

Chapitre 1

Section 2.02

Ministère de la Santé

Suivi de la vérification de l'optimisation des ressources de 2020

Chapitre 2 du rapport spécial Préparation et gestion en lien avec la COVID-19 : Rapport spécial sur la planification et la prise de décisions face à l'éclosion

APERÇU DE L'ÉTAT DES RECOMMANDATIONS

	Nombre de mesures recommandées	État des mesures recommandées				
		Pleinement mise en oeuvre	En voie de mise en oeuvre	Peu ou pas de progrès	Ne sera pas mise en oeuvre	Ne s'applique plus
Recommandation 1	5	2		2	1	
Recommandation 2	2	1		1		
Recommandation 3	2	1		1		
Recommandation 4	3	3				
Recommandation 5	5	4			1	
Recommandation 6	4	4				
Recommandation 7	2		2			
Recommandation 8	2			2		
Recommandation 9	4	4				
Total	29	19	2	6	2	0
%	100	65	7	21	7	0

Conclusion globale

Le 4 novembre 2022, le ministère de la Santé (le Ministère) et le secrétaire du Conseil des ministres avait pleinement mis en œuvre 65 % des mesures que nous avons recommandées dans notre Rapport spécial de 2020. Ces mesures comprennent la rationalisation et le renouvellement de la structure du Groupe de coordination pour le secteur de la santé (appelé le Groupe de commandement pour le secteur de la santé

au moment de notre audit) et de ses sous-groupes; la désignation du médecin hygiéniste en chef comme coprésident du Groupe de coordination pour le secteur de la santé; l'appui des membres du Groupe de coordination pour le secteur de la santé et des principaux décideurs dans l'application et le respect du principe de précaution – la nécessité d'agir s'il existe une preuve suffisante d'une menace imminente de préjudice public – comme principe directeur à l'avenir; le respect des recommandations et des conseils opportuns en matière de santé publique de Santé publique

Ontario et du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage à l'avenir; et faire du médecin hygiéniste en chef un membre permanent du Groupe central de coordination.

Le Ministère et le secrétaire du Conseil des ministres ont réalisé des progrès dans la mise en œuvre d'une autre tranche de 7 % de nos recommandations, qui comprenait l'examen, l'amélioration et la mise à jour des plans d'intervention actuels en cas d'urgence sanitaire, à savoir le Plan d'intervention en cas d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe, tous les ans.

Toutefois, le Ministère et le secrétaire du Conseil des ministres ont fait peu de progrès dans la mise en œuvre de 21 % de nos recommandations, notamment l'examen du rôle de Santé publique Ontario dans l'intervention de la province contre la COVID-19 pour déterminer les tâches qu'elle devrait prendre en charge; la modification de la *Loi de 2007 sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé* afin de préciser dans quelles circonstances les conseils scientifiques et techniques de Santé publique Ontario devraient être rendus publics; l'attribution au médecin hygiéniste en chef des mêmes pouvoirs que les postes équivalents en Colombie-Britannique et au Québec; la reprise de l'examen et la réforme de la santé publique en Ontario; et l'intégration de l'information tirée des consultations et des sondages dans la modernisation de la santé publique du Ministère.

Le Ministère et le secrétaire du Conseil des ministres ont indiqué qu'ils ne mettraient pas en œuvre 7 % de nos recommandations, y compris celles voulant de nommer des médecins hygiénistes locaux issus de bureaux de santé publique pour assumer la coprésidence des comités directeurs régionaux et de documenter des décisions clés prises lors des réunions du Groupe de coordination pour le secteur de la santé comme moyen d'améliorer la prise de décisions future.

L'état des mesures prises en réponse à chacune de nos recommandations est exposé ci-après.

Contexte

Le présent rapport, chapitre 2 : La planification et la prise de décisions face à l'écllosion était l'un d'une série d'audits documentés dans notre *Rapport spécial 2020* sur la réponse de la province à la pandémie de COVID-19. Il est axé sur la réponse du secteur de la santé de l'Ontario de janvier 2020 (où le premier cas de COVID-19 au Canada a été confirmé à Toronto) jusqu'en août 2020.

La COVID-19 s'est rapidement propagée partout sur la planète après la première flambée en décembre 2019 à Wuhan, en Chine. L'information sur le virus a été communiquée par le gouvernement fédéral canadien aux gouvernements provinciaux et territoriaux par l'entremise du Réseau pancanadien de santé publique dès le début de janvier 2020.

Dans l'ensemble, nous avons constaté que la réponse de l'Ontario à la COVID-19 à l'hiver et au printemps 2020 était plus lente et plus réactive que celle des autres administrations canadiennes.

Cela s'explique en partie parce que la structure de commandement globale de l'Ontario avait évolué pour inclure des centaines de participants à plusieurs tables et sous-groupes, ce qui avait entraîné des pertes d'efficacité et un dédoublement du travail. La structure de commandement ne disposait pas non plus de niveaux appropriés d'expertise – plus précisément, les principaux responsables de la santé publique n'occupaient pas les postes de direction les plus élevés et n'ont pas exercé pleinement leurs pouvoirs.

Nous avons aussi constaté que la province n'avait pas mis en œuvre les principales leçons tirées à la suite du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) il y a plus de 15 ans ni avant ni pendant l'intervention du gouvernement de l'Ontario face à la COVID-19. À titre d'exemple, dans son rapport final, la Commission sur le SRAS a indiqué que le principe de précaution constituait la leçon la plus importante tirée du SRAS. Ce principe établit que s'il existe une preuve suffisante d'une menace imminente de préjudice public, il n'est pas nécessaire d'attendre les preuves scientifiques avant de déployer des efforts suffisants pour réduire le risque. Toutefois, ce principe n'a pas été respecté

en temps opportun, comme en témoignent les retards dans l'établissement d'une structure d'intervention d'urgence face à la COVID-19, dans l'alerte donnée aux Ontariens d'éviter les déplacements inutiles, dans la reconnaissance de la transmission communautaire et dans l'exigence imposée aux établissements de soins de longue durée de prendre les précautions nécessaires.

Nous avons notamment constaté ce qui suit :

- La structure du Groupe de commandement pour le secteur de la santé s'est complexifiée de plus en plus durant la pandémie et a fait intervenir des centaines de participants. Le Ministère a mis sur pied la table le 28 février 2020 avec 21 membres. En juin, 90 participants (dont 33 membres et 57 invités) avaient été mobilisés. Le 31 août, le Groupe comptait 83 participants (32 membres et 51 invités) et avait ajouté 25 sous-groupes pour alimenter le Groupe d'un savoir-faire spécialisé en la matière, portant le nombre de personnes mobilisées à plus de 500. Pour apporter un complément à la structure de commandement, Santé Ontario a mis sur pied cinq comités directeurs régionaux pour discuter d'enjeux locaux liés à la pandémie de COVID-19. Cette structure était beaucoup plus grande que celle utilisée en Colombie-Britannique.
- Le Ministère a informé le Bureau que le 6 mars 2020, on a désigné le président-directeur général de Santé Ontario et le médecin hygiéniste en chef à titre de « coprésidents fonctionnels » du Groupe de commandement pour le secteur de la santé. Nous avons toutefois constaté que le médecin hygiéniste en chef n'avait pas dirigé la réponse de l'Ontario à la COVID-19. Certains membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé à qui nous avons parlé ne savaient pas que le médecin hygiéniste en chef devait jouer ce rôle. Nous avons également appris que le médecin hygiéniste en chef n'avait présidé aucune des réunions et que le mandat du Groupe n'a jamais été mis à jour pour tenir compte de son rôle de coprésident. De plus, le médecin hygiéniste en chef n'était pas désigné comme membre du Groupe

central de coordination, bien qu'il ait assisté à des réunions lorsque des points à l'ordre du jour l'exigeaient.

- On a tardé à exiger du personnel des foyers de soins de longue durée qu'il porte de l'équipement de protection individuelle. Le 18 mars 2020, la première éclosion de COVID-19 s'est produite dans un foyer de soins de longue durée de l'Ontario. Le même jour, un médecin hygiéniste adjoint de l'un des bureaux de santé publique de l'Ontario a envoyé un courriel au médecin hygiéniste en chef pour l'informer qu'il fallait de toute urgence exiger des travailleurs dans les foyers de soins de longue durée qu'ils portent le masque en tout temps lorsqu'ils se trouvent à l'intérieur des établissements. Toutefois, à l'échelle de la province, aucune mesure n'a été prise dans l'immédiat. Ce n'est que plus de deux semaines plus tard, soit le 30 mars, que le médecin hygiéniste en chef a révisé la directive relative aux foyers de soins de longue durée pour exiger qu'ils observent la même directive que les hôpitaux concernant le recours à l'équipement de protection individuelle pour les soins donnés aux résidents soupçonnés d'avoir contracté ou ayant contracté la COVID-19. La directive exigeant le port du masque chez les travailleurs des foyers de soins de longue durée durant leur quart de travail n'a été émise que le 8 avril. La flambée épidémique dans les foyers de soins de longue durée s'était alors propagée et avait touché 69 établissements, ce qui s'était traduit par 857 cas et 88 décès. Il s'agissait alors de près de 15 % des cas déclarés en Ontario et de 44 % des décès liés à la COVID-19.

Nous avons formulé 9 recommandations préconisant 29 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Le ministère de la Santé et le secrétaire du Conseil des ministres nous avaient donné l'assurance qu'ils prendraient des mesures pour donner suite à nos recommandations.

