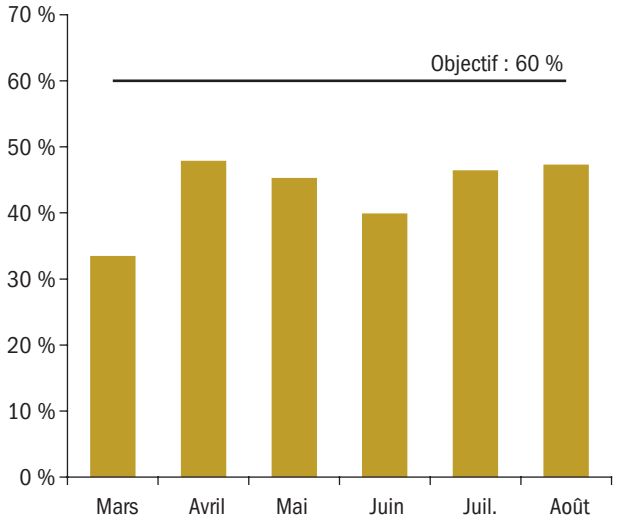
Comme le montre la **Figure 17**, les délais de communication des résultats d'analyse en laboratoire positifs à la COVID-19 variaient d'un bureau de santé publique à l'autre. De janvier à août 2020 :

- la première cible a été atteinte dans un seul bureau de santé publique : 81 % des résultats positifs ont été envoyés à Ottawa le jour du prélèvement;
- la deuxième cible a été atteinte dans seulement quatre bureaux de santé publique : plus de 80 % des résultats positifs ont été envoyés à chacun des comtés de Hastings et Prince Edward; à Kingston, Frontenac, Lennox et Addington; Leeds, Grenville et Lanark District; et Ottawa dans les deux jours suivant le prélèvement des échantillons.

Bien que l'insuffisance de la capacité (voir la **Section 4.1**) ait contribué à faire en sorte que l'Ontario n'obtienne pas plus rapidement les résultats des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, le Ministère n'avait pas non plus pris en temps voulu les mesures qui s'imposaient après en avoir reçu conseil, ce qui aurait permis d'écourter les délais d'exécution des analyses en laboratoire (voir la **Section 4.4**). Plus particulièrement, l'autorisation de faire passer des tests à des personnes asymptomatiques, à faible risque d'avoir contracté la COVID-19 (parce qu'elles n'ont pas été en présence

Figure 16a : Pourcentage de tests en laboratoire pour le dépistage de la COVID-19 effectués le jour même ou le lendemain de la collecte des échantillons, mars à août 2020

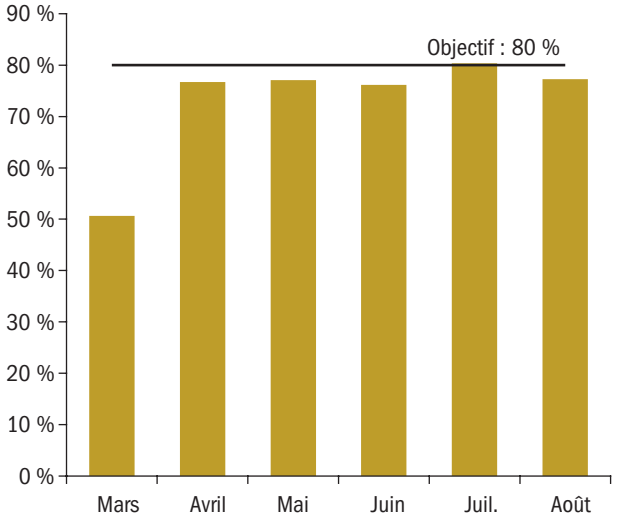
Source des données : Santé Ontario



Remarque : Le délai d'exécution est calculé à partir du moment où l'échantillon a été prélevé jusqu'au moment où le résultat du test en laboratoire a été saisi dans le Système d'information de laboratoire de l'Ontario. Comme il y a eu moins de 25 cas en janvier et février combinés, les détails pour ces mois n'ont pas été inclus dans le graphique.

Figure 16b : Pourcentage de tests en laboratoire pour le dépistage de la COVID-19 effectués dans les deux jours suivant la collecte des échantillons, mars à août 2020

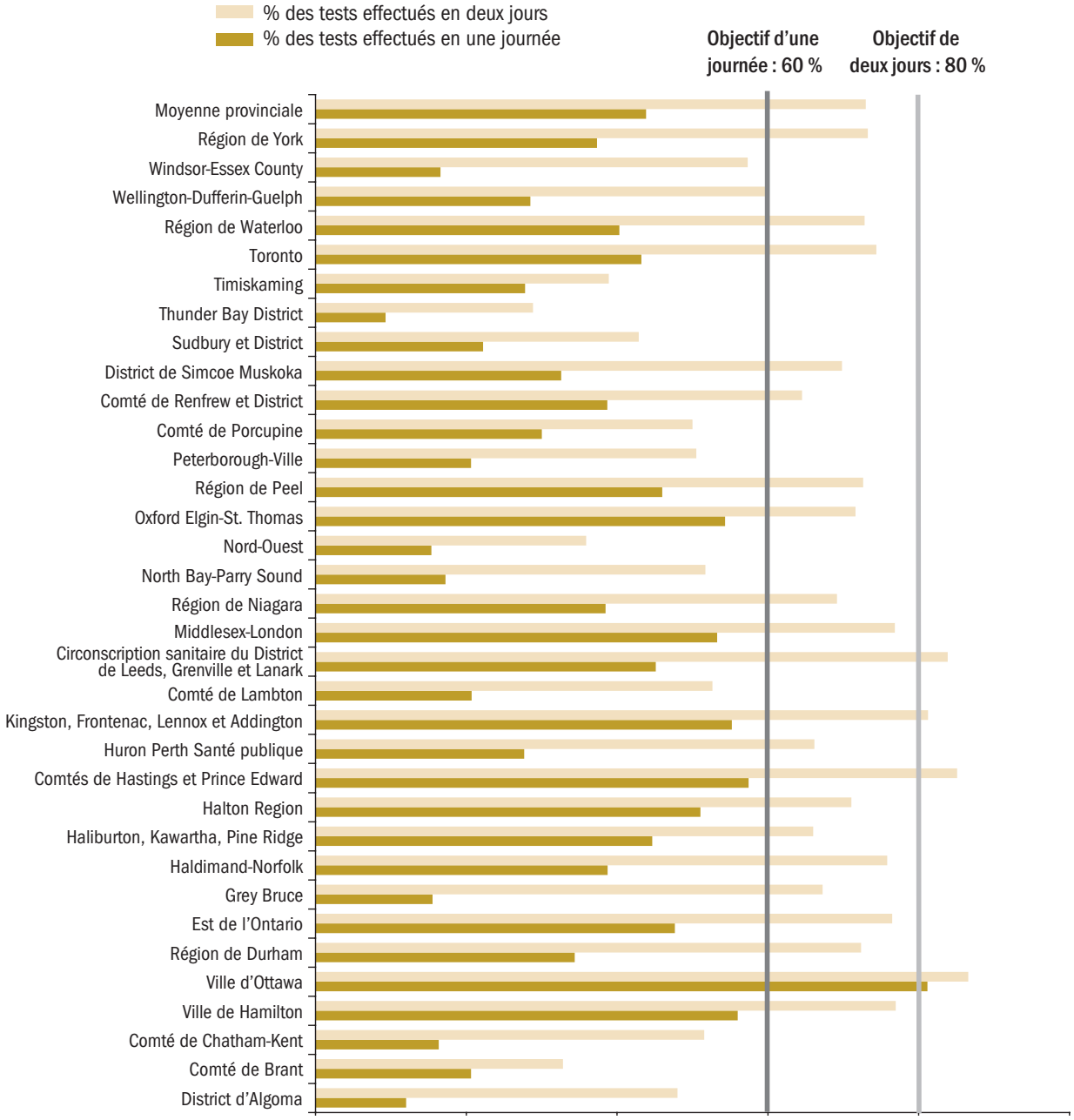
Source des données : Santé Ontario



Remarque : Le délai d'exécution est calculé à partir du moment où l'échantillon a été prélevé jusqu'au moment où le résultat du test en laboratoire a été saisi dans le Système d'information de laboratoire de l'Ontario. Comme il y eu moins de 25 cas en janvier et février combinés, les détails pour ces mois n'ont pas été inclus dans le graphique.

Figure 17 : Pourcentage de tests en laboratoire (pour dépister la COVID-19) positifs effectués dans un délai d'un jour et de deux jours suivant la collecte de l'échantillon, par bureau de santé publique, janvier à août 2020

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



Remarque : Les pourcentages dans cette figure ont été calculés en fonction des données fournies par Santé publique Ontario.

d'une éclosion connue de COVID-19, en contact étroit avec un cas connu de COVID-19 ou parce qu'elles ne vivent pas dans une région où la prévalence de la COVID-19 est élevée au niveau communautaire) augmente le nombre d'analyses à effectuer, de sorte qu'il faut plus de temps avant de confirmer les tests positifs réels (voir la **section 4.4.2**).

4.3.4 La gestion des cas et la recherche des contacts n'ont pas toujours commencé par les délais cibles de la province

Le Ministère a fixé deux cibles pour la gestion des cas et la recherche des contacts :

- 90 % des personnes doivent être jointes aux fins de gestion de cas dans un délai d'un jour suivant la réception, par le bureau de santé publique, des résultats positifs à leurs tests. (Le Ministère a commencé à mesurer le rendement des bureaux de santé publique par rapport à cette cible le 1er mai.)
- 90 % des contacts étroits des cas confirmés doivent être contactés aux fins de la recherche des contacts dans la journée suivant la réception, par le bureau de santé publique, de leur identité communiquée par la personne dont le résultat au test est positif. (Le 12 mai, le Ministère a commencé à surveiller le rendement des bureaux de santé publique par rapport à cette cible.)

Selon les données du 31 août 2020, la province, globalement, avait atteint la deuxième cible, mais pas la première. Concrètement :

- Environ 80 % des personnes ont été contactées aux fins de la gestion de cas le jour même où le bureau de santé publique a été informé de leurs résultats positifs, et la cible n'a pas été atteinte dans une proportion de 10 % (voir la **Figure 18**). Pour les 20 % restants de personnes dont les résultats sont positifs, 8 % ont été contactées dans un délai de deux jours, et 12 % ont été contactées plus de deux jours après la réception des résultats des tests par le bureau de santé publique.
- 92 % des contacts étroits des cas confirmés ont été contactés aux fins de la recherche des contacts dans un délai d'un jour suivant la réception, par le bureau de santé publique, de leur identité communiquée par la personne dont le résultat au test est positif, ce qui dépasse la cible de rendement de 2 % (voir la **Figure 19**).

À l'échelle régionale, les bureaux de santé publique n'avaient pas tous atteint ces cibles :

- Quatre bureaux de santé publique (Ottawa, Peel, Toronto et région de York) n'avaient pas atteint la première cible (voir la **Figure 18**).
- Quatre bureaux de santé publique (Peel, Simcoe Muskoka, Thunder Bay et Windsor-Essex County) n'avaient pas atteint la deuxième cible (voir la **Figure 19**)

RECOMMANDATION 3

Pour freiner la propagation de la COVID-19 et de toute maladie infectieuse future en identifiant rapidement les cas et leurs contacts et en leur conseillant de s'isoler des autres pendant leur période d'infectiosité, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, devrait :

- continuer de surveiller régulièrement (sur une base quotidienne ou hebdomadaire) la rapidité d'exécution des analyses en laboratoire, de la gestion des cas et de la recherche des contacts par rapport aux cibles provinciales et régionales;
- prendre des mesures immédiates, région par région, pour s'attaquer aux causes profondes (comme l'insuffisance de l'équipement, des ressources humaines et des fournitures à l'échelle locale), des retards à l'échelle régionale dans l'atteinte des cibles établies, au minimum.

