



Assurer la préparation des services de santé publique
face aux épidémies infectieuses et aux pandémies



RAPPORT ANNUEL 2022

Du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario à l'Assemblée législative de l'Ontario

Reconnaissance des terres

Nous souhaitons reconnaître les terres sur lesquelles nous travaillons. Depuis des milliers d'années, c'est la terre traditionnelle des Hurons-Wendats, des Sénécas et des Mississaugas de Credit. Aujourd'hui, cet endroit est toujours habité par de nombreux autochtones de toute l'île de la Tortue, et nous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion de travailler sur cette terre.

Cher Président,

J'ai le plaisir de vous présenter mon rapport annuel 2022, *Être prêt : Assurer la préparation des services de santé publique face aux écloisions infectieuses et aux pandémies*, conformément à la disposition de l'article 81.(4) de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Trois années de COVID-19 ont aggravé les effets dévastateurs de l'épidémie sur les individus, les communautés et les sociétés. Nous avons perdu trop d'êtres chers. Les Ontariens souffrent toujours des effets aigus et chroniques à long terme du virus lui-même, ainsi que des conséquences involontaires de certaines mesures utilisées pour lutter contre le virus. La province est également confrontée à de nouveaux risques de maladies infectieuses comme la MPOX, à des agents pathogènes résurgents comme la poliomyélite et la tuberculose, et au retour des épidémies saisonnières annuelles comme la grippe et le virus respiratoire syncytial (VRS). Aujourd'hui, plus que jamais, nous devons être en mesure d'identifier et de réagir rapidement aux écloisions de maladies infectieuses et aux pandémies afin que nous puissions limiter leur impact, sauver des vies et préserver la santé et le bien-être des Ontariens.



Être prêt est un appel à tirer les leçons du passé et à faire en sorte que l'Ontario soit prêt à faire face à la prochaine écloision ou pandémie, quelle qu'elle soit. Il appelle à la fin du cycle de hausses et de baisses du financement qui a laissé l'Ontario moins préparé qu'il aurait dû l'être pour la COVID-19. Il appelle également à un investissement soutenu dans la préparation contre les pandémies au fil du temps, de sorte que l'Ontario maintienne un état de préparation constant. Comme l'a noté la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario : « La planification en cas de pandémie est plus efficace lorsqu'elle est achevée et testée avant qu'une urgence ne survienne. »

Ce rapport souligne la nécessité d'investir en permanence dans l'état de préparation du secteur de la santé publique et du système de santé : les relations, la main-d'œuvre, le savoir-faire scientifique, les technologies, les systèmes, les fournitures et les autres ressources nécessaires pour détecter et gérer les écloisions. Elle plaide également en faveur d'un investissement dans la préparation de la communauté et de la société : des communautés plus saines et plus équitables qui seront plus résilientes en cas d'écloisions; et une société informée qui comprend comment et pourquoi les décisions sont prises et qui dispose des informations et du soutien dont elle a besoin pour se protéger.

Comme les rapports précédents du médecin hygiéniste en chef (MHC) de l'Ontario, *Être prêt* préconise la collecte systématique de données sociodémographiques et des efforts communautaires pour réduire les inégalités en matière de santé, ce qui, comme l'a montré la COVID-19, peut contribuer à garantir des réponses plus équitables en cas d'écloision et de pandémie.

Merci à tous les Ontariens qui ont fait des sacrifices et qui ont enduré cette période très difficile. Et mes plus sincères condoléances à tous ceux qui ont perdu des êtres chers. Nous devons tirer les leçons de cette expérience pour que l'Ontario continue d'être prêt, j'évaluerai l'état de préparation de l'Ontario aux pandémies et en rendrai compte dans les prochains rapports du MHC.