Comité permanent des comptes publics

Le 10 mars 2021, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu une audience publique sur le Chapitre 2 : La planification et la prise de décisions de notre Rapport spécial Préparation et gestion en lien avec la COVID-19. En novembre 2021, le Comité a déposé à l'Assemblée législative un rapport découlant de cette audience, souscrivant à nos constatations et à nos recommandations. Le ministère de la Santé (le Ministère) et le secrétaire du Conseil des ministres ont fait rapport au Comité en mars 2022. Les recommandations du Comité et notre suivi de ses recommandations figurent à la Section 3.09 du chapitre 3 du présent volume de notre *Rapport annuel de 2022*.

État des mesures prises en réponse aux recommandations

Nous avons effectué des travaux d'assurance entre avril et août 2022. Nous avons obtenu du ministère de la Santé et du secrétaire du Conseil des ministres une déclaration écrite selon laquelle, au 4 novembre 2022, ils avaient fourni à notre Bureau une mise à jour complète sur l'état des mesures que nous avions recommandées lors de notre audit initial il y a deux ans.

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

Recommandation 1

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

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

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que la structure du Groupe de commandement pour le secteur de la santé (maintenant appelé le Groupe de coordination pour le secteur de la santé) avait gagné en complexité durant la pandémie et avait fait intervenir de nombreux participants. Le 31 août 2020, la structure de commandement comprenait 83 participants et 25 sous-groupes comptant plus de 500 personnes. Pour apporter un complément à la structure de commandement, Santé Ontario a mis sur pied cinq comités directeurs régionaux pour discuter d'enjeux locaux liés à la pandémie de COVID-19. Cette structure de commandement en Ontario était devenue lourde et beaucoup plus grande que celle utilisée en Colombie-Britannique, ce qui avait entraîné des inefficacités et un dédoublement du travail.

Lors de notre suivi, nous avons constaté qu'à la suite de notre audit de 2020, le Ministère avait mis à jour la composition, le mandat et les processus du Groupe de coordination pour le secteur de la santé. Depuis, le Ministère a continué d'examiner et d'évaluer régulièrement la structure du groupe et de ses sous-groupes, y compris leurs mandats et leurs compositions respectifs, ainsi que la fréquence des réunions. Ces révisions ont été apportées pour tenir compte de l'évolution des besoins du secteur tout au long de la pandémie et pour veiller à ce que la structure globale corresponde aux exigences opérationnelles. Au moment de notre suivi, la taille du Groupe de coordination pour le secteur de la santé avait été réduite considérablement à 44 participants et 11 sous-groupes actifs.

Depuis le 31 mars 2022, compte tenu de la nature évolutive de l'intervention de la province en cas de pandémie, certains groupes ont été démantelés après avoir rempli leur mandat (comme le Groupe de

collaboration, le Groupe provincial sur les soins intensifs et le Groupe de leadership des ministres en réponse à la pandémie). Les travaux d'autres groupes ont été suspendus (comme le Groupe de coordination pour le secteur de la santé, le Groupe consultatif provincial sur les soins primaires et le Groupe des mesures de santé publique). Les groupes démantelés ou dont les travaux ont été suspendus peuvent être convoqués de nouveau au besoin.

Ces changements reflètent la maturation des systèmes d'intervention en cas de pandémie de la province. Les ressources essentielles et les composantes de ces groupes ont été conservées au cas où ils devraient reprendre leurs travaux. La structure d'intervention en cas de pandémie continuera d'être examinée jusqu'à ce qu'elle ne soit plus nécessaire.

- *désignent le médecin hygiéniste en chef, appuyé par Santé publique Ontario et les Groupes des mesures de santé publique, comme coprésident du Groupe de commandement pour le secteur de la santé puis officialisent les responsabilités du médecin hygiéniste en chef en matière de leadership dans ce rôle;*
État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, le Ministère nous avait informés que le médecin hygiéniste en chef et le chef de la direction de Santé Ontario avaient été nommés à titre de « coprésidents fonctionnels » du Groupe de commandement pour le secteur de la santé le 6 mars 2020. Toutefois, nous avons remarqué que le médecin hygiéniste en chef n'avait pas dirigé la réponse de l'Ontario à la COVID-19. Certains membres du Groupe de commandement pour le secteur de la santé à qui nous avons parlé ne savaient pas que le médecin hygiéniste en chef devait jouer ce rôle. Nous avons également appris que le médecin hygiéniste en chef n'avait présidé aucune des réunions et que le mandat du groupe (créé en février 2020) n'avait jamais été mis à jour pour tenir compte du rôle du médecin hygiéniste en chef à titre de coprésident.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le mandat du Groupe de commandement pour le secteur de la santé avait été mis à jour pour refléter le

changement de nom du Groupe de commandement pour le secteur de la santé au Groupe de coordination pour le secteur de la santé.

De plus, les responsabilités du médecin hygiéniste en chef en matière de leadership ont été officialisées. En tant que l'un des trois coprésidents du Groupe de coordination pour le secteur de la santé (les deux autres coprésidents sont le sous-ministre de la Santé et le chef de la direction de Santé Ontario), le médecin hygiéniste en chef partage la responsabilité de diriger le groupe dans la réalisation de son mandat en déterminant les points à l'ordre du jour, en facilitant les discussions du comité et en communiquant les priorités. De plus, le médecin hygiéniste en chef présente régulièrement des mises à jour sur les mesures de santé publique et les nouvelles tendances en épidémiologie de la COVID-19. Le médecin hygiéniste en chef a également été le responsable stratégique de deux volets de travail clés liés aux mesures de santé publique et à la surveillance.

- *examinent le rôle joué par Santé publique Ontario dans le cadre de l'intervention contre la COVID-19 afin de déterminer les activités qui devraient relever de cet organisme (comme la direction de la surveillance provinciale de la santé publique, avec l'appui de Santé Ontario quant à la capacité du système de soins de santé);*
État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que Santé publique Ontario avait joué un rôle effacé dans la direction des activités provinciales de surveillance de la santé publique. Bien qu'on ait créé Santé publique Ontario expressément après le SRAS pour apporter un savoir-faire scientifique et technique en situation d'urgence sanitaire, certaines tâches qui auraient dû relever de sa responsabilité ont été exécutées par Santé Ontario. Ces tâches comprenaient le regroupement et la déclaration des données de surveillance provinciale au Groupe de commandement pour le secteur de la santé de même que la coordination du dépistage de la COVID-19 en laboratoire par le gouvernement provincial.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que les dirigeants de la santé publique de Santé publique Ontario avaient assumé des rôles de leadership clés dans divers groupes du secteur de la santé, dont le Groupe consultatif scientifique, le Groupe de travail sur l'examen des données intégrées, le Réseau de synthèse des données probantes et le Groupe des mesures de santé publique. Ces groupes rendent compte aux décideurs du Ministère en fournissant des mises à jour sur les nouvelles recherches et tendances, et les nouveaux modèles et conseils. Le Groupe consultatif scientifique fournit également des mises à jour publiques au moyen des notes qu'il publie sur le site Web du gouvernement de l'Ontario <https://covid19-sciencetable>. Les fonctions et responsabilités du Groupe consultatif scientifique ont été transférées à Santé publique Ontario en avril 2022.

Santé publique Ontario a également joué un rôle de premier plan dans la surveillance générale de la santé publique provinciale. Par exemple, en partenariat avec Santé Ontario et le gouvernement provincial, il trie les échantillons positifs de la COVID-19 pour déceler les variants potentiels préoccupants et effectue un séquençage génomique complet d'un grand pourcentage d'échantillons positifs. Ce partenariat a fait de l'Ontario un chef de file national dans l'identification et la surveillance de nouveaux variants préoccupants. De plus, Santé publique Ontario collabore avec Santé Ontario pour améliorer la surveillance et la capacité du système d'analyse en laboratoire.

L'examen du mandat de Santé publique Ontario devrait s'inscrire dans le cadre de l'initiative de modernisation de la santé publique de la province, qui a été mise en veilleuse pour permettre au gouvernement de continuer à faire face à la pandémie de COVID-19. Le Ministère a déclaré au moment de notre suivi qu'aucun calendrier n'avait été établi pour entreprendre cet examen. L'examen du mandat de Santé publique Ontario devrait aussi s'aligner sur la nomination de son nouveau chef de la direction, qui est entré en fonction en juillet 2022.

- *modifient la Loi de 2007 sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé afin de déterminer dans quelles circonstances (comme au cours des urgences de santé publique) il faut rendre*

publics les conseils scientifiques et techniques de Santé publique Ontario;

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que comme Santé publique Ontario est un organisme chargé de fournir des conseils scientifiques et techniques, il était utile que ses conseils soient rendus publics pendant les urgences de santé publique. Nous avons estimé qu'un alignement des décisions du Ministère et du gouvernement sur les conseils de Santé publique Ontario pouvait rassurer la population et que cela favorisait la transparence si ces conseils n'étaient pas suivis.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que les conseils scientifiques et techniques, les rapports et les documents d'orientation de Santé publique Ontario étaient rendus publics sur le site : <https://www.publihealthontario.ca/fr/>. Comme nous l'avons mentionné, le Groupe consultatif scientifique relève maintenant de Santé publique Ontario. Les conseils et les travaux de recherche du Groupe, en particulier ses mémoires scientifiques et ses modélisations, continuent d'être mis à la disposition du public en ligne (<https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/>). Santé publique Ontario continuera de publier ses rapports, au besoin, et le gouvernement continuera d'évaluer la pertinence du partage des conseils techniques avec le public.

Toutefois, le Ministère a indiqué qu'il n'avait pas encore tranché à savoir s'il était nécessaire de modifier la *Loi de 2007 sur l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé* pour appuyer la publication de tels rapports. Cette question sera évaluée dans le cadre de l'examen du mandat de Santé publique Ontario, qui devrait faire partie des examens futurs de la réponse de l'Ontario à la pandémie et de la modernisation du système de santé publique. Le Ministère a déclaré au moment de notre suivi qu'aucun calendrier n'avait été établi pour entreprendre ces examens.