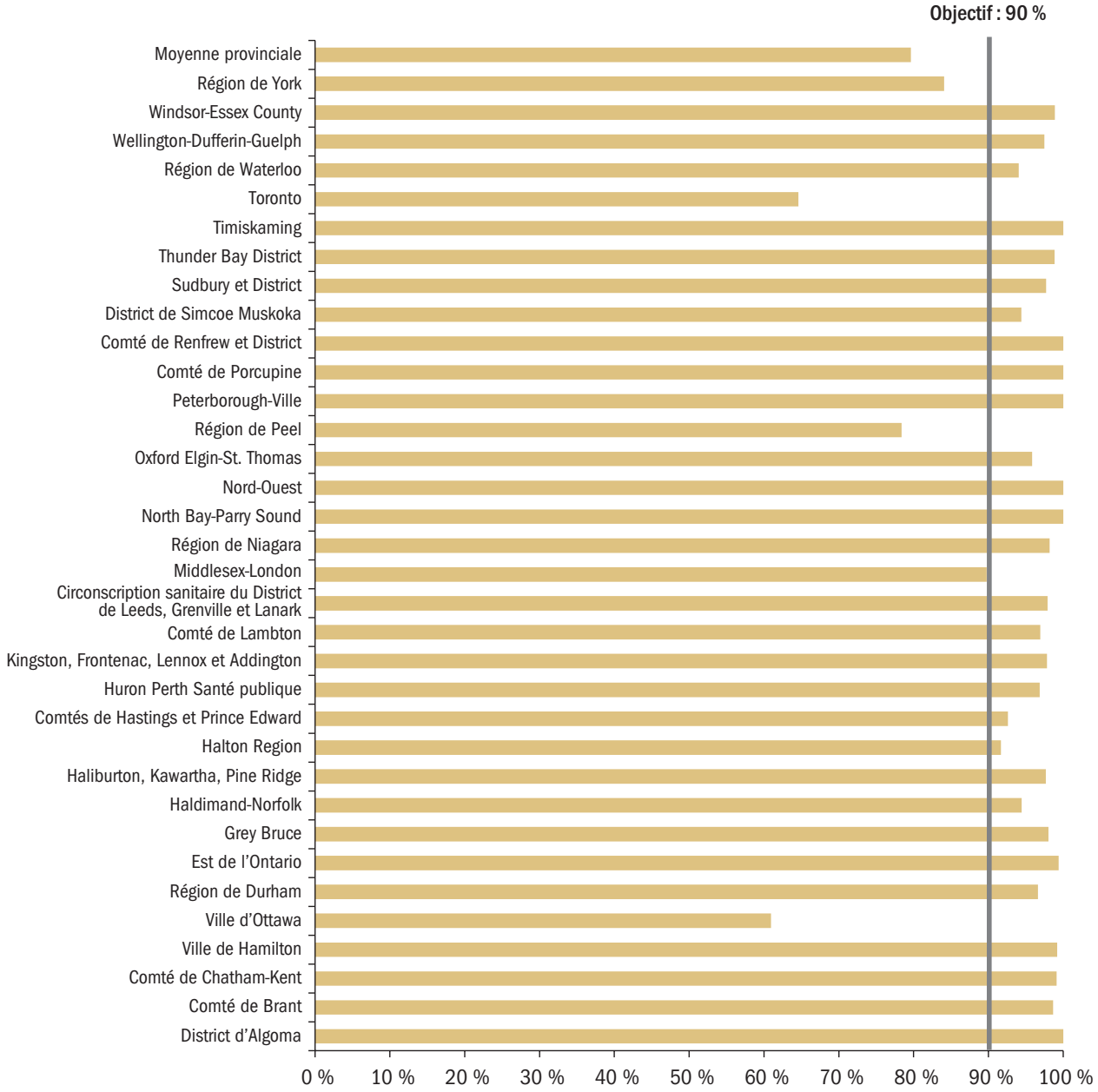
RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Santé Ontario poursuit la surveillance quotidienne et hebdomadaire des délais d'analyse en laboratoire et assure le suivi du rendement par rapport aux cibles provinciales relatives aux délais d'exécution (80 % des tests ont été effectués en deux jours et 60 % en un jour) aux échelles provinciale et régionale.

Le Ministère et Santé publique Ontario poursuivent la surveillance quotidienne et hebdomadaire des cibles liées à la gestion des cas et à la recherche des contacts pour chaque région et pour la province dans son ensemble. Le Ministère collabore avec les bureaux de santé de la province pour trouver et ajouter des ressources, sur une base continue, pour les aider

Figure 18 : Pourcentages de cas de COVID-19 atteints dans les 24 heures suivant la notification du bureau de santé publique, par bureau de santé publique, janvier à août 2020

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



Remarque : Les pourcentages dans cette figure ont été calculés en fonction des données fournies par Santé publique Ontario.

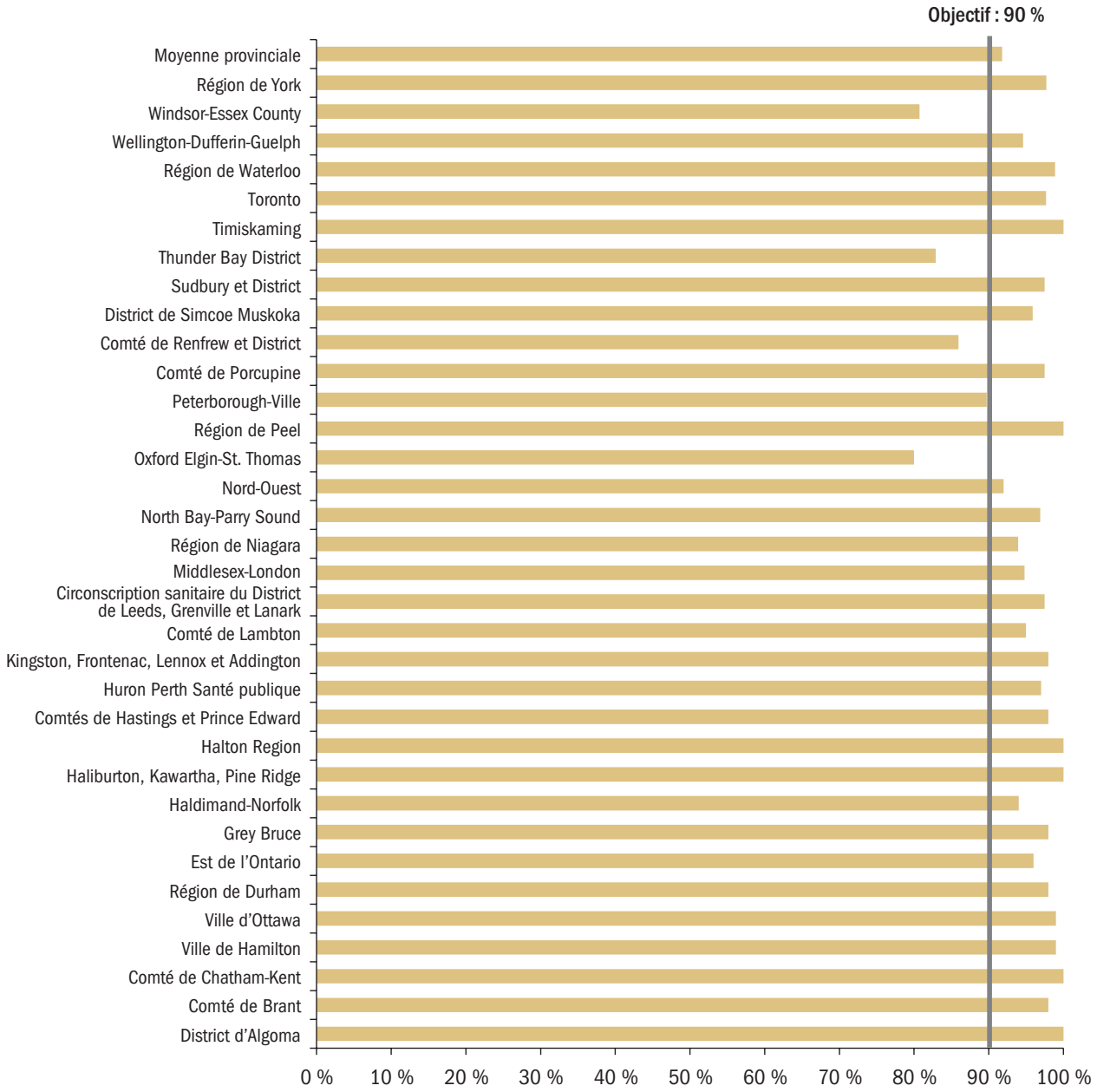
à atteindre les cibles établies. Des ressources supplémentaires et d'autres améliorations aux activités de gestion des cas et de recherche des contacts ont aidé les bureaux de santé publique à communiquer avec 89 % des cas en 24 heures de mai à la mi-octobre, et avec 90 % d'entre eux de juillet à la mi-octobre. De plus, comme l'indique le rapport, les bureaux de santé publique ont rejoint 92 % des contacts étroits dans les 24 heures suivant leur identification.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation et a déjà pris des mesures par rapport à tous

Figure 19 : Pourcentages de contacts étroits (COVID-19) atteints dans les 24 heures suivant la notification du bureau de santé publique, par bureau de santé publique, du 12 mai à août 2020

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



Remarque : Le ministère de la Santé a commencé à surveiller la performance de chaque bureau de santé publique par rapport à l'objectif le 12 mai 2020. Les pourcentages dans cette figure ont été calculés en fonction des données fournies par Santé publique Ontario.

les points soulevés. Santé Ontario continuera de surveiller le délai d'exécution des analyses en laboratoire et de communiquer les résultats tous les jours. Les délais d'exécution de chaque région sont communiqués sur une base hebdomadaire. Santé Ontario analyse soigneusement les causes fondamentales qui empêchent les laboratoires d'atteindre les cibles relatives aux délais d'exécution et à la capacité.

Santé Ontario collabore avec l'ensemble des laboratoires et des régions pour examiner les options pour améliorer la logistique

et le transport, notamment en aiguillant stratégiquement les échantillons d'emblée vers les laboratoires du Réseau provincial de diagnostic pour s'assurer qu'ils sont acheminés aux laboratoires qui ont la capacité voulue et que la charge de travail demeure répartie judicieusement. La capacité de dotation est également analysée sur une base hebdomadaire et comparée aux chiffres de recrutement prévus pour s'assurer que les laboratoires réussiront à embaucher le nombre d'employés prévu aux dates déterminées.

4.4 Le Ministère a tardé à mettre en oeuvre des solutions qui auraient accru le nombre d'analyses en laboratoire et amélioré la gestion des cas et la recherche des contacts

Le Ministère n'a pas donné suite aux préoccupations soulevées par Santé publique Ontario, des experts du secteur des laboratoires et notre Bureau dans le passé concernant les analyses en laboratoire, la gestion de cas et la recherche des contacts.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs recommandations ont été formulées à l'intention du Ministère pour améliorer les capacités d'analyse en laboratoire, comme celles de Santé publique Ontario et du Comité d'experts des services de laboratoire (le Comité d'experts). Ces recommandations comprennent de se doter d'une capacité de demande d'analyse en laboratoire par voie électronique et d'intégrer le Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO) au Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP). Cependant, le Ministère n'a entrepris la mise en oeuvre de ces recommandations qu'après le début de la pandémie de COVID-19 en habilitant Santé Ontario à coordonner et à améliorer le système de laboratoires de l'Ontario. Le Ministère n'a pas non plus mis en oeuvre une recommandation formulée par le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage (qui a été mis sur pied par le Ministère et qui relève du médecin hygiéniste en chef) concernant le dépistage des visiteurs asymptomatiques des foyers de soins de longue durée.

4.4.1 L'absence d'une solution de demande d'analyse par voie électronique a retardé l'exécution des analyses en laboratoire

L'une des principales raisons pour lesquelles les délais d'exécution des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 sont restés longs et n'ont pas atteint les cibles est le processus d'analyse manuel sur papier. Non seulement ce mode de traitement exige plus de temps qu'un processus comportant plus des composantes électroniques ou numériques, mais il se prête aussi plus facilement à la commission d'erreurs.

Plus précisément, le traitement manuel intervient lorsque :

- le centre d'évaluation prélève un échantillon auprès d'une personne à des fins d'analyse : un formulaire papier est généralement utilisé pour consigner les renseignements personnels de la personne et pour identifier le professionnel de la santé et le bureau de santé publique à qui les résultats de l'analyse doivent être communiqués;
- le laboratoire reçoit l'échantillon : l'information figurant sur le formulaire papier est entrée manuellement dans le système d'information du laboratoire afin que les résultats des analyses puissent être consignés dans le SILO;
- le résultat est obtenu : le résultat est envoyé par télécopieur ou par la poste au professionnel de la santé et au bureau de santé publique concernés.

Depuis plus d'une décennie, divers experts ainsi que notre Bureau ont cerné les avantages d'un système électronique de demande d'analyse, mais l'Ontario n'a toujours pas mis en oeuvre un système de ce genre. Concrètement :

- Dans son Rapport spécial de 2009 sur l'Initiative des dossiers de santé électroniques en Ontario, notre Bureau soulignait que si le SILO était équipé pour permettre aux professionnels de la santé de demander des analyses en laboratoire et de consulter les résultats par voie électronique, il serait possible d'éviter la saisie en double des données, et le système rejetterait les demandes d'analyse incomplètes ou erronées. Le SILO a été conçu dans les années 1990 pour inclure cette fonction, mais elle n'est toujours pas disponible.
- Dans un rapport publié en 2015, le Comité d'experts en matière de services de laboratoire (le Comité d'experts) (une commission chargée d'examiner le secteur des laboratoires communautaires de l'Ontario et de formuler des recommandations à ce sujet) recommandait que le Ministère [traduction] « élimine les obstacles à la demande d'analyse et à la signature par voie électronique et accélère la mise en oeuvre en prenant les mesures de protection appropriées » afin de « rationaliser le traitement et de réduire les erreurs dans les demandes et le traitement des laboratoires ».
- Dans son audit de 2017 des services de laboratoire dans le secteur de la santé, notre Bureau a donné suite à la recommandation du Comité d'experts. Nous avons constaté que la recommandation était toujours en voie de mise en oeuvre, car le Ministère venait tout juste d'entreprendre l'élaboration de la politique et la solution de demande d'analyse par voie électronique en était encore aux premières étapes de la conception.
- En 2017, le Plan de modernisation des laboratoires et de gestion des pressions de Santé publique Ontario sollicite du financement au Ministère pour mettre en service une solution de soumission des demandes d'analyse par voie électronique des laboratoires communautaires, rendre le SILO interopérable avec d'autres systèmes d'information de laboratoire et mettre en oeuvre une technologie de balayage pour réduire la saisie manuelle des données. Ce financement n'a pas été fourni (voir la **section 4.2.1**).

La demande d'analyses des tests de dépistage de la COVID-19 par voie électronique éviterait aux laboratoires de devoir saisir manuellement dans leurs systèmes les renseignements déjà saisis dans le formulaire du centre d'évaluation. La saisie manuelle doit être effectuée pour chaque test, de sorte que des milliers de documents sont saisis chaque jour. Cette saisie manuelle des données est à la fois laborieuse et coûteuse :

- Au moment de notre audit, Santé publique Ontario employait environ 96 employés équivalents temps plein dans son service de saisie des données et avait engagé plus de 170 000 $ de dépenses d'avril à août 2020 uniquement pour la saisie des données liées à la COVID-19. Santé publique Ontario prévoit renforcer sa capacité de dépistage de la COVID-19 en 2020-2021, aussi, il s'attend à devoir embaucher environ 100 employés supplémentaires pour saisir des données pendant la durée complète de l'exercice, qui viendront s'ajouter aux quelque 65 équivalents temps plein dans ses effectifs le 31 mars 2020.
- L'objectif de l'Ontario d'augmenter la capacité d'analyse à 100 000 tests par jour d'ici la fin de 2020 (voir la **section 4.1.3**) exigera que les laboratoires emploient plus de 300 commis aux données uniquement pour la saisie des données (ce qui équivaut à environ 2 500 heures de saisie de données par jour). Il en coûtera aux laboratoires environ 75 000 $ par jour (ou plus de 27 millions de dollars par année), selon le taux horaire moyen des commis à la saisie des données de Santé publique Ontario.