Sincèrement,

Dr. Kieran Moore

Sommaire

Synthèse	5
Apprendre du passé	9
Les arguments pour un investissement durable dans la préparation aux épidémies	13
1. Le risque d'autres éclosions et d'une nouvelle pandémie est réel et croissant.	13
2. Les coûts humains et économiques d'un manque de préparation sont trop élevés	15
3. Cette charge affecte de manière disproportionnée les populations déjà confrontées à des inégalités sanitaires	17
Une vue d'ensemble de l'état de préparation	19
I. Préparation du secteur/système.....	22
Renforcer les réseaux collaboratifs	22
Créer une main-d'œuvre qualifiée, adaptable et résiliente	25
Investir dans des tests et des diagnostics innovants d'avant-garde	27
Renforcer les systèmes de surveillance en temps réel et le savoir-faire scientifique	30
Fournir des ressources pour les interventions critique	33
Compétences en prévention et contrôle des infections	33
Fourniture fiable d'équipements de protection individuelle	35
Accès équitable et rapide aux vaccins et aux soins	35
II. Préparation de la communauté	39
Établir des partenariats communautaires durables	39
Faire participer la communauté à la création et aux essais de planification des épidémies	42
Améliorer l'équité en matière de santé et la résilience	43
III. Préparation de la société	46
Instaurer la confiance sociale et la préparation éthique	47
Améliorer la communication et lutter contre la désinformation	50
Étapes suivantes	52
Remerciements	53
Annex	54
Références	55

Synthèse

Trois ans après le diagnostic du premier cas de COVID-19, le monde lutte toujours pour s'adapter et se remettre de cette maladie. Alors que cette pandémie perdure, nous devons nous poser les questions difficiles. Si un autre agent pathogène infectieux émerge dans un avenir proche, l'Ontario sera-t-il prêt? Qu'en sera-t-il dans cinq, dix ou vingt ans?

L'histoire nous apprend qu'une fois qu'un événement comme le SRAS, la grippe H1N1 ou la COVID-19 est derrière nous, la complaisance s'installe souvent, les fonds sont réorientés et l'état de préparation diminue.

Pourtant, le risque d'épidémies graves et d'une nouvelle pandémie est réel et croissant. La croissance démographique, les pratiques d'utilisation des terres, le changement climatique, le développement du commerce international d'espèces sauvages et les voyages à l'échelle mondiale facilitent la propagation des maladies zoonotiques, comme la COVID-19, de la faune sauvage à l'homme. Parallèlement, nous assistons à la réapparition, à l'échelle mondiale et locale, d'agents pathogènes autrefois contrôlés, tels que la polio, la tuberculose et la rougeole, ainsi qu'à une augmentation des organismes résistants aux antimicrobiens, et à la possibilité d'une libération accidentelle ou délibérée d'agents pathogènes artificiels ou naturels.

Que signifie être prêt pour les épidémies de maladies infectieuses?

La durée et la gravité de l'épidémie COVID-19 ont mis en évidence les défis que représentent la maîtrise d'un virus à propagation rapide et la prise de décisions éthiques dans un monde où les ressources sont limitées. Cela a souligné l'importance cruciale du secteur de la santé publique :

- le maintien du personnel, du savoir-faire, de la technologie, des systèmes, des fournitures et d'autres outils pour suivre et contenir les maladies infectieuses.
- connaître leurs communautés et leurs environnements - qui est le plus à risque d'infection et de maladie grave - et adapter les services pour répondre à leurs besoins.
- avoir le soutien d'un public informé et engagé qui sait pourquoi et comment se protéger et protéger les autres.

La préparation est un processus qui exige un investissement soutenu dans un large éventail de relations, de compétences, de technologies, d'infrastructures et de capacités.

L'expérience de la COVID-19 a démontré que le seul moyen de ralentir ou d'arrêter les épidémies et les pandémies est l'action collective.