- *nomment des médecins hygiénistes locaux issus de bureaux de santé publique pour assumer la coprésidence des comités directeurs régionaux.*

État : Ne sera pas mise en oeuvre. Même s'il a été décidé de ne pas nommer tous les médecins hygiénistes locaux des bureaux de santé publique comme coprésidents de leurs comités directeurs régionaux respectifs, le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario continue de croire que leur présence comme coprésidents serait bénéfique pour surveiller les activités liées à la COVID-19 et y réagir.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que les médecins hygiénistes locaux participaient aux comités directeurs régionaux établis par Santé Ontario pour mettre en œuvre la politique provinciale. Toutefois, ils ne jouaient pas un rôle de direction dans ces groupes. De façon générale, les groupes étaient plutôt coprésidés par des directeurs généraux d'hôpitaux et des dirigeants régionaux qui étaient des employés de Santé Ontario. Le fait que le rôle de direction a été assumé par des intervenants du secteur hospitalier au lieu d'intervenants du secteur de la santé publique n'était peut-être pas l'approche la plus appropriée, étant donné que près de 90 % des personnes atteintes de la COVID-19 au 31 août 2020 n'avaient jamais été hospitalisées (bien que les hôpitaux aient participé à d'autres aspects de la réponse à la COVID-19, comme le fonctionnement des centres d'évaluation et de dépistage).

Lors de notre suivi, nous avons constaté que tous les médecins hygiénistes locaux avaient participé à leurs comités directeurs régionaux respectifs, mais qu'ils n'agissaient pas tous en qualité de coprésidents de ces comités. Le Ministère a indiqué qu'un seul médecin hygiéniste local copréside officiellement un comité directeur régional, le groupe d'intervention et de rétablissement de la région du Centre.

Bien que tous les médecins hygiénistes locaux ne soient pas coprésidents de leurs comités directeurs régionaux respectifs, ils ont collaboré avec les groupes régionaux chargés de la réponse à la COVID-19 pour surveiller les activités liées à la COVID-19 et y

réagir, comme l'a indiqué le Ministère. Ils relèvent des directeurs régionaux, qui relèvent directement du président-directeur général de Santé Ontario. Par exemple, le médecin hygiéniste local du bureau de santé publique de Toronto est l'un des responsables du groupe d'intervention et de rétablissement de la région de Toronto et assume les responsabilités suivantes :

- discuter des enjeux actuels et émergents liés à l'intervention et au rétablissement en cas de pandémie;
- partager les connaissances et l'expertise intersectorielles pour prêter conseils et éclairer la planification régionale de la réponse à la pandémie et du rétablissement;
- partager l'information discutée aux réunions avec leur secteur respectif.

De plus, Santé Ontario travaille en étroite collaboration avec Santé publique Ontario à l'échelle de la province pour s'assurer que les renseignements générés aux niveaux régional et local sont regroupés et communiqués au Bureau du médecin hygiéniste en chef, au besoin.

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

Recommandation 2

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

- *analyse immédiatement le rôle et le poids exercés par le médecin hygiéniste en chef dans la direction des suites données par le gouvernement de l'Ontario aux vagues subséquentes de COVID-19;*

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que même si des changements avaient été apportés

au rôle du médecin hygiéniste en chef à la suite de la crise du SRAS, toutes les mesures recommandées pour que le médecin hygiéniste en chef puisse oeuvrer de façon indépendante en situation d'urgence sanitaire n'avaient pas été prises. Malgré le fait que ses pouvoirs soient discrétionnaires, le médecin hygiéniste en chef n'avait pas pu les exercer pleinement dans le cadre de l'intervention contre la COVID-19 en Ontario. Notamment, il n'avait pas émis de directives au nom des médecins hygiénistes locaux. Dans certains cas, ce sont le premier ministre et le Conseil des ministres qui ont ultérieurement exécuté les mesures (comme l'obligation de porter un masque dans chaque bureau de santé publique).

Lors de notre suivi, nous avons constaté qu'après le départ à la retraite de l'ancien médecin hygiéniste en chef, un nouveau médecin hygiéniste en chef avait été nommé le 26 juin 2021 pour diriger la réponse de l'Ontario aux vagues subséquentes de COVID-19. Le nouveau médecin hygiéniste en chef avait déjà exercé dans les bureaux de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington à titre de médecin hygiéniste adjoint de 2011 à 2017 et de médecin hygiéniste de 2017 à 2021.

En plus d'exercer ses pouvoirs prévus dans la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et de la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario*, en août 2021, le médecin hygiéniste en chef a commandé la création du Comité consultatif ontarien de l'immunisation (CCOI), qui a reçu le mandat de conseiller Santé publique Ontario sur la mise en œuvre des programmes d'immunisation dans la province, y compris les vaccins contre la COVID-19.

Les conseils et l'expertise du médecin hygiéniste en chef ont permis d'éclairer les mesures provinciales afin qu'elles soient adaptées et proportionnelles à la nature évolutive de la COVID-19. Les mesures prévues incluaient les suivantes :

- La publication de la directive no 6 (en vertu de l'article 77.7 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*), qui oblige les hôpitaux et les fournisseurs de soins à domicile et en milieu communautaire à se doter d'une politique de vaccination contre la COVID-19 pour

les employés, les entrepreneurs, les étudiants et les bénévoles ainsi que de services d'ambulance pour les ambulanciers paramédicaux.

- La publication d'instructions, en vertu de la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario*, exigeant que les milieux à risque élevé établissent et mettent en œuvre des politiques de vaccination. Ces milieux comprennent les établissements d'enseignement postsecondaire, les maisons de retraite autorisées, les refuges pour femmes, les foyers de groupe de soins en milieu collectif et les programmes de jour pour adultes ayant des troubles du développement, les centres de traitement pour enfants et d'autres services pour enfants ayant des besoins spéciaux, les établissements pour enfants autorisés, les conseils scolaires financés par le gouvernement de l'Ontario, les écoles privées et les services de garde agréés.
- Les exigences selon lesquelles les clients doivent fournir une preuve de vaccination complète pour avoir accès à certaines entreprises et à certains milieux (p. ex. certificats de vaccination).
- L'élaboration et la publication du *Plan pour un déconfinement prudent en Ontario et le contrôle à long terme de la COVID-19* (le Plan). Le Plan décrivait l'approche progressive de la province pour lever les mesures restantes de santé publique et de sécurité en milieu de travail d'ici mars 2022, orientée par l'évaluation continue des principaux indicateurs de santé publique et de soins de santé et appuyée par des représentants locaux ou régionaux.

Toutes les mesures de santé publique et de sécurité au travail prises en vertu de la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario* avaient été levées le 27 avril 2022. D'autres mesures en vertu de l'ordonnance et des directives du médecin hygiéniste en chef sont demeurées en vigueur jusqu'au 11 juin 2022. Le Ministère a indiqué que le médecin hygiéniste en chef continuerait d'évaluer la nécessité de toute mesure future de santé publique.

- *raffermisse les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef, en phase avec les pouvoirs décisionnels propres*

aux postes équivalents en Colombie-Britannique et au Québec, comme tirer au clair dans la loi le rôle du médecin hygiéniste en chef et autoriser explicitement ce dernier à émettre des directives aux parties en cause dans les situations d'urgence.

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons observé que le médecin hygiéniste en chef avait émis cinq directives destinées aux fournisseurs et entités du secteur des soins de santé, comme l'exigence du recours à l'équipement de protection individuelle et les précautions que doivent prendre les hôpitaux. Cependant, il n'a pas émis de directives aux médecins hygiénistes locaux ni en leur nom, afin que les bureaux de santé publique interviennent avec cohérence face à la pandémie de COVID-19. En Colombie-Britannique ou au Québec, les agents de santé publique pouvaient émettre des directives ou promulguer des ordonnances visant des personnes, quelles qu'elles soient, afin qu'elles prennent des mesures ou s'abstiennent d'en prendre.

Lors de notre suivi, le Ministère nous a informés que les travaux visant à raffermir les pouvoirs du médecin hygiéniste en chef seront examinés dans le cadre de l'examen de la modernisation de la santé publique, qui a été mis en veilleuse, comme il est indiqué dans la **recommandation 1**. Par conséquent, aucun travail particulier n'a été entrepris pour donner suite à cette recommandation et le moment où il le sera n'a pas encore été confirmé.

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

Recommandation 3

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

- demandent à Santé publique Ontario de préparer immédiatement une directive à propos du recours opportun principe de précaution, ce que la Commission sur le SRAS a qualifié de leçon la plus importante tirée de la crise du SRAS, et dans laquelle il est stipulé que les décideurs ne peuvent attendre d'avoir des preuves scientifiques irréfutables avant de prendre des mesures raisonnables pour atténuer les risques et protéger la santé de la population ontarienne;

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que la Commission sur le SRAS avait indiqué, dans son rapport final, que le principe de précaution – la nécessité d'agir s'il existe une preuve suffisante d'une menace imminente de préjudice public – constituait la leçon la plus importante tirée du SRAS. Toutefois, le Ministère n'avait pas mis ce principe pleinement en application pour limiter les répercussions de la COVID-19 sur les Ontariens, contrairement à ce qu'avaient fait d'autres provinces.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère n'avait pas demandé à Santé publique Ontario d'examiner les lignes directrices sur l'utilisation du principe de précaution. Le Ministère a indiqué qu'il se penchera de plus près sur cette recommandation dans le cadre de ses examens des efforts d'intervention de la province en réponse à la pandémie de COVID-19. Comme indiqué à la **recommandation 1**, le Ministère a déclaré au moment de notre suivi qu'aucun calendrier n'avait été établi pour entreprendre l'examen.