De plus, lorsqu'il manque des renseignements sur les formulaires papier, le processus de gestion des cas est interrompu. Nous avons relevé un cas où un bureau de santé publique avait obtenu un

résultat positif au test COVID-19 le 22 mars 2020, mais dont le document papier sur lequel était consigné le résultat n'indiquait ni le numéro de téléphone, ni l'adresse, ni le numéro de carte Santé de la personne. Le bureau de santé publique a finalement réussi à joindre la personne le 12 avril. Toutefois, la personne n'avait reçu aucune instruction de la santé publique pendant les trois semaines pendant lesquelles le bureau de santé publique cherchait les coordonnées de cette personne. Ce temps aurait également pu être consacré à la gestion de cas d'autres personnes.

À défaut de disposer d'une solution de demande d'analyses par voie électronique, certains laboratoires ont élaboré leurs propres solutions. Par exemple, le Centre des sciences de la santé de London a mis en oeuvre un système de demande par voie électronique entre les centres d'évaluation du Sud-Ouest de l'Ontario et son laboratoire hospitalier. À l'aide de ce système, le demandeur d'analyse remplit un formulaire Web et imprime la demande à laquelle est associé un code à barres. La demande est envoyée avec l'échantillon au laboratoire de l'hôpital, où le personnel peut balayer le code à barres et obtenir l'information sans avoir à la transcrire manuellement. Cette solution a réduit le temps de manipulation d'un échantillon requis de 10 à 12 fois (de 3 à 5 minutes à 15 à 30 secondes), ce qui a permis de réaliser d'importantes économies de temps et de coûts et d'accroître la capacité d'analyse du laboratoire.

Il a fallu jusqu'au 7 juillet 2020 pour que Santé Ontario conclue un contrat de 6,5 millions de dollars avec une entreprise de TI pour automatiser et moderniser des composantes clés de ses systèmes d'information. Les ajouts comprennent la fonction de demande par voie électronique et simplifieront le flux de données entre les centres d'évaluation et les laboratoires. L'objectif du projet est d'établir un système provincial centralisé qui génère un dossier complet, exact et à jour des données sur les tests de dépistage de la COVID-19. Au moment de notre audit, ce projet n'était opérationnel que dans trois centres d'évaluation (sur 148 centres), mais dans aucun des 43 laboratoires. Santé Ontario s'est fixé comme objectif d'élargir cette capacité à 20 centres d'évaluation supplémentaires et à 9 laboratoires d'ici la fin de septembre 2020, et prévoit par la suite l'élargir à 60 centres d'évaluation et 17 laboratoires en 2021.

4.4.2 Le dépistage auprès de personnes asymptomatiques n'ayant pas été exposées à la COVID-19a débordé le système de laboratoires et prolongé les délais d'analyse

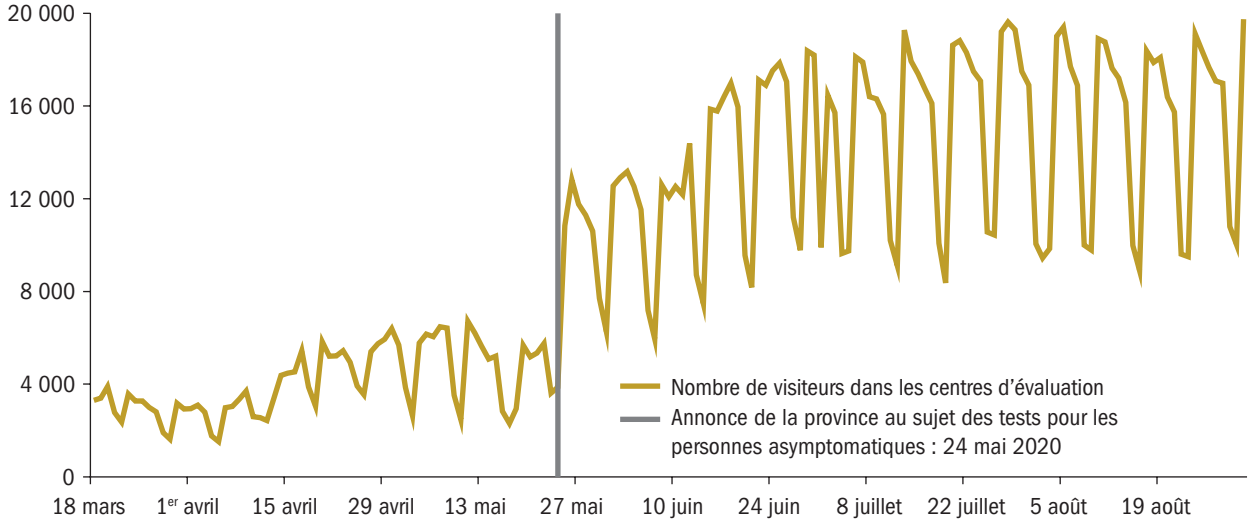
Le 24 mai 2020, la province a annoncé l'assouplissement des critères de dépistage pour couvrir les Ontariens asymptomatiques et indiqué que les Ontariens [traduction] « ne se verront pas refuser de passer un test », et « pourront simplement se présenter à un centre d'évaluation pour passer le test, peu importe s'ils sont ou non symptomatiques ». Dans la semaine suivant cette annonce, les visites dans les centres d'évaluation ont augmenté d'environ 120 % (voir la **Figure 20**).

Le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage (le Comité), qui relève du médecin hygiéniste en chef, est chargé de formuler des recommandations fondées sur des données probantes afin d'éclairer la stratégie de dépistage de la COVID-19 à l'échelle de la province. Les membres du Comité nous ont informés que depuis leur première réunion le 5 avril, 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 ayant contracté la COVID-19 ni visées par des enquêtes sur des éclosions.

Le 5 juillet 2020, le Comité a recommandé au médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario de limiter ses tests auprès des personnes asymptomatiques. Plus précisément, les tests auprès de personnes asymptomatiques devraient être évités dans des populations à faible prévalence des cas d'infection et à faible risque d'exposition (c'est-à-dire dans le cas des personnes n'ayant eu aucune exposition connue à des personnes dont les résultats ont été positifs au test de dépistage), et tout simplement interrompus auprès de la population générale.

Figure 20 : Nombre quotidien de visiteurs des centres d'évaluation en Ontario avant et après l'annonce de la province au sujet des tests pour les personnes asymptomatiques

Source des données : Santé Ontario



Remarque : Les pics sont attribuables aux visites des centres d'évaluation les fins de semaine et les jours fériés.

La déclaration du Comité d'experts indiquait notamment ce qui suit : [traduction]

- « les tests effectués en masse sur des personnes asymptomatiques peuvent entraîner des conséquences négatives, notamment réduire la capacité de laboratoire disponible et prolonger les délais de traitement des échantillons, en plus de réduire l'accès aux soins des véritables cas positifs et de retarder le début de la recherche des contacts et de la gestion de l'éclosion subséquente, ce qui a une incidence sur la capacité de rouvrir l'économie en toute sécurité »;
- « très peu d'administrations où la prévalence de la COVID est faible ont maintenu le dépistage auprès de personnes asymptomatiques de façon soutenue », notamment l'Australie, la Finlande, la France, l'Allemagne, Hong Kong, le Japon, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, Singapour, la Corée du Sud et la Colombie-Britannique.

Le Comité a également déterminé que très peu de cas positifs de COVID-19 avaient été détectés lors de la campagne de dépistage dans les régions à faible prévalence de l'Ontario.

Le 18 septembre, le Conseil des médecins hygiénistes de l'Ontario, composé de médecins hygiénistes et de médecins hygiénistes adjoints des bureaux de santé publique de l'Ontario, a également exprimé des préoccupations au sujet du dépistage des cas asymptomatiques. Il a indiqué que, d'après les données probantes et l'expérience jusqu'à maintenant, le dépistage des cas asymptomatiques [traduction] « s'est révélé inefficace sur le plan des coûts et, compte tenu des ressources et de la nature du suivi requis, il est presque certain qu'il fasse plus de tort que de bien ».

Après avoir examiné les résultats des campagnes de dépistage des cas asymptomatiques menées dans la province, l'Ontario a mis fin au dépistage des cas asymptomatiques généralisés le 24 septembre, soit plus de deux mois après que le Comité d'experts eut recommandé l'abandon de ces tests. Le 24 septembre, le médecin hygiéniste en chef adjoint de l'Ontario a déclaré que [*traduction*] « l'Ontarien moyen qui n'est pas exposé à un cas, qui ne fait pas partie d'une éclosion et ne présente aucun symptôme, ne devrait pas passer le test ».

Il n'y a pas lieu de le faire. En fait, ce que nous avons constaté, c'est lorsqu'il y a très peu de cas de COVID dans ce groupe, on se retrouve avec de faux positifs, ce qui complique encore davantage la situation. » Alors que les membres du grand public asymptomatiques ne pouvaient plus passer le test de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, les centres d'évaluation et les pharmacies participantes ont commencé à prélever des échantillons aux fins du dépistage de la COVID-19 chez certaines personnes asymptomatiques, comme les résidents et les travailleurs des refuges pour sans-abri et autres milieux collectifs. Les critères d'admissibilité aux tests dans les centres d'évaluation et les pharmacies, respectivement, sont accessibles au public et ont été révisés au fil du temps.

D'autres administrations ont soit décidé d'abandonner le dépistage des cas asymptomatique à grande échelle plus tôt que l'Ontario, soit ne l'ont jamais fait. Par exemple :

- La Colombie-Britannique n'a jamais encouragé ses résidents à passer le test de dépistage de la COVID-19 s'ils étaient asymptomatiques et n'avaient eu aucune exposition connue à la COVID-19. Le British Columbia Centre for Disease Control (BCCDC) a publié sa recommandation le dépistage de masse des cas asymptomatiques le 20 août 2020. En Colombie-Britannique, les lignes directrices sur les tests de dépistage indiquent que [traduction] « les tests effectués sur des personnes asymptomatiques en dehors d'un scénario d'éclosion produiront probablement peu de résultats et ne constituent pas une utilisation efficace des ressources du système de santé et ne sont donc pas recommandés ». La BCCDC a également indiqué [traduction] « une quantité importante de ressources serait nécessaire pour faire passer le test à des personnes asymptomatiques et très peu susceptibles d'être infectées [par la COVID-19] » et « le dépistage de routine des cas asymptomatiques entraînerait des répercussions importantes sur les coûts des analyses en laboratoire et limiterait en fin de compte la capacité de dépistage ».
- L'Alberta a réservé le dépistage auprès des personnes asymptomatiques sans exposition connue à la COVID-19 aux pharmacies le 17 septembre. Elle avait constaté que ces tests n'avaient permis de détecter que 7 cas positifs par tranche de 10 000 personnes testées (ce qui signifie que moins de 0,1 % des personnes testées étaient positives).

L'exclusion des personnes asymptomatiques des campagnes de dépistage libère la capacité d'analyse, ce qui se traduit par des délais d'exécution plus courts des analyses en laboratoire. Une étude sur la capacité, préparée par Santé Ontario en juin 2020, révèle que si le Réseau fonctionne à un niveau égal ou inférieur à 75 % de sa capacité, les délais d'exécution moyens des analyses en laboratoire sont écourtés de 33 % que lorsqu'il utilise sa capacité à plus de 75 %. Plusieurs raisons l'expliquent, notamment la capacité excédentaire de gérer les temps d'arrêt imprévus de l'équipement sans avoir à réacheminer les échantillons vers d'autres laboratoires.

4.4.3 Les résultats des tests transmis par télécopieur et par la poste créent des redondances et de la confusion, en plus de retarder la gestion des cas et la recherche des contacts

Malgré le plan établi dans les années 1990 pour que le SILO permette aux utilisateurs de consulter à distance les résultats des tests dès qu'ils deviennent disponibles, par l'entremise d'un portail électronique, les résultats des tests de dépistage de la COVID-19 en 2020 continuent d'être envoyés par télécopieur et par la poste aux bureaux de santé publique aux fins de la gestion des cas et de la recherche des contacts.

La raison pour laquelle les laboratoires n'utilisent pas le SILO pour transmettre les résultats d'analyse aux bureaux de santé publique est que les

données du SILO sont incomplètes ou inexactes. Il en est ainsi pour plusieurs raisons :

- **Le SILO n'est pas intégré au système d'information sur la santé publique de la province.** Dans notre audit de la préparation et gestion en cas d'éclosion effectué en 2007, notre Bureau a déterminé que les bureaux de santé publique devaient être informés par téléphone des éclosions de maladies parce que le SILO n'était pas lié au Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) de l'Ontario. À l'époque, le Ministère nous avait informés qu'il procédait à l'intégration des deux systèmes et qu'il s'attendait à l'achever en 2009; toutefois, plus de 10 ans plus tard, le travail n'est toujours pas terminé. La **section 4.5** fournit des détails sur les autres lacunes du SIISP.
- **Les laboratoires ne saisissent pas tous les résultats d'analyse dans le SILO.** Bien que l'on s'attende à ce que les laboratoires saisissent les résultats des analyses dans le SILO, il n'y a aucune obligation légale de le faire. En décembre 2019, 170 laboratoires utilisaient le SILO, et 4 autres se sont ajoutés pendant la pandémie de COVID-19. Le 31 août 2020, outre ces 174 laboratoires, 12 autres laboratoires, qui effectuent collectivement plus de 3.5 % des analyses dans la province, n'entraient pas de données dans le SILO.
- **Les résultats des analyses ne sont pas tous consignés dans le SILO.** Le SILO rejettera les résultats d'une analyse s'il manque des renseignements obligatoires (comme le numéro de carte Santé ou la date de naissance). Le SILO rejette environ 1 % des résultats des analyses en laboratoire pour cette raison. Seuls les résultats d'analyse consignés dans le SILO pourront être consultés par les personnes sur le site Web du visualiseur de résultats du test de diagnostic de la COVID-19.