Bien que le secteur de la santé publique de l'Ontario soit chargé de diriger la préparation et l'intervention en cas de pandémie dans la province, la préparation est un travail d'équipe. Lors d'une épidémie de maladie infectieuse, les services de santé publique doivent travailler en étroite collaboration avec le système de soins de santé au sens large et les autres organisations responsables de la santé, notamment

les autorités sanitaires et les dirigeants autochtones, ainsi que les communautés, les écoles, les lieux de travail, les familles et les individus, et à tous les niveaux du gouvernement pour :

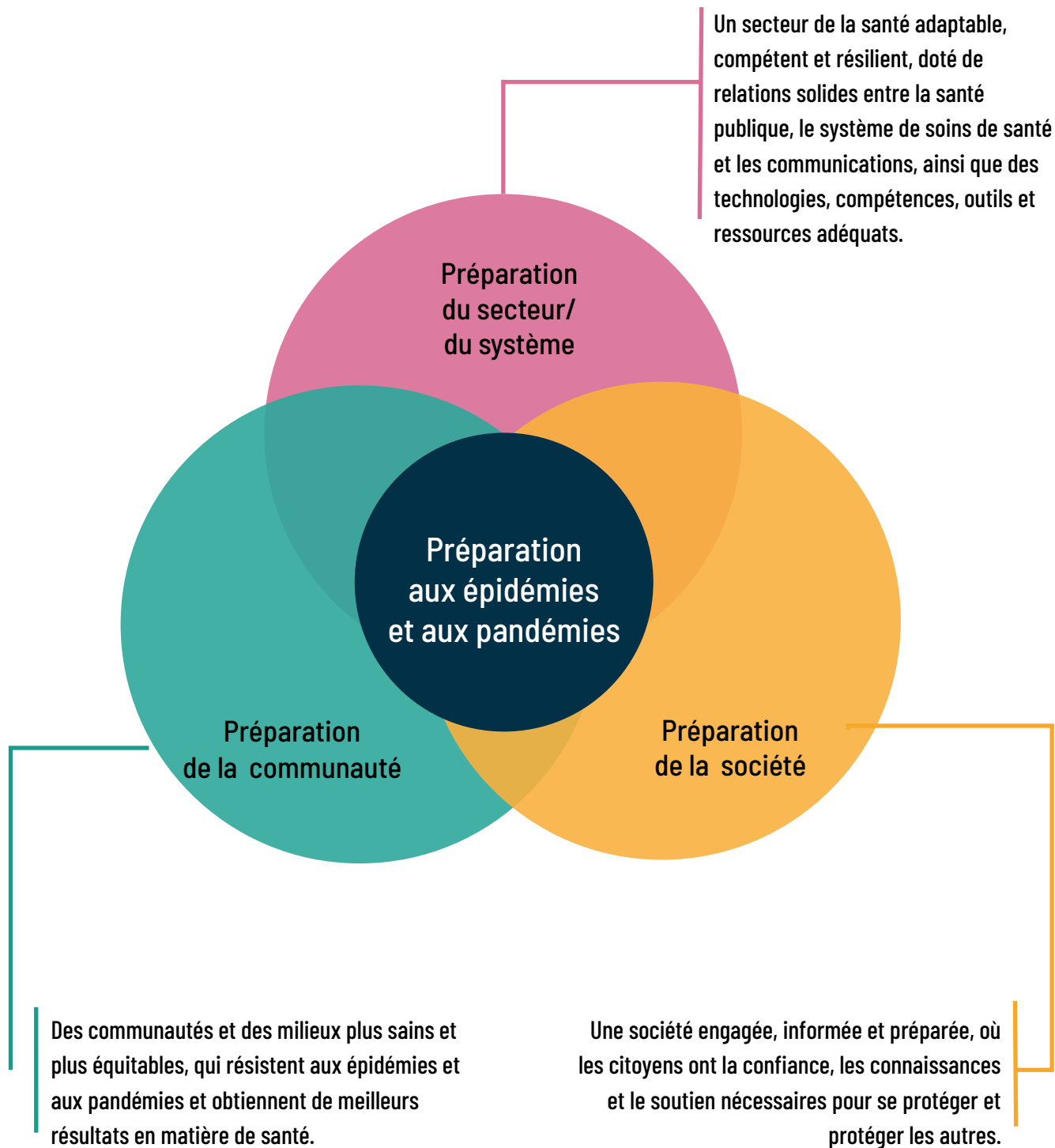
- accroître la résilience
- atteindre des objectifs communs, tels que la réduction équitable de la morbidité, de la mortalité et des perturbations sociales.