Le Ministère a indiqué que ses efforts d'intervention en cas de pandémie étaient fondés sur une approche prudente, assurant que les décisions n'avaient pas été retardées par l'absence de certitude scientifique complète dans l'examen des cas de risque ou de préjudice irréversible.

Par exemple, les Directives nos 1, 4 et 5 du médecin hygiéniste en chef visaient à protéger la santé et la sécurité des travailleurs de la santé lorsqu'ils utilisent des vêtements, de l'équipement ou des dispositifs de protection. L'orientation énoncée dans ces directives

a été élaborée en étroite consultation avec Santé publique Ontario, et le médecin hygiéniste en chef a tenu compte du principe de précaution dans l'émission de ces directives. Lors de l'émission d'une directive, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* stipule que le médecin hygiéniste en chef doit tenir compte du principe de précaution lorsque, à son avis, il existe ou pourrait y avoir éclosion d'une maladie infectieuse ou transmissible et que la directive proposée porte sur les vêtements ou l'équipement de protection des travailleurs.

Le Ministère prévoit de continuer d'appliquer comme il se doit le principe de précaution aux interventions subséquentes.

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

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons relevé que même si le Groupe de commandement pour le secteur de la santé (maintenant appelée le Groupe de coordination pour le secteur de la santé) mentionnait le principe de précaution comme principe directeur dans son mandat, le Groupe aurait pu prendre des mesures plus tôt à plusieurs égards afin de réduire la propagation de la COVID-19 et les décès connexes. Notamment, il a tardé à communiquer des conseils aux Ontariens relativement aux déplacements non essentiels, à reconnaître la transmission communautaire de la COVID-19, à exiger que le personnel des foyers de soins de longue durée porte de l'équipement de protection individuelle, à interdire leurs déplacements entre plusieurs établissements et à émettre une ordonnance d'urgence pour les maisons de retraite.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avaient appuyé les membres du Groupe de coordination pour le secteur de la santé et les principaux décideurs dans la mise en application et l'observation du principe de précaution en tant que principe directeur à l'avenir. Par exemple, le Groupe

de coordination pour le secteur de la santé a offert une tribune aux principaux décideurs et dirigeants pour discuter de questions urgentes, y compris l'examen des recommandations concernant la capacité d'accueil aux soins intensifs, les traitements de la COVID-19, la planification saisonnière, les stratégies de dépistage, les ressources humaines en santé, les variants préoccupants, la gestion des éclosions et l'augmentation du taux de vaccination. Ces discussions ont également porté sur l'importance de suivre le principe de précaution pour s'assurer que les décisions ne sont pas retardées par l'absence de certitude scientifique complète dans l'examen des cas de risque ou de préjudice irréversible.

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

Recommandation 4

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

- *observe en temps voulu les conseils et recommandations en matière de santé publique que formulent Santé publique Ontario et le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage à l'avenir;*
État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que le but de la mise sur pied du Groupe de commandement pour le secteur de la santé avait pour but de servir de point unique de surveillance pour fournir un leadership exécutif et une orientation stratégique pour diriger l'intervention du système de santé provincial face à la COVID-19. Toutefois, dans certains cas, les décisions prises ne s'appuyaient pas sur les conseils des spécialistes. Par exemple, le dépistage a été étendu aux personnes ne présentant aucun symptôme ni aucune

exposition connue à la COVID-19, même si le dépistage auprès de ces groupes n'était pas étayé par des données probantes ou des conseils d'experts.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait suivi les conseils et les recommandations de santé publique de Santé publique Ontario et du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage. Par exemple, le Ministère avait aligné ses lignes directrices en matière de dépistage sur les conseils du groupe d'experts. Plus particulièrement :

- En septembre 2020, le Ministère a mis fin au dépistage de la population asymptomatique dans son ensemble et a concentré ses efforts sur le dépistage diagnostique des personnes présentant des symptômes et à risque élevé, ainsi que sur l'amélioration et le maintien des objectifs provinciaux en matière de délais d'exécution. Depuis, le Ministère a rajusté sa stratégie et ses lignes directrices en matière de dépistage pour tenir compte de la prévalence, du risque et de la capacité de dépistage de la COVID-19. Durant la vague d'Omicron, les tests diagnostiques (y compris la réaction en chaîne de polymérase ou PCR et les tests antigéniques rapides) ont été priorisés pour les populations à risque élevé.
- De même, le déploiement du dépistage rapide d'antigènes a été priorisé lors du début de la vague du variant Omicron pour les milieux les plus à risque, avec un déploiement plus large vers la mi-janvier 2022, suivi d'un accès élargi pour la population générale en février 2022, conformément aux conseils de santé publique sur le dépistage rapide d'antigènes dans un contexte d'incidence élevée de la COVID-19.
- Tout au long de 2021, les recommandations de Santé publique Ontario et du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage ont été prises en compte dans les directives provinciales sur le dépistage rédigées par le Bureau du médecin hygiéniste en chef. Le ministère de la Santé et les ministères partenaires ont utilisé ces directives pour éclairer les stratégies et les initiatives de dépistage, comme le dépistage rapide dans les écoles et les collectivités éloignées.

À mesure que la pandémie de COVID-19 évolue, le rétablissement de l'Ontario face au variant Omicron et les réponses aux futurs variants continueront d'être éclairés par les conseils et les recommandations de Santé publique Ontario, du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage et d'autres groupes.

- *approuve, conformément aux conseils formulés par le Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage, l'élimination de l'exigence de dépistage de la COVID-19 chez les visiteurs des foyers de soins de longue durée et des maisons de retraite qui sont asymptomatiques et sans exposition connue à la COVID-19 dans les 14 jours suivant leur visite;*
État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que le 5 juillet 2020, le sous-comité du Comité d'experts chargé de la stratégie de dépistage avait recommandé au médecin hygiéniste en chef de cesser le dépistage auprès des personnes asymptomatiques et de ne plus obliger les visiteurs des foyers de soins de longue durée à passer un test de dépistage de la COVID-19 afin d'éviter d'alourdir le système de laboratoires avec un nombre accru de tests à analyser. Le Comité avait indiqué que cette exigence en matière de dépistage offrait une assurance limitée parce qu'un visiteur pouvait quand même développer la COVID-19 après avoir reçu un résultat négatif au test. Malgré ces recommandations, ce n'est que le 25 septembre 2020 qu'on a révisé les critères de dépistage pour la population en général, tandis que les critères de dépistage relatifs aux visiteurs des foyers de soins de longue durée sont demeurés inchangés. Parallèlement, au moment de notre audit de 2020, il n'y a ni dépistage des personnes asymptomatiques sans exposition connue à la COVID-19, ni exigence préalable de dépistage de la COVID-19 chez les visiteurs des foyers de soins de longue durée en Colombie-Britannique.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le 16 juillet 2021, le ministère des Soins de longue durée avait éliminé les exigences relatives au dépistage pour les personnes entièrement vaccinées, conformément à la recommandation du Comité d'experts chargé de la

stratégie de dépistage. Le ministère des Soins de longue durée n'avait pas éliminé l'exigence de dépistage obligatoire pour les visiteurs n'ayant eu aucune exposition connue à la COVID-19, car les conseils du Comité d'experts avaient évolué sur la foi de nouvelles données probantes scientifiques.

La mise à jour des exigences en matière de dépistage a été effectuée dans le cadre d'une directive du ministre intitulée *COVID-19 : Tests de dépistage en foyers de soins de longue durée et accès aux foyers*. Cette directive indiquait qu'à compter du 16 juillet 2021, les personnes entièrement immunisées ne seraient plus assujetties aux exigences relatives aux tests de dépistage visant les personnes asymptomatiques lorsqu'elles se rendent dans un foyer de soins de longue durée. Si une personne choisit de ne pas divulguer son statut de vaccination, les exigences relatives aux tests de dépistage énoncées dans la directive continuent de s'appliquer. Depuis le 17 décembre 2021, en réponse au variant Omicron et aux conseils d'experts, les exigences relatives au dépistage auprès de tous les groupes ont été rétablies (c'est-à-dire qu'on a éliminé l'exemption relative au test de dépistage pour les personnes entièrement immunisées).

Étant donné que les conseils de santé publique concernant le dépistage auprès des personnes asymptomatiques ont changé de façon périodique, le ministère des Soins de longue durée continuera de travailler en étroite collaboration avec le Bureau du médecin hygiéniste en chef pour mettre à jour, au besoin, les exigences relatives aux tests de dépistage en lien avec les établissements de soins de longue durée, à la lumière des plus récentes données scientifiques et d'autres facteurs de risque pertinents.