Ces problèmes de qualité des données ont incité les laboratoires à transmettre la plupart des résultats aux bureaux de santé publique par télécopieur. Le 31 août 2020, les laboratoires de Santé publique Ontario avaient effectué environ 943 000 tests de dépistage de la COVID-19 et, dans la majorité des cas, avaient eu recours à la télécopie pour communiquer les résultats des analyses aux bureaux de santé publique appropriés et aux praticiens de la santé qui s'occupaient des personnes concernées. En cas d'échec de la transmission par télécopieur (en raison du matériel, de la connectivité du réseau ou d'autres problèmes techniques), l'appareil fait une nouvelle tentative d'envoi toutes les cinq minutes pendant environ cinq heures. Si la transmission n'a toujours pas réussi ou si l'appareil du destinataire n'est pas configuré pour recevoir des télécopies, les résultats des analyses en laboratoire sont imprimés et envoyés par Postes Canada. Santé publique Ontario a envoyé par la poste environ 224 000 des résultats d'analyse de ses laboratoires et n'est pas en mesure de déterminer combien d'entre eux ont été ainsi en raison d'un échec de transmission par télécopieur.

En vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, les centres d'évaluation et les hôpitaux sont également tenus de communiquer les résultats des tests de dépistage de la COVID-19 aux bureaux de santé publique. En conséquence, les bureaux de santé publique reçoivent plusieurs copies du même résultat d'analyse, toutes par télécopieur. Par exemple :

- Un bureau de santé publique a mentionné qu'il avait reçu, par télécopieur, de deux à quatre exemplaires du même résultat d'analyse en moyenne et, dans certains cas, jusqu'à sept exemplaires.
- Un autre bureau de santé publique a indiqué qu'il reçoit souvent des résultats en double et qu'il peut obtenir les mêmes résultats jusqu'à six reprises.
- Un troisième a déclaré avoir reçu plusieurs copies du même résultat d'un laboratoire et

d'un centre d'évaluation d'hôpital trois fois par jour, en moyenne.

Les bureaux de santé publique nous ont informés que ces communications répétées créent des fardeaux administratifs importants. Pour reprendre ses explications :

- Les laboratoires envoyaient généralement des télécopies par lots aux bureaux de santé publique, ce qui obligeait le personnel à consulter le fichier consolidé contenant plusieurs dossiers de laboratoire et à les séparer manuellement. Certains bureaux de santé publique ont affirmé recevoir des lots de plus de 100 dossiers.
- Le personnel devait ensuite examiner chaque télécopie en double pour s'assurer que tous les résultats positifs avaient été extraits et que les mesures à prendre avaient été prises. Il devait examiner manuellement les cas et les comparer à leurs propres dossiers pour s'assurer qu'il n'y avait pas de dédoublement. Le fardeau devenait d'autant plus lourd dans le cas du dépistage des cas asymptomatiques, car le personnel devait trier jusqu'à des milliers de résultats. Il peut être plus difficile de repérer les résultats positifs qui exigent une gestion immédiate parmi un grand nombre de résultats négatifs, lesquels ont abondé lors de la campagne élargie pour le dépistage des cas asymptomatiques.

Nous avons relevé un exemple de cas positif de COVID-19 qui a fait l'objet d'une enquête à deux reprises par différents enquêteurs au même bureau de santé publique. Le résultat positif a été communiqué le 24 mars, et la première activité de gestion de cas a été entreprise entre le 1er et le 8 avril. Le 22 mai, un enquêteur différent, du même bureau de santé publique, a amorcé le deuxième processus de gestion de cas. Le deuxième enquêteur a procédé après avoir vérifié le cas dans le SIISP et constaté que le système ne renfermait aucun dossier de prise en charge de ce cas. Ce n'est que plus tard que le personnel du bureau de santé publique a reçu les documents papier du premier enquêteur étayant que le cas avait déjà été géré en avril. Cet incident est un exemple de système fondé sur le papier qui contribue à du gaspillage de ressources et de temps de travail qui auraient été consacrés à meilleur escient à d'autres cas.

Les laboratoires d'autres administrations se gardent d'envoyer par télécopieur et par la poste les résultats des analyses à leurs homologues dans les bureaux de santé publique de l'Ontario. Par exemple :

- En Nouvelle-Écosse, avant juin 2020, la Santé publique communiquait les résultats d'analyse (positifs et négatifs) par téléphone. Au début de juin, la Nouvelle-Écosse a modifié son processus de communication et a commencé à envoyer par courriel les résultats négatifs pour une proportion importante des personnes testées (personnes ayant un numéro de carte Santé ou un numéro d'identification d'étudiant de la Nouvelle-Écosse). Grâce à ce système de courriel, les résultats négatifs sont envoyés par courriel aux personnes testées dans les minutes suivant la saisie des résultats dans le système d'information du laboratoire. Tous les résultats positifs sont automatiquement envoyés à la Santé publique par l'entremise de ses dossiers de santé électroniques et sont également envoyés par courriel à la Santé publique par l'entremise de l'autorité sanitaire de la province. Ces mesures ont aidé la Nouvelle-Écosse à maintenir un délai d'exécution moyen de moins de 24 heures entre l'arrivée de l'échantillon au laboratoire et la communication des résultats.
- L'Alberta dispose d'un système automatisé de déclaration des données de laboratoire; les résultats positifs sont intégrés automatiquement au système provincial de recherche et de surveillance des contacts et envoyés immédiatement aux médecins qui en ont présenté la demande. Un composeur automatique communique avec les cas positifs et négatifs pour les informer rapidement de leur état.

Bien que le site Web du visualiseur de résultats du test de diagnostic de la COVID-19 contienne les résultats positifs et négatifs des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19, il se peut qu'il ne soit pas accessible aux personnes qui n'ont pas accès à un ordinateur doté d'une connexion à Internet ou qui ne sont pas à l'aise d'utiliser un ordinateur. Cela peut entraîner des délais avant que la personne puisse prendre connaissance du résultat de son test, ce qui peut lui causer de l'anxiété et éventuellement faire en sorte qu'une personne dont le résultat est positif ne s'auto-isole pas.

Au moment de notre audit, le Ministère avait acheté un nouveau système de gestion des cas et des contacts (voir la **section 4.5.3**). Ce système est relié au Système d'information des laboratoires de l'Ontario pour communiquer les résultats des analyses aux bureaux de santé publique et aux médecins qui en ont fait la demande en temps réel de manière à éliminer le besoin que le personnel des bureaux de santé publique saisisse à nouveau les résultats de laboratoire envoyés par télécopieur dans le SIISP.

RECOMMANDATION 4

Pour que les analyses en laboratoire, la gestion des cas et la recherche des contacts soient effectuées le plus rapidement possible afin de prévenir et de réduire la transmission de la COVID-19, le ministère de la Santé (en collaboration avec Santé Ontario au besoin) devrait :

- mettre en oeuvre une solution de demande d'analyse par voie électronique dans tous les laboratoires et centres d'évaluation de l'Ontario;
- donner suite aux conseils d'experts, y compris les conseils voulant que tous les Ontariens soient admissibles à passer un test de dépistage de la COVID-19;
- communiquer clairement au public qui devrait et qui ne devrait pas passer un test de dépistage de la COVID-19, y compris les raisons pour lesquelles la priorité ne devrait pas être accordée aux Ontariens asymptomatiques qui n'ont eu aucune exposition connue;
- étudier la possibilité de mettre en oeuvre un système de composeur automatique comme celui de l'Alberta pour communiquer tous les résultats des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 aux Ontariens dès que ces résultats sont connus;
- intégrer le Système d'information de laboratoire de l'Ontario au Système intégré d'information sur la santé publique (ou à d'autres systèmes utilisés par les bureaux de santé publique pour effectuer la gestion des cas de COVID-19 et la recherche des contacts).

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les décisions stratégiques concernant l'admissibilité aux tests de dépistage sont prises en fonction d'un certain nombre de facteurs à considérer, y compris des conseils d'experts. Le 24 septembre, le Ministère a révisé son document d'orientation relatif au dépistage et les critères d'admissibilité pour tenir compte des conseils qu'il avait reçus du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage.

L'admissibilité aux tests de dépistage est communiquée au moyen d'une orientation que l'on peut consulter sur le site Web du Ministère et est également appuyée par les efforts de communication publique.

Le Ministère et Santé Ontario ont intégré directement les résultats d'analyse de diagnostic de la COVID-19 dans le Système d'information des laboratoires de l'Ontario (SILO) avec la solution de gestion des cas et de recherche des contacts de la santé publique provinciale. Les travaux se poursuivent avec les centres d'évaluation et les laboratoires pour améliorer la qualité, la rapidité et l'exhaustivité des résultats d'analyse de diagnostic de la COVID-19 dans le SILO, une étape essentielle pour s'assurer que les bureaux

de santé publique soient à même de procéder à la gestion des cas et à la recherche des contacts le plus rapidement possible afin de prévenir et de réduire la transmission de la COVID-19.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à cette recommandation et a déjà pris des mesures.

Bien que l'Ontario n'utilise pas de compositeur automatique, l'Ontario a mis au point le visualiseur des résultats des tests de dépistage de la COVID-19, un site Web adapté aux appareils mobiles qui permet aux Ontariens de recevoir leurs résultats directement au moyen de leur appareil mobile ou de leur ordinateur par l'entremise en accédant au site **http://covid19.ontario.ca**. Le visualiseur a été mis en ligne en avril 2020. À ce jour, plus de 1,7 million d'Ontariens ont accédé à l'application pour consulter les résultats de leurs tests. En octobre 2020, environ 120 000 Ontariens par jour ont accédé au service par l'entremise du visualiseur des résultats des tests de la COVID-19 chaque jour. Un sommet de 270 000 patients distincts a même été atteint. Le Système d'information des laboratoires de l'Ontario (SILO) est intégré au Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) depuis avril 2020 et fournit des extraits des résultats d'analyse de diagnostic de la COVID-19 deux fois par jour. Santé Ontario continuera d'améliorer l'intégration entre le SILO et le SIISP afin de fournir des résultats complets, exacts et en temps opportun que tous les bureaux de santé publique peuvent utiliser et sur lesquels ils peuvent compter. De plus, le SILO est intégré au nouveau système de gestion des cas et de recherche des contacts de la Santé publique, qui fournit tous les résultats d'analyse de diagnostic de la COVID-19 du SILO toutes les 30 minutes. L'intégration a été effectuée en marge de la mise en oeuvre du système de gestion des cas et de recherche des contacts et est fonctionnelle depuis juillet 2020.

4.5 Le système d'information sur la santé publique de l'Ontario est désuet et contient de nombreuses lacunes de longue date, ce qui crée des difficultés et des inefficacités en matière de gestion des cas et de recherche des contacts

Même si le Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) est en service depuis près de 15 ans, il ne fonctionne pas de manière efficiente et efficace. En effet, à moins que les bureaux de santé publique mettent au point leurs propres systèmes (ce que certains ont fait, comme les bureaux de Middlesex-London, Ottawa et Toronto), ils doivent se fier aux dossiers papier pour la gestion des cas et la recherche des contacts.

4.5.1 Des lacunes en matière de TI cernées il y a plusieurs années dans le système provincial de santé publique ont nui aux bureaux de santé publique durant la pandémie de COVID-19

Nos discussions avec les bureaux de santé publique ont révélé les lacunes de longue date suivantes concernant le SIISP :

- **Il est difficile pour les utilisateurs d'associer des contacts étroits à un cas de COVID-19 particulier afin d'identifier la source probable de la transmission COVID-19.** Le SIISP exige que les utilisateurs accèdent à plusieurs sous-menus et pages différents pour associer une personne à ses contacts étroits. En plus de compliquer la formation des nouveaux utilisateurs du SIISP, il peut être plus difficile d'associer efficacement la source probable de transmission COVID-19 entre les cas confirmés. Le 31 août, l'appariement des données épidémiologiques était inexistant,

manquant ou inconnu pour environ 25 % de tous les cas de COVID-19 consignés dans le SIISP, de sorte qu'on ne pouvait déterminer clairement comment, ni où, ces personnes avaient contracté la COVID-19. L'appariement des données épidémiologiques est nécessaire pour comprendre la transmission de la maladie et éclairer la gestion des cas ainsi que les stratégies d'intervention et d'atténuation. Bien que l'absence d'appariement des données épidémiologiques puisse être attribuable à plusieurs facteurs (y compris le fait qu'une personne puisse contracter la COVID-19 par contact avec une personne qui n'a jamais été testée, ce qui rend très difficile l'appariement du cas pour le bureau de santé publique), la complexité de la navigation dans le système y a probablement contribué.