« La planification en cas de pandémie est plus efficace lorsqu'elle est achevée et testée avant qu'une urgence de santé publique ne survienne.

Rapport final, Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, 2021

Pour être prêt à faire face à la prochaine épidémie, le secteur de la santé publique de l'Ontario doit adopter une approche collective et avant-gardiste de la planification des risques pandémiques. Il doit investir durablement dans le renforcement de l'état de préparation du secteur et du système¹, de la communauté et de la société.

Figure 1 : Une vue d'ensemble de l'état de préparation



¹Dans ce rapport, le terme « secteur » désigne le secteur de la santé publique et le terme « système » désigne le système de santé au sens large.

Où devrions-nous concentrer notre attention et nos investissements au cours des 1 à 2 prochaines années?

Préparation du secteur et du système

Relations Renforcer les **réseaux de collaboration** dans l'ensemble du système de soins de santé, y compris avec les prestataires de services de santé autochtones, et développer des structures de gouvernance pour soutenir ces réseaux.

Personnes Mettre en place un **personnel de santé publique** compétent, adaptable et résilient, ayant reçu une formation polyvalente dans les compétences de base de la santé publique (par exemple, la vaccination, la lutte contre les infections, l'épidémiologie et la gestion des épidémies), avec une capacité de pointe pour répondre aux épidémies, pandémies et autres urgences tout en maintenant les services de santé publique essentiels.

Capacités et compétences en matière de dépistage Renforcer la capacité du réseau de laboratoires de l'Ontario – personnes, infrastructures et technologies – y compris Santé Publique Ontario (SPO), afin que le réseau puisse fournir un volume élevé de tests pendant une pandémie tout en continuant à fournir des tests de santé de routine, et contribuer aux efforts mondiaux de détection et de surveillance des maladies infectieuses émergentes.

Surveillance et compétences scientifiques Renforcer l'infrastructure scientifique et de surveillance de la santé publique afin que le puisse : fournir des **informations complètes en temps réel** (par exemple, les résultats de laboratoire, les cas, la gravité, les vaccinations et les données sociodémographiques) pour éclairer la réponse des services de santé publique; adopter des approches de surveillance « Une seule santé »; et coordonner le travail des experts scientifiques pour créer des connaissances et éclairer la prise de décision.

Ressources d'intervention Maintenir un accès rapide aux ressources essentielles requises dans la plupart des épidémies :

- Interventions et savoir-faire **en prévention et contrôle des infections** (PCI) dans les milieux de soins de santé et autres - y compris les soins primaires, les écoles, les lieux de travail et les lieux d'hébergement collectif (par exemple, les foyers de soins de longue durée, les maisons de retraite, les centres d'hébergement).
- **Équipements de protection individuelle** (EPI) – y compris la capacité de produire des EPI, des chaînes d'approvisionnement résilientes et un stock de roulement provincial fiable
- **Vaccins et soins** – partenariats avec le système de soins de santé, y compris les pharmaciens, pour fournir des vaccins et des produits thérapeutiques, dès qu'ils sont disponibles.

Préparation de la communauté

Partenariats communautaires Établir des partenariats de collaboration durables avec les **communautés confrontées à des inégalités en matière de santé et à un racisme et une discrimination systématiques**, ainsi que les environnements qui peuvent présenter un risque accru, tels que les lieux de vie collective. Travailler avec ces partenariats pour : adapter les services de santé publique et autres services de santé à leurs besoins; concevoir et promouvoir des interventions en amont pour réduire les inégalités et les risques pour la santé; et développer et tester des plans de lutte contre les épidémies.

Des données pour lutter contre les inégalités Développer la capacité provinciale à collecter systématiquement **les données sociales, économiques, sanitaires et sociodémographiques**, notamment des informations sur la race, l'origine ethnique et la langue, qui peuvent être utilisées pour identifier les communautés à risque et travailler avec elles pour réduire les inégalités en matière de santé.

Préparation de la société

Confiance sociale et préparation éthique Instaurer la confiance sociale et **engager la société dans des conversations** sur l'éthique et les valeurs qui guident les décisions de santé publique.