- *continue de passer en revue le Cadre d'intervention pour la COVID-19 : Garder l'Ontario en sécurité et ouvert et de donner des conseils à propos des modifications à y apporter, compte tenu des conseils donnés par Santé publique Ontario et de la rétroaction du Groupe des mesures de santé publique et des bureaux de santé publique.*

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Dans notre audit de 2020, nous avons constaté que bien qu'on ait demandé à Santé publique Ontario de donner des conseils sur les indicateurs épidémiologiques possibles de la version provisoire du Cadre d'intervention pour la COVID-19 du gouvernement provincial, la version finale ne comportait pas tous les indicateurs prescrits et était globalement plus laxiste que ce que Santé publique Ontario avait recommandé.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère a continué d'examiner et de rajuster les plans de préparation et les étapes de réouverture tout en tenant compte des nouvelles recherches, des tendances mondiales, de la prévalence, des taux de vaccination et de la gravité de la COVID-19. Par exemple :

- En mai 2021, le Ministère a publié le *Plan d'action pour le déconfinement*, un plan en trois étapes visant à orienter le déconfinement progressif et sécuritaire de la province et la levée des mesures de santé publique en fonction du taux de vaccination à l'échelle de la province et de l'amélioration des principaux indicateurs de santé publique et du système de soins de santé. L'Ontario est passé à l'étape 3 du Plan d'action le 16 juillet 2021 et a ensuite instauré les mesures de santé publique et de sécurité en milieu de travail suivantes, fondées sur les conseils du médecin hygiéniste en chef :
 - exiger des clients qu'ils fournissent une preuve qu'ils sont entièrement vaccinés contre la COVID-19 pour avoir accès à certains commerces et établissements (certificats de vaccination);
 - éliminer les exigences relatives aux limites de capacité et à la distanciation physique dans certains milieux, y compris dans les milieux où une preuve de vaccination est requise.
- En octobre 2021, le gouvernement a publié, en consultation avec le médecin hygiéniste en chef, le *Plan pour un déconfinement prudent en Ontario et le contrôle à long terme de la COVID-19* (le Plan). Le Plan décrit l'approche progressive de la province pour lever les mesures de santé publique et de sécurité en milieu de travail restantes

d'ici mars 2022, en se fondant sur les conseils du médecin hygiéniste en chef.

- Le 20 janvier 2022, le gouvernement a mis à jour le Plan et a indiqué son intention de lever progressivement la plupart, sinon de la totalité, des mesures de santé publique et de sécurité au travail d'ici la fin de mars 2022. Les mesures ont été levées progressivement jusqu'au 1^{er} mars 2022.
- Le médecin hygiéniste en chef a donné des conseils sur le plan de l'Ontario pour vivre avec la COVID-19 et la gérer, notamment de lever la plupart des mesures de santé publique et de sécurité au travail d'ici le 21 mars 2022 et de lever toutes les mesures prises en vertu de la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario* d'ici le 27 avril 2022.

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

Recommandation 5

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

- *que toutes les réunions du Groupe de commandement pour le secteur de la santé soient tenues par vidéoconférence ou en personne (lorsque les mesures de distanciation physique et de santé publique peuvent être respectées) après la rationalisation de sa structure (voir la Recommandation 1);*

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que toutes les réunions du Groupe de commandement pour le secteur de la santé (maintenant appelée le Groupe de

coordination pour le secteur de la santé) avaient eu lieu par téléconférence de la fin de février à juillet 2020.

Ce n'est qu'à partir du 14 juillet 2020 qu'elles ont commencé à être tenues par vidéoconférence. Le nombre de participants au Groupe de commandement pour le secteur de la santé a augmenté ultérieurement pour atteindre 83 participants le 31 août 2020; de plus, les conseils donnés au ministre de la Santé, au premier ministre et au Conseil des ministres l'ont été strictement en fonction d'un consensus verbal plutôt que d'un vote en bonne et due forme.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que toutes les réunions du Groupe de coordination pour le secteur de la santé étaient tenues par vidéoconférence depuis juillet 2020.

- *que le Groupe de commandement pour le secteur de la santé rédige des procès-verbaux et dresse la liste des participants aux réunions, documente les décisions clés prises (par exemple, les conseils à fournir au ministre de la Santé et au Conseil des ministres), les échéanciers, les produits livrables et les parties responsables de la distribution et de l'approbation pour tirer des leçons des décisions antérieures et en guise de référence pour les décisions futures;*
État : Ne sera pas mise en oeuvre. Bien que les décisions (y compris les conseils à la ministre de la Santé et au Conseil des ministres) ne soient pas incluses dans les dossiers du Groupe de coordination pour le secteur de la santé parce qu'il ne s'agit pas d'un groupe décisionnel, le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario continue de croire qu'il serait tout de même avantageux de documenter les décisions clés pour appuyer l'apprentissage à partir des décisions antérieures et comme source de référence pour les décisions futures.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que les discussions qui avaient eu lieu lors des réunions du Groupe de commandement pour le secteur de la santé (maintenant appelé le Groupe de coordination pour le secteur de la santé) n'étaient pas documentées en détail. De plus, on n'avait fourni aucune documentation à l'appui des opinions dissidentes. Des mesures

clés étaient consignées et distribuées à chaque réunion et le sommaire des réunions était affiché en ligne, mais il ne figurait dans le sommaire que les sujets et les thèmes de chaque réunion, sans indiquer qui y avait assisté, sur quoi portait les discussions et quelles opinions avaient été exprimées.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait documenté qui avait assisté aux réunions et précisé les mesures de suivi ainsi que les responsables et les échéanciers établis. Toutefois, le Ministère a indiqué que puisque le Groupe de coordination pour le secteur de la santé n'est pas un organe décisionnel, les décisions (y compris les conseils au ministre de la Santé et au Conseil des ministres) ne figurent pas dans ses dossiers.

- *que le Groupe central de coordination élabore une stratégie de communication avec les intervenants qui détermine les personnes à informer avant les annonces publiques et donne suffisamment de temps aux intervenants pour mettre en oeuvre immédiatement chaque décision annoncée;*

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que les bureaux de santé publique et d'autres intervenants n'étaient pas toujours informés des décisions qui ont eu une incidence sur leurs activités avant que ces décisions ne soient annoncées publiquement, de sorte qu'ils n'avaient pas pu s'y préparer en temps voulu. Parmi ces annonces figurent le début des tests de dépistage auprès des personnes asymptomatiques accessibles à toute personne désirant passer un test et la réouverture de certains services de garde.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Groupe central de coordination avait élaboré une stratégie de communication avec les intervenants pour favoriser la collaboration entre les ministères afin d'assurer la communication en temps opportun de l'information aux intervenants avant les annonces publiques. La stratégie de communication comprend les activités suivantes :

- Chaque ministère doit informer ses principaux intervenants avant les annonces publiques. Par

conséquent, le Groupe central de coordination a encouragé les ministères à mobiliser activement leurs intervenants à des intervalles réguliers et au besoin pour les aider à mettre en oeuvre les décisions du gouvernement.

- Le Groupe central de coordination a régulièrement examiné et discuté les activités d'intervention liées à la COVID-19, y compris les plans et activités de communication avec les intervenants ou le public.
- Des avis aux médias ont été émis régulièrement pour les aviser des séances d'information du médecin hygiéniste en chef et d'autres intervenants du système de santé, comme Santé Ontario. Le Groupe central de coordination a tenu des discussions avec les principaux intervenants (p. ex. les bureaux de santé publique et les hôpitaux) avant les annonces publiques.
- On a fait appel au Groupe de collaboration, l'un des sous-groupes du Groupe de coordination pour le secteur de la santé, pour informer les intervenants de l'évolution du déploiement des vaccins dans la province avant les annonces publiques.

- *que le médecin hygiéniste en chef devienne un membre permanent du Groupe central de coordination;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que le 25 mars 2020, le secrétaire du Conseil des ministres avait retenu les services d'un cabinet d'experts-conseils pour obtenir des conseils quant à la conception de la structure organisationnelle qui allait servir dans le processus décisionnel relatif à la COVID-19. Le 11 avril 2020, cette structure de commandement, le Groupe central de coordination, a été mise en place. Il était coprésidé par le secrétaire du Conseil des ministres et le chef de cabinet du premier ministre et comprenait le sous-ministre de la Santé et les sous-ministres de huit autres ministères. Cependant, les principaux responsables de la santé publique, comme le médecin hygiéniste en chef ou les principaux

représentants de Santé publique Ontario, ne faisaient pas partie de ses membres permanents.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le médecin hygiéniste en chef était devenu membre permanent du Groupe central de coordination le 16 novembre 2021. Parmi les autres membres permanents figurent le chef de cabinet du premier ministre, le secrétaire du Conseil des ministres, le secrétaire du Conseil du Trésor et le Conseil de gestion du gouvernement, le sous-ministre de la Santé et deux sous-ministres (Politiques et mise en œuvre et Communications) du Bureau du Conseil des ministres.

Auparavant, le médecin hygiéniste en chef ou les délégués et représentants de Santé publique Ontario et de Santé publique Ontario assistaient régulièrement aux réunions du Groupe central de coordination lorsque les points à l'ordre du jour nécessitaient leur expertise.

- *que tous les conseils donnés au premier ministre et au Conseil des ministres par le médecin hygiéniste en chef et le Groupe des mesures de santé publique sur les mesures de santé publique (comme les conseils sur l'opportunité d'imposer ou d'assouplir les mesures de santé publique dans la province) soient rendus publics.*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que certains indicateurs et renseignements précis qui intervenaient dans les décisions d'imposer ou d'assouplir les mesures de santé publique n'étaient pas rendus publics de façon claire. Le 27 avril 2020, l'Ontario a publié le document *Un cadre visant le déconfinement de la province*. Toutefois, aucun de ces indicateurs ne comportait d'objectif précis permettant de déterminer s'il était possible d'assouplir les mesures de santé publique ou s'il fallait plutôt les raffermir.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que les conseils donnés au premier ministre et au Conseil des ministres par le médecin hygiéniste en chef sur les mesures de santé publique avaient été communiqués publiquement par différents moyens. Par exemple :

- L'information relative aux mesures de santé publique a été communiquée dans des communiqués de presse à l'échelle de la province par l'entremise du site Web Salle de presse du gouvernement de l'Ontario, résumant les plus récents développements concernant les efforts d'intervention de la province en cas de pandémie.
- De l'information sur les mesures de santé publique a également été communiquée lors des points de presse du médecin hygiéniste en chef.
- Le médecin hygiéniste en chef a communiqué directement avec la population au moyen de points de presse, qui ont eu lieu tous les jours, toutes les deux semaines (deux fois par semaine) ou toutes les semaines jusqu'en mars 2022. La plupart des mesures de santé publique ayant été levées en avril 2022, le médecin hygiéniste en chef a donné des points de presse, au besoin, pour tenir la population informée des développements ou des enjeux importants liés à la pandémie.