- **Il est difficile pour les utilisateurs de rédiger des notes d'évolution de cas.** Le SIISP ne permet pas facilement aux utilisateurs de prendre des notes d'évolution, qui sont importantes pour documenter les détails d'un appel avec un cas de COVID-19 ou ses contacts étroits. Ces détails comprennent leurs symptômes, s'ils se conforment aux exigences d'auto-isolement et leurs interactions avec les autres. Les bureaux de santé publique doivent donc se fier aux dossiers papier, une pratique inefficace, aussi, certains bureaux (Middlesex-London, Ottawa et Toronto), ont choisi de développer leurs propres systèmes d'information.
- **Il est difficile pour les utilisateurs de joindre des fichiers électroniques à un cas de COVID-19.** Le SIISP offre une fonctionnalité limitée pour joindre des documents électroniques, comme les fichiers PDF des résultats d'analyse et la correspondance par courriel, aux fichiers de cas et des contacts. En conséquence, les bureaux de santé publique s'en remettent à des systèmes de classement sur papier, ce qui est non seulement inefficace, mais augmente aussi le risque que des documents soient égarés ou associés au mauvais dossier ou contact étroit. Il s'ensuit un retard dans la gestion des cas et la recherche des contacts.
- **Il est difficile pour les utilisateurs d'accéder au SIISP à distance.** Certains bureaux de santé publique ont mentionné la difficulté rattachée au fait que seuls les employés qui travaillent sur place peuvent accéder facilement au SIISP. Cette limite représente une entrave pour le personnel qui travaille à distance et empêche les bureaux de santé publique d'échanger du personnel pour régler les problèmes de capacité dans les régions surchargées.

Ces lacunes du SIISP ont obligé des bureaux de santé publique à élaborer leurs propres solutions pour gérer le volume élevé de cas et de contacts étroits, notamment :

- **Élaborer ses propres systèmes :** Les bureaux de santé publique de Toronto, d'Ottawa et de Middlesex-London ont développé et mis en oeuvre leurs propres systèmes de gestion des cas et de recherche des contacts en avril 2020 après avoir reçu l'approbation du Ministère. Dans l'ensemble, ces bureaux ont engagé des coûts d'environ 71 000 $ chacun, et chacun d'eux a consacré en moyenne un mois au développement et à la mise en oeuvre des systèmes au milieu de la pandémie en mars et en avril.
- **S'appuyer sur des documents papier :** Certains bureaux de santé publique, comme ceux des régions de Peel et de York, n'ont pas élaboré leur propre système complet de gestion des cas et de recherche des contacts (comme Toronto, Ottawa et Middlesex-London). Ils s'en sont plutôt remis à des dossiers papier et à des programmes informatiques (comme des tableurs Excel) pour gérer les renseignements sur les cas et les contacts étroits. Ils ont constaté que ces méthodes manuelles, bien qu'inefficaces

et exigeantes en main-d'oeuvre, restaient supérieures au SIISP.

4.5.2 Les progrès du Ministère dans l'amélioration du système d'information sur la santé publique de l'Ontario sont limités malgré les recommandations formulées ces 25 dernières années

Bien que le SIISP puisse consigner le nombre de cas liés à une maladie infectieuse à déclaration obligatoire, sa fonctionnalité de gestion des cas et de recherche des contacts est limitée. Plus précisément, il ne permet pas d'associer facilement les cas à leurs contacts étroits, et il ne prend pas en charge la grande quantité de renseignements sur les contacts qu'il doit être en mesure de traiter. Ces lacunes ont été relevées dans divers rapports, y compris ceux de notre Bureau. Par exemple :

- Dès 1997, notre audit de l'Activité de la santé publique recommandait que le Ministère obtienne des renseignements supplémentaires sur les résultats de la recherche des contacts par l'intermédiaire des conseils de santé pour la tuberculose et les maladies transmises sexuellement. Le rapport soulignait également que très peu de bureaux de santé publique utilisaient des mesures du rendement pour évaluer leur efficacité – par exemple, le nombre de patients ou de contacts participant à n'importe quel stade du dépistage d'une maladie transmise sexuellement. À l'époque, le Ministère avait indiqué qu'il améliorerait le système d'information pour permettre une surveillance plus serrée de la recherche des contacts.
- En 2003, notre Bureau a effectué un autre audit de l'Activité de la santé publique et constaté que le Ministère n'avait toujours pas amélioré son système d'information. Le Ministère a répondu qu'il mettrait en oeuvre le SIISP pour obtenir plus de renseignements sur les résultats de la recherche des contacts.
- En 2004, le rapport provisoire de la Commission sur le SRAS indiquait que les bureaux de santé publique craignaient que le SIISP, que le Ministère prévoyait de mettre en oeuvre, ne permette pas gérer les renseignements sur les contacts. La même année, le rapport final du Comité d'experts sur le SRAS recommandait que le Ministère mette pleinement en oeuvre les mesures de soutien à la technologie nécessaires à la recherche des contacts avant le 30 juin 2004. Si cela n'était pas possible en modifiant la conception du SIISP, il devrait s'en remettre à d'autres plateformes de technologie de l'information appropriées.
- En 2007, notre Bureau a effectué un audit de la préparation et gestion en cas d'éclosion. Nous avons remarqué que le Ministère avait pleinement mis en oeuvre le SIISP en décembre 2005 et qu'il avait mené à terme une initiative clé recommandée par des experts après l'éclosion du SRAS. Lors de notre suivi de l'audit de 2007 en 2009, le Ministère a indiqué qu'il remplacerait le SIISP par un nouveau système d'information pour la gestion des maladies transmissibles et des éclosions d'ici 2011, mais il n'a pas réussi à le faire dans le délai indiqué.
- En 2014, notre Bureau a mené un audit du programme d'immunisation de l'Ontario et évalué la mise en oeuvre, par le Ministère, d'un nouveau système d'information pour les dossiers d'immunisation. Le système (Panorama) a été développé par le gouvernement fédéral et la Colombie-Britannique aux fins de la surveillance des maladies. À cette époque, le Ministère prévoyait également de mettre en oeuvre le module sur les éclosions et les enquêtes de Panorama pour remplacer l'ancien module sur les éclosions du SIISP afin de mieux aider les bureaux de santé publique à gérer les éclosions. Comme la mise en oeuvre de ce module n'était pas terminée,

notre Bureau a recommandé au Ministère d'évaluer les coûts et les avantages de la mise en oeuvre des composantes du système relatives aux éclosions et aux enquêtes afin de déterminer si elles répondent à ses besoins. En 2018, en réponse à cette recommandation, le Ministère a mené une évaluation du module sur les éclosions et les enquêtes et a déterminé qu'il n'offrait aucune amélioration par rapport au SIISP en ce qui a trait à la gestion des renseignements sur les cas et les contacts dans le cas des maladies à déclaration obligatoire.

Ce n'est qu'en mars 2020, avec la propagation de la COVID-19, que le Ministère a pris des mesures pour régler les problèmes, alors qu'il se trouvait dans une situation de crise et devait décider s'il devait apporter des modifications importantes au SIISP ou le remplacer par un nouveau système de gestion des cas et de recherche des contacts. Le Ministère a choisi de remplacer le SIISP, comme il est expliqué à la **section 4.5.3**.

4.5.3 L'Ontario continue de mettre à jour son nouveau système de TI pour la gestion des cas et la recherche des contacts afin de relever les défis et d'améliorer ses opérations

Au début de juin 2020, le Ministère a entrepris des travaux pour se doter d'un système de TI de rechange pour la gestion des cas et la recherche des contacts étant donné les difficultés qu'ont connu les bureaux de santé publique en utilisant le SIISP (voir la **section 4.5.1**). Le nouveau système continue d'évoluer en offrant de nouvelles caractéristiques et fonctions selon les commentaires des bureaux de santé publique et de Santé publique Ontario.

Le 4 juin 2020, le Ministère a reçu l'autorisation de se procurer le système de gestion des cas et de recherche des contacts (le Système) utilisé dans l'État du Massachusetts. Le 15 juin, le Ministère avait obtenu les licences et les services nécessaires pour personnaliser le système en vue de son utilisation en Ontario et de le déployer dans les 34 bureaux de santé publique et Santé publique Ontario moyennant un coût d'environ 10 millions de dollars. Le système a été développé par Salesforce (une entreprise de logiciels du secteur privé) à partir des commentaires des bureaux de santé publique. Le nouveau système comprend les principales caractéristiques suivantes pour corriger certaines lacunes du SIISP (voir la **section 4.5**) :

- l'intégration à Google Maps pour déterminer le nom et l'emplacement des lieux visités par une personne;
- la capacité d'enregistrer des notes d'évolution et de téléverser des documents associés à chaque cas de COVID-19 et contact connu;
- la capacité d'associer des contacts étroits à chaque cas de COVID-19 connu;
- l'intégration avec le SILO pour permettre immédiatement la gestion des cas et la recherche des contacts;
- l'accessibilité à distance au moyen d'un logiciel infonuagique permettant aux employés autorisés de n'importe quel endroit doté d'une connexion Internet fonctionnelle d'utiliser le système;
- la capacité d'attribuer le travail d'enquête rattaché à un nouveau cas à un gestionnaire de cas par voie électronique;
- la capacité d'attribuer le travail d'enquête d'un bureau de santé publique à un autre bureau de santé publique ayant une capacité excédentaire.

Le Système a été utilisé au départ par quatre bureaux de santé publique (Peel; Grey Bruce; Kingston, Frontenac, Lennox et Addington; et Halton) le 13 juillet 2020. Le 31 juillet 2020, neuf autres bureaux de santé publique (York; Porcupine; Durham; Haliburton, Kawartha, Pine Ridge; North Bay Parry Sound; Renfrew; Thunder Bay; Wellington-Dufferin-Guelph; et Lambton) avaient été ajoutés. Le 20 août 2020, 18 autres bureaux de santé publique utilisaient le Système.

Le plan du Ministère pour les trois autres bureaux de santé publique – Middlesex-London,

Ottawa et Toronto – est de les intégrer progressivement au nouveau Système pendant l'automne 2020. Le Ministère a l'intention d'adapter éventuellement le Système à toutes les maladies à déclaration obligatoire, ce qui éliminerait le besoin de recourir au SIISP.

Bien que le nouveau système présente un certain nombre d'avantages par rapport au SIISP, les bureaux de santé publique nous ont informés des défis suivants aux premières étapes de la mise en oeuvre du nouveau Système :

- Les bureaux de santé publique ont reçu des doubles des résultats d'analyses en laboratoire, car ils ont été transmis par télécopieur en plus d'être transférés par voie électronique dans le Système à partir du SILO. Le Ministère nous a informés qu'il avait depuis collaboré avec les bureaux de santé publique pour apporter des améliorations au Système afin de réduire le nombre de résultats d'analyse reçus en double. Des résultats d'analyse en laboratoire soumis au SILO ont été transférés au Système même s'ils comportaient des erreurs et que certaines données étaient incomplètes ou manquantes. Les bureaux de santé publique doivent donc continuer de se fier aux télécopies au lieu d'utiliser uniquement le Système.
- Le Ministère a travaillé avec les bureaux de santé publique pour apporter des modifications, mais dès le départ, certaines caractéristiques et fonctions n'ont pas été communiquées clairement et exhaustivement au personnel des bureaux de santé publique, de sorte qu'il lui a été difficile d'adapter certaines des nouvelles fonctionnalités.
- Le Système n'envoyait pas de notification lors du transfert des dossiers de gestion de cas et de recherche des contacts entre les bureaux de santé publique, ce qui augmentait le risque que les personnes atteintes de la maladie COVID-19 et leurs contacts ne soient pas contactées parce que les bureaux de santé publique ne savaient plus de quels cas et contacts ils étaient devenus responsables. Les bureaux de santé publique pourraient continuer d'utiliser la fonction d'aiguillage dans le SIISP, mais cela exige la surveillance simultanée de deux systèmes, ce qui peut causer de la confusion.
- Comme trois bureaux de santé publique (Middlesex-London, Ottawa et Toronto) n'ont pas commencé à utiliser le Système, les renseignements que contient celui-ci sur la gestion des cas et la recherche des contacts ne sont pas complets à l'échelle provinciale. Le Ministère nous a informés que certaines fonctions du Système (comme l'aiguillage des cas) avaient été mises à la disposition de Toronto et d'Ottawa le 23 octobre, de sorte que seul le bureau de Middlesex-London n'a pas encore accès au Système. Les bureaux de santé publique doivent donc encore surveiller les autres systèmes du Ministère pour voir si le bureau de Middlesex-London leur a transféré des cas à des fins de suivi. (Cela se produit par exemple lorsqu'un cas réside dans la région d'un autre bureau de santé publique que celui qui a entrepris la gestion du cas.) Le 31 août 2020, ces trois bureaux de santé publique étaient responsables de près de 50 % des cas de COVID-19 (38 % à Toronto, 9 % à Ottawa et 2 % à Middlesex-London). Cela rend le Système beaucoup moins utile pour aider les bureaux de santé publique à comprendre les liens entre les cas. Cela crée également des inefficacités en matière de surveillance à l'échelle provinciale.

Dans l'ensemble, les bureaux de santé publique ont indiqué que le nouveau Système est utile et qu'il règle de nombreux problèmes que causait le SIISP. N'empêche, le Système continue de présenter des défis, et les bureaux de santé publique continuent de collaborer avec le Ministère et lui faire part de commentaires dans le but de l'améliorer.

RECOMMANDATION 5

Pour fournir aux bureaux de santé publique une solution de TI capable de saisir en temps opportun des renseignements exacts et complets aux fins de la gestion des cas et de la recherche des contacts pendant la COVID-19 et d'autres maladies à déclaration obligatoire, le ministère de la Santé devrait :

- obtenir une orientation de la part des bureaux de santé publique sur leurs besoins à l'égard du système d'information sur la santé publique afin de rendre efficaces et efficientes la gestion des cas et la recherche des contacts;
- intégrer ces besoins à la conception et au mode de traitement d'un système provincial de gestion des cas et de recherche des contacts qui sera utilisé par tous les bureaux de santé publique;
- achever le déploiement du nouveau système de gestion des cas et des contacts (le Système) dans tous les bureaux de santé publique;
- continuer d'obtenir la rétroaction des bureaux de santé publique sur le Système afin de comprendre leurs défis de mise en oeuvre pour identifier et mettre en oeuvre des solutions et d'autres fonctions à ajouter.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et a travaillé en étroite collaboration avec les bureaux de santé publique et Santé publique Ontario pour définir les besoins à l'égard du système à l'appui d'une gestion efficace et efficiente des activités de gestion des cas de COVID-19 et de recherche des contacts et pour concilier les demandes en fonction des différents besoins (et parfois concurrents) à l'échelle locale et les priorités provinciales.