Communications claires et transparentes Utiliser des méthodes fondées sur des données probantes pour développer la **médecine préventive** et améliorer les communications, fournir des informations crédibles, fiables et transparentes, et **lutter contre la désinformation**.

Il existe de nombreuses demandes concurrentes des ressources de santé et de santé publique dans l'ensemble du système de santé. La province doit adopter une approche équilibrée pour gérer les besoins en soins de santé d'aujourd'hui et se préparer aux menaces de maladies de demain. Il est plus efficace et plus rentable d'investir dans la préparation que de payer les coûts beaucoup plus élevés et plus lourds de l'impréparation : davantage de maladies et de décès, de problèmes de santé mentale, de perturbations sociales et de pertes économiques.

Pour améliorer l'état de préparation de la province et sa capacité de réaction aux épidémies et pandémies futures, l'Ontario doit maintenir ses investissements dans la santé publique au fil du temps.

La préparation est un processus continu, et non un état final.

Le secteur de la santé publique de l'Ontario sait ce qu'il faut faire pour améliorer la santé maintenant et pour être prêt à affronter la prochaine épidémie ou pandémie. De nombreuses recommandations de ce rapport font écho à celles de rapports précédents du médecin hygiéniste en chef (MHC), car elles constituent le bon moyen d'améliorer la santé avant et pendant les épidémies, notamment :

Les investissements dans la préparation peuvent réduire les coûts sanitaires et économiques des pandémies.

Lorsque les juridictions sont préparées et réagissent rapidement aux épidémies, elles peuvent réduire les risques de maladies et de décès. Elles peuvent également éviter le durcissement des mesures de santé publique (par exemple, les confinements, le port du masque obligatoire), ou réduire les impacts négatifs de ces mesures.



en développant des systèmes d'information pour aider les agences de santé publique à recueillir des données sanitaires, économiques et sociodémographiques sur leurs communautés et à identifier les populations à risque (**Rapport 2015** La carte du mieux-être : la voie de l'Ontario vers des collectivités en meilleure santé)



Réduire les inégalités sanitaires pour améliorer la santé et réduire les coûts sanitaires et sociaux (**Rapport 2016** Améliorer les perspectives : Défendre l'équité en matière de santé en Ontario)



Renforcer la confiance du public dans les vaccins (**Rapport 2014** Les vaccins : remède par excellence)



Renforcer les liens sociaux pour réduire le stress, améliorer la santé et rendre les individus et les communautés plus résilients (**Rapport 2017** Collectivités unies : En santé ensemble)



Améliorer la médecine préventive et aider les gens à faire la distinction entre les preuves scientifiques crédibles et la désinformation (**Rapport 2013** Vieux ennemis et menaces nouvelles La préparation de l'Ontario face aux maladies infectieuses)

Ce rapport s'aligne également sur les recommandations formulées par la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario (2021), qui a demandé à la province d'élaborer des plans de lutte contre la pandémie qui soient « mis à jour, testés » et déclarés « sur une base annuelle à la législature ».

Il n'existe pas de liste de contrôle spécifique que l'Ontario peut utiliser pour garantir qu'elle sera prête pour la prochaine épidémie ou pandémie. Toutefois, le bureau du médecin hygiéniste en chef adaptera les cadres existants et des indicateurs de préparation à la pandémie afin d'évaluer et de rendre compte régulièrement des progrès réalisés par le secteur de la santé publique dans le maintien, le renforcement et le développement de sa capacité à se préparer à la prochaine épidémie ou pandémie.

Tirer les leçons du passé

La COVID-19 a pris le monde par surprise.

Personne n'était préparé à une pandémie qui allait durer des années, causer plus de 6,5 millions de décès dans le monde (Coronavirus Resource Center, 2022) - 14 724 en Ontario au 29 octobre 2022 : hôpitaux débordés, millions de personnes confinées durablement, entreprises, écoles et garderies fermées, voyages internationaux interrompus et clivages sociaux sur l'opportunité de suivre les mesures de santé publique. Le monde n'était pas non plus préparé aux problèmes de la chaîne d'approvisionnement mondiale et à la concurrence sur des fournitures limitées, notamment le désinfectant pour les mains, les masques, les respirateurs et les vaccins.