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

Recommandation 6

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

- *surveiller et évaluer de façon continue la capacité d'accueil des hôpitaux et les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, à la fois à l'échelle de la province et par région, afin de trouver des moyens de réduire l'arriéré de ces interventions;*

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que le 19 mars 2020, le médecin hygiéniste en chef avait émis une directive à l'intention des fournisseurs de soins de santé, dont les hôpitaux, exigeant l'interruption ou la réduction à un niveau minimal des services ni essentiels ni urgents, jusqu'à nouvel ordre. Cette directive a empêché de nombreux patients d'avoir accès à des services médicaux courants ou non urgents pendant environ 10 semaines, ce qui s'est traduit par des arriérés considérables dans le système de soins de santé.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que les mesures de la capacité du système de soins de santé, y compris la capacité en lits d'hôpital et l'information sur les chirurgies prévues, avaient été examinées lors des réunions du Groupe de coordination pour le secteur de la santé.

Le ministère de la Santé a continué de surveiller et d'évaluer la capacité en lits d'hôpital et les temps d'attente pour les chirurgies non urgentes dans la province et par région. Il reçoit des données et des mises à jour deux fois par semaine sur la capacité en lits des hôpitaux, la modélisation prédictive hebdomadaire sur la capacité des hôpitaux et des unités de soins intensifs (USI), et des mises à jour hebdomadaires sur les temps d'attente pour les chirurgies à l'échelle de la province. Cette information a servi à élaborer une méthodologie de répartition de la capacité hospitalière en fonction des temps d'attente et du nombre de patients qui attendent en dehors des délais recommandés sur le plan clinique. Les données sur les chirurgies suivantes ont été surveillées et évaluées afin de trouver des façons de réduire les arriérés de chirurgies :

- Données cumulatives sur le nombre de chirurgies comparant les nombres des chirurgies oncologiques, non oncologiques, cardiaques et pédiatriques pendant la pandémie et avant la pandémie
- Données cumulatives sur le volume de chirurgies à l'échelle régionale pendant la pandémie et avant la pandémie;
- Tendances mensuelles des volumes et des temps d'attente par aire de service;

- Tendances hebdomadaires des arriérés, des cas terminés, des temps d'attente du 90e percentile et du pourcentage de cas traités dans les délais cibles
- Tendances hebdomadaire du volume de chirurgies par niveau de priorité et par aire de service;
- Tendances mensuelles des heures d'utilisation des salles d'opération
- Tendances hebdomadaire des inscriptions sur les listes d'attente créées dans le Système d'information sur les temps d'attente, le système d'information provincial utilisé pour normaliser le suivi et la déclaration des temps d'attente pour les interventions chirurgicales et des services d'imagerie diagnostique comme la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Le Ministère continuera d'utiliser les meilleures données internationales disponibles pour éclairer la modélisation effectuée pour l'Ontario concernant les répercussions prévues sur les hospitalisations et les admissions dans les unités de soins intensifs au cours des prochaines vagues de COVID-19.

- *évaluer les conséquences de l'interruption ou de la réduction des chirurgies non urgentes pour les hôpitaux et pour les patients, et tenir compte des variations régionales dans la capacité d'accueil des hôpitaux et dans les taux d'infection à la COVID-19 aux fins des directives futures;*

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que l'arrêt des services hospitaliers non essentiels a occasionné un arriéré considérable d'interventions chirurgicales non urgentes. Comme la capacité des hôpitaux variait dans la province, nous avons observé qu'il était possible de ramener les services hospitaliers plus rapidement dans certaines régions en déterminant où et dans quelle mesure les services médicaux non essentiels et les chirurgies non urgentes devaient être reportés.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que les répercussions de l'arrêt ou de la réduction des

chirurgies non urgentes sont prises en compte avant que l'on décide d'arrêter les chirurgies et les interventions planifiées non urgentes. Ces décisions ont été fondées sur la modélisation et les projections disponibles du nombre de lits nécessaires pour accueillir les patients atteints de la COVID-19 en plus des autres patients gravement malades.

La directive no 2 du médecin hygiéniste en chef, exigeant l'arrêt de certaines activités cliniques (comme les chirurgies et interventions non urgentes), a été émise ou réémise temporairement à trois reprises durant la pandémie (19 mars 2020; 20 avril 2021; 5 janvier 2022). Chaque fois, la durée d'application de la directive no 2 était aussi courte que possible et se limitait à la période nécessaire pour réduire au minimum les répercussions de l'arrêt ou de la réduction des chirurgies non urgentes. Lorsqu'elle était en vigueur, la directive no 2 énonçait des principes directeurs à l'intention des cliniciens pour réduire au minimum le risque de préjudice aux patients et assurer l'équité.

Lorsque le variant Omicron est apparu en décembre 2021, le ministère de la Santé a utilisé les meilleures données internationales disponibles pour éclairer la modélisation des répercussions prévues sur les hospitalisations et les admissions aux soins intensifs pour l'Ontario. Les données en temps réel, les projections et la modélisation de la pression prévue qu'exercerait le variant Omicron sur le système de soins de santé ont entraîné une nouvelle période de vigueur de la directive no 2 le 5 janvier 2022, en reconnaissant ses répercussions sur le rétablissement après une intervention chirurgicale.

Le 10 février 2022, la province a annulé la directive no 2. Cette décision a été prise au terme d'une évaluation du système de soins de santé et des indicateurs de santé publique, y compris, mais sans s'y limiter, la positivité des analyses en laboratoire, les éclussions dans les milieux à risque élevé et les tendances des eaux usées. La province a présenté un plan pour la reprise graduelle des procédures chirurgicales et des interventions dans les hôpitaux. Ce plan tient compte des variations régionales dans la capacité hospitalière et assure un accès équitable continu aux soins hospitaliers

à l'échelle de la province en maximisant l'utilisation des ressources disponibles et le partage des charges entre les régions.

Le Ministère continuera d'utiliser les meilleures données internationales disponibles pour éclairer la modélisation pour l'Ontario des répercussions prévues des vagues futures de COVID-19 sur les hospitalisations et les admissions aux soins intensifs.

- *évaluer régulièrement les données socioéconomiques sur les cas de COVID-19 afin de déterminer quelles sont les personnes courant davantage le risque de contracter la COVID-19 et quels sont les endroits où il existe un risque plus élevé de transmission communautaire;*

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que le nombre de cas de COVID-19 dans les populations marginalisées ou racialisées de l'Ontario était plus élevé que dans d'autres populations, de même que les taux d'hospitalisation et de décès dus à la COVID-19. Malgré les recommandations des responsables du secteur de la santé en avril 2020, le ministère de la Santé n'avait commencé à recueillir des données sociodémographiques et raciales sur les cas COVID-19 à l'échelle de la province que le 26 juin 2020.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait régulièrement évalué les collectivités ou les groupes à risque et leur avait fourni un soutien approprié.

Le 21 décembre 2020, le gouvernement a présenté la Stratégie pour les collectivités prioritaires. Dans le cadre de cette initiative, le Ministère a versé des fonds aux organismes responsables locaux pour qu'ils collaborent avec Santé Ontario, les bureaux de santé publique, les municipalités et d'autres partenaires communautaires afin d'offrir des interventions clés dans les quartiers les plus durement touchés de la province.

De plus, le Règlement 569 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* stipule que les bureaux de santé publique recueillent des données sociodémographiques précises comme la race, le revenu et la langue pour les cas confirmés de COVID-19.

Le Ministère a également entrepris des efforts géographiquement ciblés dans les collectivités à risque suivantes :

- les régions où le taux d'hospitalisation est élevé et où le taux de vaccination est faible;
- les régions où la capacité des pharmacies est faible;
- les secteurs identifiés dans la stratégie ciblée pour les collectivités prioritaires (ceux ayant des taux élevés de COVID-19, une forte concentration ethnique et d'importantes difficultés matérielles);
- les bureaux de santé publique où le taux de vaccination pédiatrique est faible;
- les collectivités comptant de grandes populations autochtones.

Le Ministère continue également de collaborer avec les ambassadeurs communautaires embauchés dans le cadre de la stratégie ciblée pour les collectivités prioritaires afin de traduire les documents d'orientation et de les distribuer à titre de ressources éducatives dans les collectivités à risque. Ces documents comprennent, sans s'y limiter, des renseignements culturellement pertinents sur les vaccins, les cliniques, les tests et les aiguillages vers les services.