Le Ministère s'est servi de ces besoins pour configurer, peaufiner et améliorer la nouvelle solution provinciale de gestion des cas et des contacts (GCC) en santé publique.

Le 20 août 2020, 31 bureaux de santé sur 34 utilisaient la nouvelle solution de GCC pour la COVID-19. Le 23 octobre, les bureaux de Toronto et d'Ottawa utilisaient la nouvelle solution de GCC pour certaines activités, comme la production de chiffres sur l'éclosion et l'aiguillage de cas. Le Ministère collabore avec les bureaux de santé de Toronto, d'Ottawa et de Middlesex-London pour assurer la transition complète de leurs systèmes locaux au système provincial.

Le Ministère continue de solliciter les commentaires des bureaux de santé sur la GCC par l'entremise de plusieurs tribunes et groupes de travail afin de comprendre les défis liés à la mise en oeuvre et de continuer d'améliorer le système par l'apport de correctifs agiles et itératifs. Par exemple, l'intégration en temps quasi réel des résultats d'analyses en laboratoire a été mise en oeuvre et a permis de réduire le besoin que les laboratoires transmettent les résultats d'analyse par télécopieur et que les bureaux de santé saisissent à nouveau les données. La mise en oeuvre de scripts de flux de travail guidés a aidé à accroître l'efficacité du travail des enquêteurs de cas et des pisteurs de contacts. L'« assistant virtuel » permet aux citoyens de répondre en toute sécurité à des questionnaires numériques, ce qui réduit d'autant le besoin de saisie manuelle des données dans les bureaux de santé et appuie la priorité de communication avec les contacts. Réciproquement, le Ministère offre aux bureaux de santé des occasions de comprendre les impératifs provinciaux, de collaborer à l'élaboration de pratiques exemplaires et de découvrir les améliorations apportées au processus par d'autres bureaux de santé et administrations.

4.6 Le document d'orientation provincial sur la gestion des cas et la recherche des contacts doit être plus précis

Nous avons constaté que le document d'orientation du Ministère sur la gestion des cas et la recherche des contacts n'était pas toujours respecté et que ces activités n'étaient pas toujours effectuées de façon uniforme. Nous avons également remarqué que de nombreux cas de COVID-19 n'étaient pas renvoyés à des fins de gestion de cas et de recherche des contacts en raison de la confusion entourant les responsabilités en matière de communication.

4.6.1 Le document d'orientation provincial sur la gestion des cas et la recherche des contacts doit être plus clair

Compte tenu des difficultés liées à l'utilisation du SIISP, décrites à la **section 4.5.1**, les bureaux de santé publique ont utilisé leurs systèmes internes ou des dossiers papier pour faire le suivi de leurs activités de gestion des cas et de recherche des contacts. Notre examen d'un échantillon de 100 cas de COVID-19 et de leurs contacts étroits, qui ont été signalés par quatre bureaux de santé publique (Middlesex-London, Ottawa, Peel et Toronto) du 1er mars au 30 juin 2020, a révélé que les bureaux avaient mis en place des processus et des procédures pour gérer les cas et retrouver les contacts étroits, mais que l'orientation du Ministère n'était pas toujours suivie et qu'il y avait des incohérences parce que le document d'orientation ne précisait pas suffisamment la marche à suivre dans certaines situations particulières. Ces variations dans l'application de l'orientation ont envoyé le signal qu'il fallait améliorer le document d'orientation du Ministère pour assurer l'uniformité à l'échelle de l'Ontario.

L'orientation sur la fréquence des communications avec les cas positifs de COVID-19 et leurs contacts, et avec qui parler, manque de clarté

Les bureaux de santé publique n'ont pas achevé la gestion de cas directement dans 13 des 100 dossiers de cas de COVID-19 que nous avons examinés, pour les raisons suivantes :

- Dans un cas, la personne atteinte de la COVID-19 n'était pas disposée à participer au processus de gestion de cas; la participation est volontaire.
- Dans deux autres cas, le bureau de santé publique n'a pas réussi à joindre la personne. Dans un cas, la personne vivait dans un refuge pour lequel aucun numéro de téléphone ni aucune adresse n'avait été enregistrés; le refuge a connu une éclosion de COVID-19, de sorte que la personne a été transférée à un hôtel. Après de nombreuses tentatives de communication avec la personne pendant plus de 10 jours, le bureau de santé publique a fermé le dossier.
- Dans 10 autres cas, le bureau de santé publique n'a pas parlé directement à la personne qui avait obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19, mais plutôt au conjoint, au parent ou au soignant de cette personne.

D'après notre examen de ces échantillons, nous avons constaté que le document d'orientation du Ministère ne précise pas clairement la fréquence à laquelle il faut communiquer avec la personne infectée ni le moment approprié pour communiquer avec une autre personne que celle-ci. Concrètement :

- Nous avons constaté que les bureaux de santé publique communiquaient avec les cas à différentes fréquences. Le document d'orientation du Ministère sur la gestion des cas précise qu'il faut surveiller les personnes infectées tous les jours et : « Il faut au moins appeler les cas au téléphone dans les 24 heures qui suivent le moment où le BSP

a été avisé du cas, ainsi que le 7e jour et le 14e jour de la période d'isolement. » Dans notre échantillon, les personnes ont été contactées à 5 reprises en moyenne, mais le nombre de communications variait d'une (1) à 21 communications. Nous avons remarqué que cela était généralement attribuable à des retards dans les analyses ou à l'incapacité des bureaux de santé publique d'entreprendre la gestion des cas plus rapidement parce qu'ils n'avaient pas suffisamment d›employés pour effectuer la gestion de cas, ce qui a entraîné une première communication tardive avec les cas, comme au milieu de la période d'auto-isolement.

- Le document d'orientation du Ministère sur la gestion des cas précise certaines circonstances dans lesquelles l'enquêteur peut s'adresser au responsable du ménage ou à un membre de la famille plutôt qu'à la personne : si la personne est trop malade pour parler au téléphone, est décédée ou est un enfant. Toutefois, rien n'indique avec qui l'enquêteur du cas aurait dû parler quand une personne est hospitalisée, et nous avons remarqué que différents enquêteurs de cas avaient adopté différentes approches dans un échantillon de 40 dossiers. Dans 26 cas, l'enquêteur a parlé directement avec la personne infectée, tandis que dans les 14 autres cas, il a parlé au conjoint ou à un parent, même pour identifier les contacts étroits du cas. En règle générale, les bureaux de santé publique obtiennent des renseignements plus exacts en parlant directement avec la personne plutôt qu'avec une personne de son entourage.

Le document d'orientation manque de clarté quant à la fréquence à laquelle il faut communiquer avec les contacts de la personne infectée et avec qui il faut parler lors de la recherche des contacts

Dans notre échantillon de 100 cas positifs, le nombre moyen de contacts étroits par personne infectée était de trois. Le nombre de contacts variait de 0 à 37. Nous avons relevé des cas où les bureaux de santé publique n'avaient pas suivi les directives du Ministère sur la fréquence à laquelle ils devaient communiquer avec les contacts étroits. Nous avons relevé d'autres cas où les bureaux de santé publique n'avaient pas tenté de joindre directement tous les contacts étroits. Concrètement :

- Selon le document d'orientation du Ministère, les contacts étroits doivent être contactés au moins à trois reprises (au début, au milieu et à la fin de la période d'isolement). Nous avons toutefois constaté que ce scénario variait d'un bureau à l'autre. Bien que la moyenne des communications avec les contacts étroits soit de 3, le nombre de communications variait d'une (1) fois à 26 reprises. Les bureaux de santé publique ont évoqué quatre raisons principales pour lesquelles 29 % des contacts étroits avaient été joints à moins de trois reprises : le contact ne présentait aucun symptôme et un faible risque de contracter la COVID-19; le premier contact a été établi tardivement au milieu de la période d'auto-isolement; le contact étroit a également reçu un diagnostic de COVID-19 et a été transféré à un gestionnaire de cas; et les bureaux de santé publique ont affecté leurs ressources humaines limitées à l'activité prioritaire de gestion de cas.
- Les bureaux de santé publique n'ont pas tenté de communiquer avec environ 31 % des contacts étroits des personnes qui ont reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Cela s'explique principalement par le fait que le contact vivait dans le même ménage que la personne infectée. Les

bureaux de santé publique communiquaient l'information uniquement par l'intermédiaire de la personne infectée à la COVID-19 au lieu de parler directement avec le ou les contacts étroits. Le document d'orientation du Ministère ne précise pas si cette pratique est acceptable et suffisante.

4.6.2 La confusion entourant les responsabilités en matière de communication a fait en sorte que de nombreux cas de COVID-19 n'ont pas été renvoyés à des fins de gestion de cas et de recherche des contacts

Nous avons relevé un incident, de mars à la fin de mai 2020, où environ 485 cas de COVID-19 n'ont pas été signalés aux bureaux de santé publique, selon une enquête sur l'incident effectuée par Santé Ontario. L'incident s'explique par le fait que le laboratoire de l'hôpital Mount Sinaï, qui a reçu les échantillons du centre d'évaluation du Réseau de santé William Osler, croyait à tort que le médecin présentait la demande l'analyse au centre d'évaluation était le seul responsable de la communication des résultats aux bureaux de santé publique; le laboratoire n'a donc pas communiqué les résultats. La confusion quant à savoir qui doit déclarer les cas était compréhensible compte tenu de ce que précisent les lois et politiques en matière de déclaration.

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* précise que le médecin qui demande l'analyse (qui soumet l'échantillon pour analyse) et l'exploitant du laboratoire ont le devoir de déclarer les maladies transmissibles au bureau de santé publique où réside la personne soumise au test de dépistage. Le Réseau provincial de diagnostic dirigé par Santé Ontario a également indiqué que « le demandeur peut accepter la responsabilité d'aviser [le bureau de santé publique]. Le laboratoire qui analyse l'échantillon demeure responsable de la communication des résultats [au bureau de santé publique]; toutefois, le laboratoire qui analyse l'échantillon et le demandeur peuvent prendre des dispositions pour transférer cette responsabilité au demandeur; ce transfert de responsabilité doit être communiqué clairement. De nombreux laboratoires avaient transféré la responsabilité de la communication au demandeur afin de partager la lourde charge de travail imposée par la COVID-19.

À la fin de mai 2020, le bureau de santé publique de Peel a informé le Réseau de santé William Osler qu'il avait été contacté par des personnes qui ont reçu un diagnostic de COVID-19 et que leurs échantillons avaient été prélevés au centre d'évaluation du Réseau de santé William Osler. Le centre d'évaluation avait informé ces personnes des résultats positifs de leur test et celles-ci ont ensuite communiqué avec le bureau de santé publique de Peel, de leur propre initiative, aux fins de la recherche des contacts. Le bureau de santé publique de Peel a demandé au Réseau de santé William Osler d'enquêter sur la situation parce qu'il n'avait aucun dossier sur ces personnes.

Une fois le problème mis au jour en mai, le Réseau a relevé de nombreux cas de COVID-19 potentiellement non déclarés dont l'analyse des échantillons avait été effectuée au laboratoire de l'hôpital Mount Sinaï. Plus de 97 % des cas potentiellement non déclarés résidaient dans une des régions couvertes par les bureaux de santé publique de Toronto, de Peel ou de York. Il a été déterminé que 485 cas n'étaient pas connus de ces bureaux et n'avaient pas été consignés dans le système de gestion des cas. Les bureaux de santé publique ont fini par assurer le suivi de ces cas, mais seulement longtemps après l'échéance cible pour la gestion des cas et la recherche des contacts. Par exemple, 202 des 485 cas (42 %) concernaient des personnes pour lesquelles un échantillon avait été prélevé en mars et en avril. Cela signifie que l'activité de gestion de cas (et de recherche des contacts) n'a été entreprise qu'environ un mois ou plus après qu'elles eurent subi le test de dépistage de la COVID-19.

Pour déterminer s'il s'agissait d'une situation isolée impliquant ce centre d'évaluation et ce

laboratoire particuliers, et pour prévenir une récurrence du problème, le Réseau provincial de diagnostic de Santé Ontario a demandé à tous les laboratoires affiliés de confirmer qu'il n'y avait pas eu de problèmes de communication semblables et que tous les cas avaient été déclarés aux bureaux de santé publique concernés. Le Réseau provincial de diagnostic a également demandé aux laboratoires d'attester qu'ils avaient documenté et clarifié avec les centres d'évaluation leurs responsabilités en matière de déclaration.

Si les responsabilités en matière de déclaration avaient été bien définies et bien communiquées aux intervenants dès le départ, cette confusion et la sous-déclaration des cas qui en a résulté auraient pu être évitées.

RECOMMANDATION 6

Pour éviter la confusion et les incohérences dans la gestion des cas et la recherche des contacts, le ministère de la Santé devrait :

- recueillir et confirmer les renseignements fournis par les bureaux de santé publique sur la façon dont ils effectuent la gestion des cas et la recherche des contacts;
- continuer de mettre à jour son document orientation sur la gestion des cas et la recherche des contacts en fonction des renseignements recueillis, y compris inclure des précisions sur le moment où, le cas échéant, il est acceptable de ne pas parler directement avec la personne atteinte de la COVID-19 dans le cadre de la gestion de son cas et de ne pas parler directement avec les personnes vivant avec la personne infectée lors de la recherche de ses contacts;
- fournir une orientation à jour sur le processus de gestion des cas et de recherche des contacts à tous les intervenants nécessaires;
- sensibiliser le public au processus de gestion des cas et de recherche des contacts;
- collaborer avec Santé Ontario pour fournir aux laboratoires une orientation claire sur leurs responsabilités en matière de déclaration afin que tous les cas de COVID-19 soient signalés aux bureaux de santé publique.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation et continue de renforcer son orientation et de mettre à jour l'information en se fondant sur les conseils scientifiques de Santé publique Ontario et sur les commentaires des bureaux de santé publique.