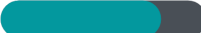
Par rapport aux autres pays qui ont adopté une approche similaire vis-à-vis de la COVID-19 (c'est-à-dire qu'ils **n'ont pas** adopté l'approche zéro-COVID²), le Canada avait une mortalité relativement faible et des taux de vaccination élevés. (Ogden et coll., 2022; Razak et coll., 2022).



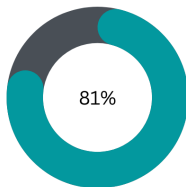
Pour dire les choses simplement, nous n'étions pas suffisamment préparés à faire face à une urgence de l'ampleur et de la magnitude de la COVID-19. Nous devons faire mieux à l'avenir.

Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada, le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada, 2021

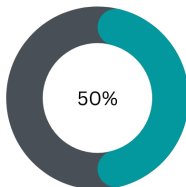
Figure 2 : Nombre cumulé de décès pour 100 000 habitants et pourcentage de la population vaccinée avec deux doses au 20 avril 2022

Pays	Décès cumulés pour 100 000 habitants	Pourcentage de la population adulte vaccinée avec deux doses
Canada	101.3	 82%
Danemark	103.7	 82%
Allemagne	159.3	 77%
Suède	183.1	 75%
France	214.6	 78%
Royaume-Uni	259.8	 73%
Belgique	268.7	 79%
États-Unis	291.9	 66%

L'Ontario a également obtenu de bons résultats en matière de prévention des hospitalisations et des décès liés à la COVID-19, et de vaccination de sa population (tous âges confondus). (Données de Santé publique Ontario en date du 19 novembre 2022)