- *mettre en œuvre des initiatives de sensibilisation, de dépistage et de recherche des contacts ainsi que d'autres initiatives qui donnent suite aux besoins des personnes courant un risque plus élevé de contracter la COVID-19.*

État : Entièrement mise en œuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que les immigrants et les personnes vivant dans des régions où les concentrations ethniques étaient plus élevées étaient plus à risque de contracter la COVID-19. Toutefois, comme le Ministère n'avait commencé à recueillir des renseignements fondés sur la race sur les personnes ayant testé la COVID-19 que le 26 juin 2020, il ne disposait pas de renseignements suffisants pour mettre de l'avant des mesures visant les populations les plus à risque.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait mis en œuvre les initiatives suivantes pour répondre aux besoins des personnes présentant un risque plus élevé de contracter la COVID-19 :

- Le 21 décembre 2020, le Ministère a annoncé la stratégie ciblée pour les collectivités prioritaires, qui accorde du financement aux organismes responsables locaux pour qu'ils travaillent en partenariat avec Santé Ontario, les bureaux de santé publique, les municipalités et d'autres partenaires communautaires afin d'offrir des interventions clés pour soutenir les quartiers les plus durement touchés de la province à Durham, Peel, Toronto, York, Ottawa et Windsor. Parmi ces interventions, mentionnons la sensibilisation et la mobilisation communautaires ainsi que l'accès accru aux tests de dépistage et à la vaccination. Ces interventions visent à favoriser l'auto-isolement des personnes déclarées positives, qui ont été en contact étroit avec des patients atteints de la COVID-19 ou qui attendent les résultats d'un test de dépistage, et à atténuer les répercussions négatives de la COVID-19 sur les collectivités vulnérables et marginalisées. La Stratégie pour les collectivités prioritaires continuera également d'appuyer les collectivités les plus à risque en leur offrant des mesures de soutien au rétablissement.
- Dans le cadre de l'initiative de gestion des cas et de recherche des contacts, le Ministère a continuellement évalué les collectivités en fonction de l'évolution des besoins afin d'offrir des mesures de soutien aux personnes qui sont plus à risque de contracter la COVID-19 parce qu'elles vivent dans une région aux prises avec une flambée des cas. Le Ministère offre également un soutien en cas d'urgence aux bureaux de santé publique, qui peuvent avoir accès à des gestionnaires de cas et à des dépisteurs de contact financés par la province en consultant un répertoire central ou en demandant un soutien direct assigné.
- La Ligne d'information provinciale sur le dépistage et l'isolement (LIPDI) a été lancée en janvier 2022 pour fournir aux membres du

public des renseignements sur les directives récentes concernant les exigences en matière de dépistage et d'isolement. Le numéro de téléphone de la ligne a également été communiqué aux bureaux de santé publique et aux personnes qu'ils servent. L'Initiative de recherche des contacts, une collaboration entre Statistique Canada et Santé publique Ontario, était en fonction entre avril 2020 et février 2022, lorsque le dépistage des contacts n'était plus effectué dans la province. Le protocole d'entente entre Santé publique Ontario et Statistique Canada est demeuré actif jusqu'au 31 décembre 2022, au cas où une augmentation du nombre de cas obligerait la province à reprendre le dépistage des contacts.

- Le 9 février 2022, le Ministère a annoncé une initiative ciblée de distribution de tests antigéniques rapides en partenariat avec les organismes responsables des collectivités prioritaires et les fournisseurs de soins primaires communautaires. Ainsi, les personnes vivant dans des collectivités prioritaires ont accès à des tests gratuits par l'entremise de partenaires locaux existants comme les centres communautaires, les centres de santé communautaire, les lieux de culte et les banques alimentaires.

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

Recommandation 7

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

- examine, améliore et mette à jour annuellement les plans d'urgence en santé existants (le Plan d'intervention d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Plan ontarien

d'intervention en cas de pandémie de grippe (ou le Plan ontarien d'intervention en cas de grippe, une fois ce dernier mis en oeuvre);

État : En voie de mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2023.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que le Plan d'intervention d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Plan ontarien d'intervention en cas de pandémie de grippe n'avaient pas été mis à jour depuis 2013. Puisque les deux plans d'intervention susmentionnés étaient périmés, on n'a pu définir clairement ni attribuer par anticipation les rôles et responsabilités dans la réponse à une pandémie avant la pandémie de COVID-19.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le ministère de la Santé procédait toujours à l'examen des efforts de réponse de la province à la pandémie de COVID-19. Ces travaux éclaireront toute mise à jour future des plans d'intervention en cas d'urgence sanitaire existants.

La gestion de la réponse par le Ministère comprenait l'élaboration de près de 100 documents d'orientation portant à la fois sur les recommandations de santé publique et cliniques (p. ex. gestion des cas et des contacts, lignes directrices sectorielles, tests de dépistage, outils et ressources en matière de vaccins). Les documents d'orientation sont mis à jour à mesure que des preuves sont recueillies. Par exemple, le document « Personnes entièrement vaccinées contre la COVID-19 : Document d'orientation provisoire sur la gestion des cas, des contacts et des éclosions » a été publié en mai 2021 et mis à jour en août 2021 et en octobre 2021. Il a fourni des recommandations cliniques et de santé publique mises à jour pour compléter un document antérieur intitulé « Gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19 en Ontario ».

Le ministère des Soins de longue durée élabore sa propre division/direction du programme de gestion des situations d'urgence et son plan d'urgence en vue de se conformer aux 16 exigences de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence*. Pour l'année civile 2021, le ministère des Soins de longue durée a déjà réalisé un plan de continuité des opérations ainsi

qu'un exercice annuel de simulation d'une situation d'urgence pour valider ce plan. Le ministère des Soins de longue durée collaborera également avec le ministère de la Santé et d'autres ministères, le cas échéant, pour établir les liens nécessaires entre leurs plans d'urgence respectifs.

La nouvelle *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée* exige que tous les foyers de soins de longue durée aient un plan d'urgence en cas de pandémie ou d'épidémie et une attestation annuelle concernant les exigences du plan. Le ministère des Soins de longue durée a proposé un règlement en vertu de cette loi qui élargira les exigences des plans, y compris la nécessité de consulter régulièrement les partenaires du système de soins de santé. De plus, le ministère des Soins de longue durée a élaboré un manuel de planification des urgences, qui a été publié en mai 2022, à l'appui de la nouvelle loi et du règlement connexe.

Le ministère de la Santé et le ministère des Soins de longue durée s'attendent à ce que leurs plans d'intervention d'urgence soient conformes aux exigences de la *Loi sur la protection civile et la gestion des situations d'urgence* d'ici la fin de mars 2023.

- *mette en oeuvre le Plan ontarien d'intervention en cas de grippe et mette continuellement à jour l'information à mesure que les leçons sont tirées de la COVID-19, y compris des directives précises à l'intention des fournisseurs de soins de santé et des sous-secteurs comme les soins de longue durée et les hôpitaux.*

État : En voie de mise en oeuvre d'ici le 31 mars 2023.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que l'introduction du Plan ontarien d'intervention en cas de pandémie de grippe de 2013 indiquait qu'il s'agissait de « la dernière version du [Plan de lutte contre la pandémie de grippe] ». Le Plan ontarien d'intervention contre la grippe (POIG) le remplacera éventuellement. Selon ce nouveau plan, le système de soins de santé provincial, au lieu de se préparer à une pandémie de grippe, établira des interventions efficaces contre la grippe saisonnière et intensifiera ces interventions en cas de

pandémie. Toutefois, lorsque la COVID-19 a frappé l'Ontario en 2020, sept ans après le premier POIG proposé par le Ministère, ce plan n'était toujours pas en place. Le Ministère nous a informés que les travaux sur le plan sont toujours en attente.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que même si le Ministère n'avait toujours pas mis en œuvre le POIG, il avait mis à jour l'information de façon continue au fur et à mesure que des leçons étaient tirées de la gestion de la COVID-19.

De plus, le Ministère a indiqué qu'avec l'émergence de la COVID-19, la mise en œuvre du POIG aurait eu une utilité limitée puisqu'il cible surtout les éclosions de grippe. Ainsi, le Ministère a plutôt choisi de créer des documents de planification dans la lutte contre le nouveau virus qui pourraient être adaptés à de nombreuses maladies infectieuses différentes (p. ex. la grippe, le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, à maladie à virus Ebola). Cela permettrait d'assurer une marge de manoeuvre et l'adoption à long terme des leçons apprises pour un large éventail de menaces émergentes.

Avant de devoir intervenir en réponse à la COVID-19, le Ministère préparait un cadre de gestion des urgences intitulé *Création d'un système de soins de santé résilient, prêt à l'action*. Ce cadre vise à améliorer les structures, les compétences et la culture du système de soins de santé de l'Ontario afin que le système soit prêt à gérer les futures menaces de maladies infectieuses et à protéger les travailleurs de la santé ainsi que les Ontariennes et les Ontariens. Il sera examiné dans le contexte des leçons tirées de la COVID-19 et mis à jour en conséquence au quatrième trimestre de 2022-2023, et au besoin par la suite.

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

Recommandation 8

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

- *reprendre la modernisation de la santé publique d'une manière qui ne mine pas la capacité du*

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

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons que la réforme de la santé publique recommandée il y a plus de 15 ans n'était pas achevée. Divers rapports publiés par des experts après le SRAS en 2003 avaient révélé la nécessité de réformer le système ontarien de santé publique et avaient proposé des idées précises sur la façon de le faire, comme le regroupement des 37 bureaux de santé publique d'alors afin d'en avoir de 20 à 25. En avril 2019, le Ministère avait annoncé une proposition de modernisation du système de santé publique de l'Ontario, dont l'achèvement était prévu d'ici avril 2020. Cette proposition a cependant été mise en veilleuse, car le Ministère a accordé la priorité à son intervention face à la pandémie de COVID-19.

Ainsi, les bureaux de santé publique ont continué de fonctionner de façon indépendante et les pratiques exemplaires n'étaient pas toujours partagées.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que les consultations sur la modernisation de la santé publique avaient été suspendues à la mi-mars 2020 afin de permettre au système de santé publique de répondre à la pandémie de COVID-19. Le Ministère nous a informés qu'une fois la pandémie maîtrisée et les risques atténués, le gouvernement examinera la façon d'aller de l'avant avec le processus de modernisation.

Cette recommandation sera examinée lorsque le processus de modernisation sera repris. Aucun calendrier n'avait encore été établi au moment de notre suivi.