Le Ministère s'emploie à normaliser les processus et les attentes en matière de gestion des cas et des contacts, lesquels sont améliorés par le nouveau système de TI au moyen de scripts, de flux de travail communs et de processus opérationnels. Le document d'orientation sur la gestion des cas et des contacts du gouvernement de l'Ontario est accessible en ligne à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/contact_mngmt/management_cases_contacts.pdf et les mises à jour de l'orientation sont communiquées largement aux bureaux de santé.

4.7 La stratégie de collaboration, de communication et de prélèvement d'échantillons pour les centres d'évaluation doit être améliorée

4.7.1 Aucun réseau de collaboration officiel, semblable au réseau de laboratoires, n'a été créé pour les centres d'évaluation

Les centres d'évaluation ne sont pas reliés ou dirigés par un réseau provincial comme celui établi pour les laboratoires (le Réseau provincial de diagnostic) afin de faciliter la coordination et l'organisation de leurs services (voir **section 4.1.4**).

Ce genre de réseau serait utile pour le partage en temps opportun des préoccupations et des pratiques exemplaires et pour la mise en oeuvre rapide des pratiques exemplaires.

Nous avons relevé les pratiques exemplaires suivantes, qui ont été élaborées en vase clos par quelques-uns des 148 centres d'évaluation de l'Ontario, mais qui n'ont pas été communiquées à l'échelle de la province :

- Plusieurs centres d'évaluation utilisent un modèle de « service au volant ». Ils ont souligné que ce modèle exige moins de personnel, moins d'équipement de protection individuelle et moins de nettoyage, et qu'il permet d'effectuer un plus grand nombre de tests qu'un modèle sans rendez-vous. Le personnel d'un centre a indiqué qu'avec le même nombre d'infirmières autorisées, le modèle de service au volant permettait de prélever cinq fois plus d'échantillons que le modèle de centre sans rendez-vous. De plus, les employés qui travaillent dans les centres sans rendez-vous doivent changer leurs gants et leurs blouses entre chaque patient, tandis que les employés doivent seulement changer les gants et nettoyer les points de contact de l'EPI réutilisable entre les patients soumis au test par le biais du service au volant. Bien que ce modèle puisse ne pas se prêter à tous les centres d'évaluation, comme ceux dont le volume est faible ou l'espace physique est restreint, il n'y a pas eu d'étude provinciale sur la méthode de prélèvement optimale pour chaque centre d'évaluation.
- Le Centre des sciences de la santé de London et le St. Joseph's Health Care London ont réussi à concevoir et à déployer une application de « salle d'attente virtuelle » initialement conçue pour les soins ambulatoires dans ses centres d'évaluation. Le personnel de ces centres entre le nom et le numéro de téléphone de chaque personne dans le système à son arrivée. La personne est ensuite convoquée au centre d'évaluation une fois son tour venu pour une évaluation et le prélèvement d'un échantillon. Cela favorise la distanciation physique parce que les personnes ne sont pas dans une file d'attente physique.
- Les deux centres d'évaluation de London restent ouverts jusqu'à une heure de plus que les heures annoncées, au besoin. Cela leur permet d'achever les tests de dépistage auprès de l'excédent de visiteurs plutôt que de les retourner à la maison.
- Auparavant, lorsque le centre d'évaluation du Réseau de santé William Osler recevait de trop nombreux visiteurs vers la fin d'une journée, il remettait aux visiteurs excédentaires des laissez-passer qu'ils pouvaient présenter le lendemain pour être reçus plus tôt aux fins de l'évaluation et du prélèvement d'un échantillon. En procédant de cette façon, il a pu prévenir le départ de patients qui auraient pu ne pas se présenter de nouveau (cette pratique a été abandonnée et les visites au centre d'évaluation du Réseau de santé William Osler se font maintenant uniquement sur rendez-vous, comme dans le reste de la province).

S'il existait un réseau de centres d'évaluation, ces innovations opérationnelles et pratiques exemplaires pourraient être adoptées par d'autres centres d'évaluation. Même si les centres d'évaluation de l'Ontario fonctionnent uniquement sur rendez-vous plutôt qu'à l'aide d'un modèle sans rendez-vous depuis le 6 octobre 2020, il reste pertinent de cerner et de partager les pratiques exemplaires. Au moment de notre audit, Santé Ontario n'avait pas examiné la pertinence des heures d'ouverture et des niveaux de dotation de chacun des centres d'évaluation par rapport aux populations qu'ils desservent. Un réseau pourrait effectuer ce genre d'analyse sur une base régulière pour déterminer quels centres pourraient demeurer ouverts plus longtemps, comment les centres pourraient fonctionner plus efficacement et pour s'assurer que les centres d'évaluation disposent d'une capacité appropriée pour prélever des échantillons aux fins d'analyse partout en Ontario.

Le personnel des huit centres d'évaluation à qui nous avons parlé a indiqué qu'un réseau officiel de centres d'évaluation pour partager les pratiques exemplaires et aider à l'intégration de nouveaux centres aurait été avantageux pour répondre à la COVID-19, et que certains avaient tenté de le faire de façon informelle à l'échelle régionale pendant la pandémie.

Le Réseau provincial de diagnostic pour les laboratoires a établi des cibles en ce qui a trait aux délais d'exécution des analyses en laboratoire. Il recueille également des données auprès des laboratoires pour déterminer les progrès réalisés par rapport aux cibles. Il n'y a pas d'activités de suivi et d'analyse du rendement comparables dans les centres d'évaluation. Nous avons constaté que les délais d'attente variaient considérablement d'un centre à l'autre, selon le jour, l'heure et le lieu. Dans certains cas, ils pouvaient atteindre huit heures. Toutefois, on n'a pas recueilli de données complètes sur les temps d'attente à l'échelle de la province et aucune cible de temps d'attente n'a été fixée.

4.7.2 Les centres d'évaluation ont reçu un court préavis des changements apportés aux critères d'admissibilité et ces changements ont entraîné de longs temps d'attente

Comme il en est question à la **section 4.4.2**, le 24 mai 2020, la province a annoncé l'intensification des efforts de dépistage en indiquant que personne ne se verrait refuser de passer un test de dépistage de la COVID-19 si elle en faisait la demande.

Les centres d'évaluation avaient appris la veille, soit le 23 mai, dans une note de service envoyée par Santé Ontario, qu'un changement serait apporté sous peu. La note de service se contentait de dire qu'un élargissement des efforts de dépistage aurait lieu dans les jours suivants. Les membres du personnel des huit centres d'évaluation avec lesquels nous avons parlé nous ont dit qu'ils avaient été pris au dépourvu par l'annonce du 24 mai et qu'ils n'étaient pas en mesure d'augmenter les effectifs pour répondre à la demande rehaussée. Il s'en est suivi que les temps d'attente ont augmenté et que certaines personnes se sont vues refuser de passer le test, malgré l'assurance donnée par la province que ce genre de situation ne se produirait pas. Le personnel d'un centre d'évaluation a indiqué que dès le premier jour complet d'ouverture du centre après l'annonce, le nombre d'appels téléphoniques a plus que triplé (excluant les personnes qui n'ont pu obtenir la ligne). L'écouvillonnage a plus que doublé par rapport à la veille de l'annonce.

Les centres ont besoin d'un délai de préparation avant d'apporter des changements à leur mode de fonctionnement afin de servir les Ontariens en temps opportun et de façon sécuritaire. Si les changements ne sont pas communiqués suffisamment longtemps avant la date de mise en oeuvre, leur capacité de dépistage devient dépassée jusqu'à ce qu'ils puissent ajuster leur mode de fonctionnement.

4.7.3 L'élargissement du prélèvement d'échantillons en mettant à contribution les pharmacies procure peu d'avantages et entraîne des coûts importants

Le 25 septembre 2020, l'Ontario a rendu disponible le service de prélèvement d'échantillons aux fins du dépistage de la COVID-19 dans plus de 50 pharmacies pour certains groupes d'Ontariens asymptomatiques comme les travailleurs agricoles et les résidents de maisons de ferme et les travailleurs ou les visiteurs des foyers de soins de longue durée. Bien que cette décision d'offrir d'autres lieux de prélèvement ait contribué à réduire la demande dans les centres d'évaluation de l'Ontario, le Ministère nous a informés que pour réduire le fardeau que ces tests exercent sur la capacité d'analyse en laboratoire de l'Ontario, tous les échantillons prélevés dans les pharmacies ont été envoyés à une entreprise californienne à des fins d'analyse. L'analyse de chacun de ces tests coûte 105 $, et le transport de ces échantillons à des milliers de kilomètres a augmenté le délai d'obtention des résultats, ce qui a retardé la gestion des cas et la recherche des contacts

nécessaires dans le cas des résultats positifs. Le Ministère nous a informés qu'il prévoyait de ramener l'exécution de ces analyses dans la province étant donné que les laboratoires ont maintenant éliminé leurs arriérés et qu'ils disposent de la capacité nécessaire pour les effectuer.

L'élargissement des efforts de dépistage jusque dans les pharmacies, ne donne pas non plus pleinement suite aux recommandations du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage (le Comité), d'autant plus que l'admissibilité a été restreinte. Comme il est indiqué à la **section 4.4.2**, le 5 juillet 2020, le Comité a recommandé au médecin hygiéniste en chef de l'Ontario de limiter le dépistage des cas asymptomatiques. Notamment, le médecin hygiéniste en chef a sérieusement envisagé d'éliminer l'exigence que les visiteurs des foyers de soins de longue durée passent le test. Le Comité a souligné tut particulièrement qu'il y a [traduction] « peu de valeur clinique et scientifique » rattachée à l'évaluation des visiteurs dans les foyers de soins de longue durée. Les visiteurs doivent actuellement passer un test de dépistage de la COVID-19 dans les 14 jours précédant leur visite. Il est possible qu'une personne qui passe le test pendant cette période et qui reçoit un résultat négatif soit par la suite exposée à la COVID-19. Comme leur résultat est négatif, il y a un risque qu'elles ne maintiennent pas la distance physique et ne prennent pas les autres précautions de santé publique nécessaires pour protéger les autres personnes de leur entourage. Depuis le 31 octobre 2020, les visiteurs asymptomatiques des foyers de soins de longue durée peuvent continuer de passer le test dans les pharmacies de l'Ontario (moyennant un coût de 42 $ par test, payé par le Ministère à la pharmacie).

Le 30 juillet, l'Alberta a commencé à prélever des échantillons à grande échelle par l'intermédiaire des pharmacies auprès de sa population asymptomatique, mais sa situation était différente de celle de l'Ontario. Les Services de santé de l'Alberta nous ont informés que les avantages du prélèvement d'échantillons par l'intermédiaire des pharmacies comprenaient l'amélioration de l'accès et de la commodité pour les Albertains, tout en aidant à recueillir suffisamment d'échantillons pour utiliser la capacité de laboratoire disponible à ce moment. À l'opposé, l'Ontario avait déjà cumulé un arriéré d'analyses en laboratoire de 65 000 tests lorsque le gouvernement a annoncé, le 25 septembre, l'élargissement du prélèvement d'échantillons en mettant à contribution les pharmacies, de sorte qu'il a dû assumer les coûts et les retards rattachés à l'exécution d'analyses à l'étranger (nous avons constaté que ce mode de fonctionnement était encore la seule avenue qu'utilisait l'Ontario pour obtenir des analyses à la mi-novembre).

4.7.4 La collecte des données des centres d'évaluation pourrait aider à repérer plus rapidement la source probable d'une transmission

Actuellement, seuls les gestionnaires de cas qui interagissent avec la personne infectée dans le cadre de la gestion de cas peuvent recueillir des renseignements précis sur le lieu où la personne aurait pu contracter la COVID-19 et comment elle aurait pu le faire. La mise à contribution du centre d'évaluation ou de la pharmacie qui prélève l'échantillon permettrait de recueillir certains de ces renseignements plus tôt dans le processus. Ce mode de fonctionnement serait particulièrement utile dans les centres d'évaluation qui reçoivent des personnes symptomatiques, mais aussi dans les pharmacies pour accélérer la recherche des contacts si un résultat est positif.

À l'heure actuelle, les centres d'évaluation et les pharmacies consignent, pour chaque personne qui se présente pour un prélèvement, certains renseignements comme son nom, son adresse, sa date de naissance, son numéro du régime d'assurance-santé de l'Ontario, les symptômes qu'elle ressent et la date à laquelle les symptômes sont apparus. Cette information permet de transmettre les résultats des analyses de diagnostic en laboratoire de la COVID-19 à la personne elle-même et au

bureau de santé publique où elle réside, et permet au bureau de santé publique de joindre une personne dont le résultat est positif aux fins de la gestion de cas et de la recherche des contacts.

Certains renseignements recueillis dans le cadre de la gestion de cas (comme l'activité d'une personne avant l'apparition des symptômes, comment, et où, elle croit avoir contracté la COVID-19, et les détails sur les personnes avec qui elle a été en contact pendant la période entourant l'apparition des symptômes) pourraient être recueillis avant le début de la gestion de cas.

Par exemple, comme il est mentionné à la **section 4.7.1**, depuis le 6 octobre 2020, tous les centres d'évaluation ont adopté un modèle de fonctionnement sur rendez-vous seulement. Lors de la prise d'un rendez-vous, il serait possible de recueillir certains de ces renseignements supplémentaires, que ce soit au moyen d'un formulaire en ligne (si le rendez-vous est pris en ligne) ou par téléphone (si les gens doivent prendre un rendez-vous par téléphone).

