



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

Rapport spécial de 2020

Pourquoi avons-nous effectué cet audit?

- Au 31 août 2020, l'Ontario comptait le troisième plus grand nombre de cas et le deuxième plus grand nombre de décès par 100 000 habitants au Canada.
- Si la réponse à la COVID-19 requiert la collaboration des instances fédérales, provinciales et municipales, c'est ultimement le ministère de la Santé (le Ministère) qui est désigné responsable de cette réponse.

Pourquoi cet audit est-il important?

- La situation a été particulièrement difficile en Ontario en raison de la décentralisation du système de santé publique et des réponses tardives aux problèmes de longue date soulevés dans nos rapports d'audit antérieurs.
- L'Ontario doit appliquer plus efficacement les leçons tirées de cette pandémie qui évolue rapidement afin de mieux réagir aux vagues de la COVID-19 et aux pandémies futures.

Nos constatations

- Le 28 février 2020, le Ministère a mis sur pied un Groupe de commandement en santé pour conseiller le Cabinet et le premier ministre au sujet de la réponse de l'Ontario à la COVID-19. Ce groupe s'est agrandi et il est devenu plus complexe au fil du temps, passant de 21 membres sans sous groupe à 83 participants (32 membres et 51 autres personnes) en août 2020. Au total, plus de 500 personnes s'investissent actuellement dans le Groupe de commandement en santé et dans les sous-groupes.
- Les experts en santé publique n'ont pas joué un rôle de premier plan au sein du groupe et dans la réponse de la province. Par exemple, bien que le médecin hygiéniste en chef ait été désigné coprésident du Groupe de commandement en santé le 6 mars, son mandat n'a pas été mis à jour pour en tenir compte et il n'a présidé aucune réunion. De plus, bien que Santé publique Ontario ait été expressément créée après l'épidémie de SRAS pour fournir une expertise scientifique et technique en période d'urgence sanitaire, elle a joué un rôle plus effacé, car son expertise n'était pas toujours recherchée par le Groupe de commandement en santé.
- La création du Groupe de commandement en santé visait à permettre au Ministère de formuler des recommandations fondées sur des données probantes, à l'appui du processus décisionnel de la province relativement à la COVID-19. Toutefois, les décisions n'ont pas toujours été prises à partir des conseils d'experts. Par exemple, l'Ontario a étendu les tests pour englober les personnes ne présentant aucun symptôme et n'ayant aucune exposition connue à la COVID-19 même si les données probantes montraient que les tests sur les personnes asymptomatiques ont une valeur limitée. Le pourcentage de personnes asymptomatiques ayant obtenu un résultat positif au test de COVID-19 était négligeable (entre 0 % et 0,2 %).
- Le médecin hygiéniste en chef n'a pas utilisé tous ses pouvoirs pour donner des directives, notamment sur le port du masque, malgré le fait que la quasi-totalité des médecins hygiénistes locaux était d'avis que ce pouvoir aurait dû être invoqué. Voici quelques exemples :
 - Une directive provinciale sur le port du masque en public aurait dû être appliquée plus tôt pour assurer l'uniformité partout en Ontario. Il a fallu attendre le 3 octobre, date à laquelle le gouvernement provincial a émis un décret d'urgence (par opposition à une directive du médecin hygiéniste en chef) pour que soit exigé le port du couvre-visage dans tous les lieux publics intérieurs en Ontario (à quelques exceptions près).
 - Plutôt que d'émettre une directive concernant les travailleurs étrangers dans les exploitations agricoles, le médecin hygiéniste en chef a simplement envoyé une note de service recommandant fortement aux médecins hygiénistes locaux d'appliquer leur propre ordonnance. Seulement 13 des 34 bureaux de santé publique ont émis une telle ordonnance.
- Dans son rapport final, la Commission sur le SRAS a indiqué que le principe de précaution constituait la leçon la plus importante qui a été tirée de l'épisode de SRAS. Selon ce principe, [traduction] « s'il existe une preuve raisonnable 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. » Pourtant, le Ministère n'a pas mis ce principe pleinement en application pour agir rapidement afin de limiter les retombées de la COVID-19 sur les Ontariens. Par exemple :

- Même si la COVID-19 a été présentée comme s'étant propagée de la Chine vers des pays tels le Japon, la Corée du Sud et les États-Unis, le 22 janvier, le Centre des opérations d'urgence du Ministère (qui relève du médecin hygiéniste en chef) a estimé que le risque de COVID-19 pour les Ontariens était faible. En fait, à la fin janvier 2020, on dénombrait davantage de cas confirmés dans une vingtaine de pays, dont le Canada, où le premier cas avait été confirmé en Ontario le 27 janvier.
- Le 9 mars, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada a recommandé aux Canadiens d'éviter les croisières en raison de la COVID-19 et, le 11 mars, l'Organisation mondiale de la santé a déclaré que la COVID-19 était devenue une pandémie mondiale. Or, le 12 mars, la province a conseillé aux familles de voyager pendant la semaine de relâche, ce qui contredisait les avis des autres provinces et du gouvernement fédéral.
- Le 18 mars 2020, un médecin hygiéniste adjoint de l'un des bureaux de santé publique de l'Ontario a adressé un courriel au médecin hygiéniste en chef pour l'informer qu'il fallait de toute urgence exiger que les travailleurs dans les foyers de soins de longue durée portent le masque. Cette exigence n'a toutefois été mise en oeuvre à l'échelle de la province que trois semaines plus tard, soit le 8 avril. À ce moment, on signalait des éclosions dans 69 foyers de soins de longue durée totalisant 857 cas et 88 décès.

Conclusions

- Le ministère de la Santé ne dispose pas de systèmes et de procédures efficaces pour identifier, apprendre et réagir à la pandémie de COVID-19 de façon organisée et rapide. Le médecin hygiéniste en chef n'a pas exercé un leadership suffisant dans la réponse à la COVID-19.
- Le Ministère n'a pas dégagé, évalué et mis en oeuvre les leçons apprises aux fins d'amélioration continue, en particulier les leçons clés tirées du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).
- Le Ministère n'a pas mesuré et déclaré à temps les résultats et l'efficacité de la préparation en vue de la pandémie et de la lutte contre celle-ci.

Consultez le rapport à l'adresse www.auditor.on.ca