- *intégrer l'information recueillie lors des consultations et des enquêtes à sa modernisation de la santé publique.*

État : Peu ou pas de progrès.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté qu'en novembre 2019, le ministère de la Santé avait publié un document de travail sur la modernisation de la santé publique, soulignant plusieurs résultats attendus. Dans le cadre de consultations en personne, le Ministère a aussi commencé à solliciter les commentaires des partenaires (y compris les intervenants en santé publique, en santé d'urgence et municipaux) sur la refonte du système de santé publique afin que ce dernier soit souple, résilient, efficace et adapté aux nouveaux enjeux. Un sondage en ligne était également disponible jusqu'au 10 février 2020 pour recueillir les commentaires de la population, des agences de santé publique et des intervenants. Malgré l'ensemble des travaux et des consultations effectués, le Ministère a par la suite interrompu le processus de modernisation de la santé publique vers la mi-mars 2020 pour axer ses efforts sur la réponse à la COVID-19.

Comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, le Ministère nous a informés qu'il examinera la façon de poursuivre le processus de modernisation uniquement une fois que la pandémie de COVID-19 aura été maîtrisée et que les risques auront été atténués. Par conséquent, cette mesure recommandée ne sera examinée qu'après la reprise du processus de modernisation, bien que le Ministère ait déclaré au moment de notre suivi qu'aucun calendrier n'avait été établi.

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

Recommandation 9

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

- collabore au besoin avec d'autres ministères ou organismes afin d'affecter les ressources nécessaires pour communiquer avec tous les voyageurs pendant leur période d'auto-isolement;

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que le Ministère devait faire un suivi (par téléphone ou par courriel) auprès des voyageurs qui sont entrés au Canada et qui présentaient des symptômes de la COVID-19, identifiés par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), pour discuter des exigences relatives à l'isolement et fournir des ressources pour obtenir du soutien au besoin. Toutefois, du 5 avril au 31 août 2020, le Ministère n'avait pu joindre environ 50 % des voyageurs au sujet desquels l'ASPC lui avait transmis des données. Pareille situation était en partie imputable au manque de personnel affecté à l'exécution de ce travail.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait travaillé avec le ministre du Solliciteur général de l'Ontario, l'ASPC, l'Agence des services frontaliers du Canada et d'autres partenaires fédéraux pour renforcer la façon dont le gouvernement assure le suivi auprès des voyageurs qui rentrent en Ontario. De novembre 2020 à décembre 2021, dans le cadre de son programme de sensibilisation, le Ministère a effectué un suivi directement auprès des voyageurs pour s'assurer qu'ils recevaient des ressources et des renseignements sur les exigences en matière d'isolement et les mesures de soutien disponibles. Plus de 160 employés du secteur public ont été redéployés pour appuyer ce travail et ont effectué

plus de 127 000 appels au cours du programme de sensibilisation.

À la fin de décembre 2021, le Ministère a mis un terme au programme pour éliminer le dédoublement des activités de sensibilisation, car à l'automne 2021, l'ASPC a mis en oeuvre un programme de sensibilisation qui assure un suivi par courriel, par téléphone et en personne auprès des voyageurs qui rentrent au pays.

- porte la question à l'attention du premier ministre et de la ministre de la Santé afin qu'ils fassent comprendre au gouvernement fédéral à quel point il est important que l'Ontario reçoive le plus rapidement possible des renseignements exacts, complets et à jour sur les voyageurs;

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que les renseignements de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) n'étaient souvent pas fournis en temps opportun au ministère de la Santé ou étaient incomplets. Par exemple, environ 2,5 millions de voyageurs internationaux sont entrés en Ontario entre avril et août 2020, mais le Ministère a reçu de l'information de l'ASPC sur seulement 233 300 (soit moins de 9 %) de ces voyageurs.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que la province avait soulevé des préoccupations au sujet de la gestion des frontières par le gouvernement fédéral dans des lettres et lors de rencontres avec les homologues fédéraux concernés. À la suite de notre audit, les ministres provinciaux (y compris le ministre de la Santé et le Solliciteur général) ont envoyé des lettres aux ministres fédéraux (y compris le ministre de la Santé et le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile) leur demandant d'exiger que toutes les personnes qui entrent au Canada fournissent leurs coordonnées; de préciser les rôles et les responsabilités visant les activités de surveillance fédérales et provinciales (santé publique et application de la loi); d'élaborer une approche segmentée et fondée sur les risques pour les voyageuses et les voyageurs qui rentrent au pays; et de veiller à ce que les mesures de protection ainsi que les

ressources et le personnel appropriés du gouvernement fédéral soient en place afin de minimiser les risques.

Depuis, les ministres de l'Ontario ont continué de rencontrer leurs homologues fédéraux et de correspondre périodiquement avec eux au sujet des mesures frontalières, des tests de dépistage à l'arrivée et des mesures de suivi des voyageuses et des voyageurs par le gouvernement fédéral, compte tenu de l'évolution du paysage mondial, fédéral et provincial concernant la COVID-19. En plus de fournir des suggestions aux ministres fédéraux sur ces sujets, l'Ontario a également soulevé des préoccupations par rapport au processus fédéral concernant le suivi des voyageurs internationaux et de leur plan de quarantaine obligatoire, et suggéré des améliorations à lui apporter. Par exemple :

- Les services de police et les autorités de santé publique de l'Ontario n'ont ni les ressources ni la capacité requises pour faire un suivi de chaque personne qui traverse la frontière à destination de la province, ce qui est devenu encore plus critique puisque le pays a rouvert ses portes. Ces travaux doivent continuer d'être effectués et mis à l'échelle, au besoin, par l'Agence des services frontaliers du Canada et l'ASPC, et ils doivent disposer des ressources appropriées pour s'acquitter de cette fonction.
- Des améliorations doivent être apportées au processus fédéral actuel de suivi des voyageurs internationaux et de leur plan de quarantaine obligatoire afin de régler des problèmes comme le manque de renseignements à jour, les dossiers manquants ou les coordonnées des contacts et l'utilisation d'un système sur papier pour recueillir des données.
- *conclue une entente avec l'Agence de la santé publique du Canada pour préciser rapidement les renseignements qui sont requis sur chaque voyageur et la vitesse à laquelle les renseignements seront fournis à l'Ontario. L'entente pourrait également couvrir les responsabilités fédérales en matière de communication, de suivi et de traçage lorsque des voyageurs internationaux atterrissent dans les aéroports de l'Ontario;*

État : Pleinement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que les renseignements sur les voyageurs reçus par le ministère de la Santé de la part de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) étaient incomplets. Il manquait des précisions nécessaires comme les coordonnées des voyageurs et si ces derniers présentaient des symptômes de la COVID-19. Les dates d'arrivée au Canada étaient parfois manquantes ou inexactes. De plus, le Ministère n'avait pas obtenu les renseignements en temps opportun. Plus précisément, au cours de la période comprise entre le 5 avril et le 31 août 2020, 48 % des dossiers se rapportaient à des voyageurs dont la période d'auto-isolément de 14 jours était plus qu'à moitié écoulée. Cela signifie que la province avait tardé à confirmer si ces voyageurs avaient respecté les exigences provinciales en matière d'isolement.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère n'avait pas conclu d'entente officielle avec l'ASPC pour clarifier rapidement les renseignements requis sur chaque voyageur et dans quel délai ces renseignements seraient fournis au gouvernement de l'Ontario. Quoi qu'il en soit, à l'été 2020, le Ministère avait collaboré avec l'ASPC pour clarifier les renseignements requis sur les voyageurs, y compris l'exigence de l'ASPC selon laquelle les voyageurs qui arrivent par avion doivent fournir leurs renseignements par voie électronique afin d'améliorer et d'accélérer le partage des données. Grâce à cette collaboration, les données ont pu être obtenues en temps plus opportun.

Le Ministère a également reçu quotidiennement les coordonnées et d'autres détails des voyageurs qui ont été désignés par l'ASPC comme étant tenus de se mettre en quarantaine. De novembre 2020 à décembre 2021, le Ministère a géré un programme de sensibilisation des voyageurs pour communiquer directement par courriel et par téléphone avec les voyageurs internationaux afin de leur fournir du soutien et de l'information. À l'automne 2021, le programme fédéral de sensibilisation pour les voyageurs internationaux avait élargi sa capacité de sensibilisation en faisant un suivi auprès des voyageurs internationaux par courriel, par téléphone et en personne. Comme cela chevauchait les mesures de sensibilisation prises par l'Ontario auprès

des voyageurs, le programme provincial de sensibilisation des voyageurs internationaux a pris fin en décembre 2021.

- *demande aux bureaux de santé publique de commencer à déclarer le nombre de cas de COVID-19 liés à des contacts étroits avec des voyageurs ayant la COVID-19, et rendre cette information publique dans le cadre des résumés quotidiens et hebdomadaires sur la COVID-19.*

État : Entièrement mise en oeuvre.

Détails

Lors de notre audit de 2020, nous avons constaté que le 31 août 2020, environ 2049 (ou 5 %) des 42 421 cas de COVID-19 confirmés en Ontario étaient le résultat de voyages effectués à l'extérieur de la province. Bien que ces personnes aient probablement infecté d'autres

personnes également, l'impact et l'étendue complets de ce phénomène ne sont pas clairs pour le Ministère ou le public. Si le Ministère avait ordonné aux bureaux de santé publique de déclarer expressément les cas de COVID-19 associés à des contacts étroits avec des voyageurs ayant contracté le virus, cela aurait aidé la province et le public à mieux évaluer l'impact total des voyageurs transportant le virus qui arrivent en Ontario.

Lors de notre suivi, nous avons constaté que le Ministère avait collaboré avec les bureaux de santé publique pour déclarer sur une base quotidienne et hebdomadaire les cas confirmés de COVID-19 selon l'endroit où ils avaient probablement contracté le virus, y compris les cas liés à des voyages et à des contacts étroits avec des voyageurs. Des rapports épidémiologiques quotidiens contenant des données sur l'acquisition sont accessibles sur le site Web de Santé publique Ontario depuis le 27 mars 2020.