Si ces renseignements sont déjà recueillis à l'étape du prélèvement des échantillons, la gestion de cas pourrait être accélérée à condition qu'un système soit mis en place pour transmettre l'information aux bureaux de santé publique pour les personnes dont le résultat est positif. La collecte précoce de ces renseignements pourrait également faciliter la détection plus rapide des éclosions, ce qui pourrait accélérer la communication avec d'autres personnes qui pourraient avoir été infectées.

RECOMMANDATION 7

Pour que les services de prélèvement d'échantillons et d'analyse en laboratoire demeurent disponibles et fournis de façon sécuritaire, rapide et rentable, le ministère de la Santé devrait collaborer avec Santé Ontario, au besoin, pour :

- fournir un préavis suffisant et une communication claire lorsque des changements sont apportés au mode de prélèvement d'échantillons et d'exécution des analyses en laboratoire, afin de laisser aux intervenants touchés suffisamment de temps pour se préparer;
- établir un réseau de centres d'évaluation pour recueillir et évaluer des données sur le fonctionnement de chaque centre, déterminer les pratiques exemplaires (y compris les heures d'ouverture, le niveau de dotation et le modèle opérationnel), échanger de l'information et des pratiques exemplaires, et fournir des mesures de soutien qui aideront les centres à cerner les défis et à les relever le plus rapidement possible;
- examiner régulièrement la pertinence des différents emplacements pour le prélèvement des échantillons et les groupes de personnes à soumettre au dépistage de la COVID-19 par rapport à la capacité d'analyse en laboratoire disponible;
- examiner les possibilités de recueillir des renseignements supplémentaires auprès des personnes qui demandent de passer un test de dépistage de la COVID-19 (par exemple, comment et où elles croient avoir contracté la COVID-19) dans le cadre du processus de prise de rendez-vous pour le prélèvement d'échantillons dans les centres d'évaluation et les pharmacies.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère souscrit à cette recommandation. Dans le contexte de la réponse à la pandémie, les décisions stratégiques concernant le prélèvement des échantillons et les analyses en laboratoire doivent souvent être prises rapidement; toutefois, le Ministère s'engage à communiquer rapidement et clairement les changements apportés aux politiques aux intervenants touchés.

Le Ministère, de concert avec Santé Ontario, examine régulièrement les données, y compris

la positivité des tests et les taux de dépistage à l'échelle de la province, afin d'éclairer les décisions concernant les lieux additionnels de prélèvement d'échantillons, y compris l'élargissement du dépistage en mettant à contribution d'autres centres d'évaluation, pharmacies et centres de prélèvement.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario souscrit à la recommandation de partager les pratiques exemplaires et les données entre les centres d'évaluation.

Bien que Santé Ontario n'assure pas la coordination du réseau provincial de plus de 140 centres d'évaluation (plus de 160 au moment de la présente réponse en novembre 2020), ce travail est effectué à l'échelle régionale. Chaque région collabore étroitement avec les centres d'évaluation locaux par l'entremise des communautés de pratique pour cerner les pratiques exemplaires, échanger de l'information et offrir du soutien. Une approche régionale permet des variations adaptées aux besoins locaux, ce qui permet de planifier et de mettre en oeuvre le prélèvement d'échantillons en fonction des besoins de la population particulière. Pour assurer la collaboration entre les régions, chaque région a désigné des centres d'évaluation et des responsables du dépistage qui collaborent pour favoriser la mise en commun des connaissances à l'échelle provinciale. Les responsables régionaux examinent régulièrement les stratégies de prélèvement en fonction des besoins locaux, d'autant plus qu'ils évoluent, et collaborent avec des partenaires régionaux pour réviser ou élargir les stratégies de prélèvement en conséquence. Ces nouvelles stratégies de prélèvement sont communiquées au réseau de laboratoires pour s'assurer qu'il peut se préparer aux ajustements des volumes provenant de différents lieux de prélèvement.

Santé Ontario examinera toutes les avenues pour recueillir des renseignements sur une base volontaire auprès des personnes qui désirent passer un test de dépistage de la COVID-19 dans le cadre du processus de prise de rendez-vous des centres d'évaluation.

Annexe 1 : Laboratoires de l'Ontario (et réseaux de laboratoires) effectuant des tests de dépistage de la COVID-19, au 31 août 2020

Source des données : Santé Ontario

Type de fournisseur de services de laboratoire	Emplacement du fournisseur de services
Public Health Ontario	1. Hamilton
	2. Kingston
	3. London
	4. Ottawa
	5. Thunder Bay
	6. Timmins
	7. Toronto
Hospital or Hospital Network[1]	8. Centre de soins communautaires de Brant[2]
	9. Association des laboratoires régionaux de l'est de l'Ontario
	10. Hôpital Grand River
	11. Services de santé de Grey-Bruce[2]
	12. Hôpital général de Guelph[2]
	13. Soins de santé de Halton
	14. Programme régional de médecine de laboratoire de Hamilton
	15. Centre de soins de santé Headwaters[2]
	16. Horizon Santé-Nord
	17. Hôpital pour enfants malades
	18. Hôpital Humber River[2]
	19. Centre des sciences de la santé de Kingston
	20. Hôpital du district du lac des Bois[2]
	21. Centre de santé de Lakeridge
	22. Centre des sciences de la santé de London
	23. Centre de santé Mackenzie[2]
	24. Hôpital de Markham-Stouffville[2]
	25. Centre régional de santé de North Bay[2]
	26 Centre régional de santé de Peterborough[2]
	27. Soins de santé de Quinte[2]
	28. Centre de soins de santé régional Royal Victoria
	29. Hôpital de Sault-Sainte-Marie[2]
	30. Laboratoire d'hôpitaux partagé
	31. Réseau de la santé Sinaï
	32. Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout[2]
	33. Centre régional de santé Southlake[2]
	34. Centre Sunnybrook des sciences de la santé[2]
	35. Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay[2]
	36. Partenaires de santé Trillium
	37. Unity Health Toronto
	38. Weeneebayko Area Health Authority[2]
	39. Centre de santé de l'Ouest de Parry Sound[2]
	40. Réseau de santé William-Osler[2]
Community[3]	41. Alpha Laboratories Inc.
	42. Dynacare
	43. LifeLabs

1. Le 31 août, l'Hôpital général et maritime de Collingwood avait été ajouté au Réseau des laboratoires de l'Ontario, mais il a commencé les tests de dépistage de la COVID-19 après cette date.
2. Ces fournisseurs effectuent moins de tests pour soutenir leur propre hôpital ou centre de santé que pour répondre aux volumes provinciaux.
3. Un laboratoire communautaire (Bio-Test) avait effectué brièvement des tests de dépistage de la COVID-19 avant le 31 août, mais il ne les offrait pas le 31 août. Il a depuis repris les tests.

Annexe 2 : 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/ Territoire	Population	Total des cas	Total des décès	Cas pour 100 000 habitants	Décès pour 100 000 habitants
ON	14 723 497	42 421	2 812	288	19
QC	8 572 054	62 492	5 760	729	67
CB	5 142 404	5 790	208	113	4
AB	4 417 006	13 902	239	315	5
MB	1 378 818	1 214	14	88	1
SK	1 179 618	1 619	24	137	2
NÉ	977 043	1 085	65	111	7
NB	781 024	191	2	24	0
TNL	522 994	269	3	51	1
IPÉ	159 249	44	0	28	0
TNO	45 201	5	0	11	0
Yn	41 980	15	0	36	0
NU	38 966	0	0	0	0

Remarque : Les chiffres sont arrondis au nombre entier près. Par conséquent, certaines provinces et certains territoires désignés comme ayant zero des décès pour 100 000 habitants ont enregistré des décès liés à la COVID-19.

Annexe 3 : Critères d'audit

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

1.	Les leçons tirées des pandémies antérieures (dont le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)) et des rapports d'experts ont été appliqués pour préparer les analyses de laboratoire en Ontario, la gestion des cas et la capacité de dépistage des contacts en prévision de pandémies futures.
2.	Les tests de laboratoire, la gestion des cas et la capacité de dépistage des contacts ont été continuellement mis à jour et ajustés en conséquence pour permettre à l'Ontario de réduire efficacement la transmission de la COVID-19.
3.	Les tests de laboratoire liés à la COVID-19, la gestion des cas et le dépistage des contacts sont surveillés par rapport aux objectifs de rendement, et des mesures correctives sont prises lorsque les objectifs ne sont pas atteints.

Annexe 4 : Résumé des changements au titre de l'admissibilité aux tests de la COVID-19 en Ontario, janvier à septembre 2020

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

Date	Changements dignes de mention dans la définition des cas et les directives sur les tests de dépistage
24 janvier	Définition des cas probables établie. Les cas probables comprennent les personnes qui présentent une fièvre supérieure à 38° Celsius et une toux, ou des difficultés respiratoires et des signes d'évolution grave de la maladie. Pour être un cas probable, une personne doit avoir récemment voyagé à Wuhan, en Chine, avoir eu des contacts étroits avec un cas confirmé ou probable, ou avoir eu des contacts étroits avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui a voyagé à Wuhan, en Chine.
31 janvier	Retrait de « preuves de l'évolution de la maladie grave et des difficultés respiratoires » de la définition du cas. Remplacement de « voyage à Wuhan, en Chine » par « voyage dans la province du Hubei (Wuhan), en Chine ».
7 février	Ajout de « difficulté respiratoire » à la définition de cas. Remplacement de « voyage dans la province du Hubei (Wuhan), en Chine » par « voyage en Chine continentale ».
26 février	Remplacement de « voyage en Chine continentale » par « voyage dans une région touchée » (mise à jour continuelle par la suite à mesure que la COVID-19 se répandait dans le monde entier).
8 avril	Publication de directives initiales sur les tests propres aux personnes dans certains milieux et aux personnes appartenant à certaines populations prioritaires. Les milieux comprennent les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite, de même que les collectivités éloignées, isolées, rurales et autochtones. Les populations prioritaires comprennent les travailleurs de la santé, les aidants naturels, les fournisseurs de soins et les premiers intervenants.
14 avril	Ajout de directives sur les tests propres au milieu de vie collectif (y compris les prisons et les établissements correctionnels) et aux travailleurs des services de garde d'urgence.
11 mai	Ajout de « symptômes » à la définition de cas (fièvre et toux), c'est-à-dire « symptômes compatibles avec la COVID-19 ». Retrait de « contact étroit avec le cas probable » de la définition du cas (le « contact étroit avec le cas confirmé » demeure). Retrait de « contact étroit avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire aiguë qui s'est rendue dans une zone touchée » de la définition du cas. Ajout de « vécu ou travaillé dans une région où on connaît une éclosion de COVID-19 ».
14 mai	Ajout de directives sur les tests pour indiquer que les tests devraient être envisagés pour tous les Ontariens symptomatiques. Les tests sur les personnes asymptomatiques ne sont pas recommandés, sauf s'ils font partie de la gestion d'éclosions. Ajout de consignes pour les personnes vivant dans le même ménage que les fournisseurs de soins et pour celles vivant avec des intervenants des services de garde d'urgence (même si ces derniers n'ont pas encore reçu de consignes particulières en tant que population prioritaire).
28 mai	Les contacts asymptomatiques des cas confirmés doivent être testés. Retrait de « discussion relative aux tests sur les personnes asymptomatiques en général ». Ajout de directives propres à l'établissement concernant les transferts d'établissement, les milieux de travail et les milieux communautaires. Ajout d'une directive sur la population prioritaire pour les travailleurs des services de garde d'urgence.
2 juin	Retrait de la directive sur les tests relatifs aux prisons et aux établissements correctionnels des directives sur les milieux de vie collectifs et les établissements.
6 août	Rajout aux directives sur les tests selon lesquelles les Ontariens asymptomatiques ne devraient généralement pas être testés sauf s'ils sont en contact avec des cas confirmés et ceux qui sont liés à une éclosion. Ajout d'une directive axée sur la population prioritaire pour les élèves et étudiants, et les travailleurs dans les écoles.
14 août	Retrait de l'énoncé selon lequel les Ontariens asymptomatiques ne devraient généralement pas être testés. Retrait de la discussion sur les tests pour les Ontariens asymptomatiques liés à une éclosion.
24 septembre	Rajout aux directives sur les tests selon lesquelles les Ontariens asymptomatiques ne devraient généralement pas être testés, sauf s'ils sont en contact avec des cas confirmés, s'ils sont liés à une éclosion, et font partie de certaines populations à risque élevé.

Annexe 5 : Plan de modernisation des laboratoires de Santé publique Ontario et de gestion de la pression

Source des données : Santé publique Ontario

1.	Modernisation du menu des tests de dépistage qui peuvent être transférés à d'autres laboratoires	Déterminer les tests courants ou à volume élevé dans le système selon leur capacité.
2.	Stratégie régionale d'emplacement	Réduire le nombre de laboratoires régionaux de dépistage conformément au nouveau menu de tests et dans le contexte de la Stratégie de transport intégré.
3.	Automatisation et restructuration des processus opérationnels	Identifier les processus opérationnels qui peuvent être automatisés et restructurés pour accroître l'efficacité du système.
4.	Stratégie de transport intégré	Élaborer un plan pour intégrer le transport des échantillons à la grandeur du réseau de laboratoires, avec une attention particulière au Nord.
5.	Méthodes d'analyse financière et de financement	Évaluer les répercussions financières du plan, y compris les estimations du financement ponctuel pour la transition, le financement provisoire et les besoins financiers permanents, ainsi qu'une justification détaillée de la diligence raisonnable. Plus précisément, le plan précise la nécessité de réviser les volets de financement de Santé publique Ontario en augmentant le financement de base, et en fournissant des fonds d'immobilisations distincts et d'autres fonds temporaires.

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

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

www.auditor.on.ca

ISBN 978-1-4868-4855-3 (PDF)

Photo en couverture :
© iStockphoto.com/anyaivanova