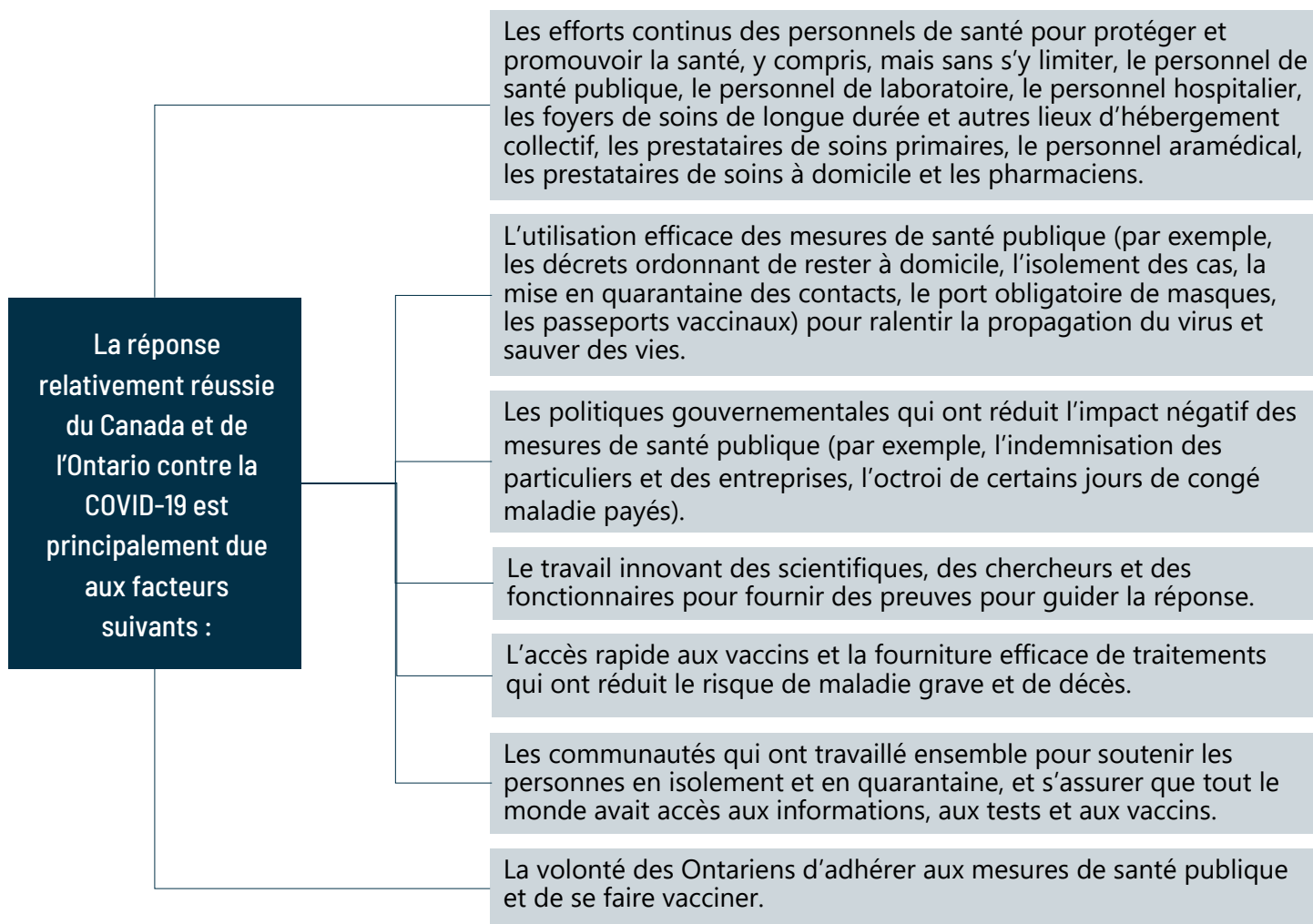


Les Ontariens sont entièrement vaccinés avec deux injections



Les Ontariens ont reçu une troisième dose

² Note : un petit nombre de pays ont adopté une approche zéro-COVID, notamment la Nouvelle-Zélande, Singapour, l'Australie et la Corée du Sud. Ces pays présentaient des taux de mortalité plus faibles (entre 11,7 et 42,2 pour 100 000 habitants) et des taux de vaccination plus élevés (entre 80 % et 90 %) que des pays, comme le Canada, qui n'ont pas adopté cette approche à l'échelle nationale.



Si l'Ontario s'en est bien sorti dans l'ensemble, la réponse a exigé des sacrifices de la part des individus, des familles, de la société et du système de soins de santé. En plus des effets directs sur la santé, y compris les décès, les hospitalisations, les maladies aiguës et les maladies de longue durée, la pandémie a isolé les gens de leur famille et de leurs amis, a exacerbé les inégalités sanitaires (c'est-à-dire que certaines populations ont obtenu de moins bons résultats), a limité l'accès à d'autres services de santé essentiels (par exemple, les opérations chirurgicales, les soins contre le cancer), a eu un effet négatif sur la santé mentale et le bien-être, a provoqué l'épuisement et le stress à tous les niveaux du système de santé, et a eu un impact économique grave sur de nombreux individus, entreprises et industries.

Près de trois ans après que le premier cas de COVID-19 ait été diagnostiqué au Canada, nous subissons encore les effets de la pandémie. Nous en mesurerons les conséquences pour les années à venir.

Si un autre virus similaire à la COVID-19 apparaît dans le futur, l'Ontario sera-t-il prêt?

Bien que le système de santé s'occupe de la capacité et des problèmes de ressources humaines de la santé, l'Ontario est plus prêt aujourd'hui que nous ne l'étions lorsque la pandémie de COVID-19 a commencé en 2020. La province l'a prouvé dans sa lutte contre l'épidémie mondiale de MPOX (anciennement variole du singe) au printemps 2022. Dans les trois semaines qui ont suivi la confirmation du premier cas dans la province, le secteur de la santé publique a mis en place des tests, a déterminé qui était le plus à risque, a travaillé avec ces communautés pour réduire le risque, a appris aux prestataires de soins de santé à reconnaître et à gérer la maladie, a eu accès à des vaccins et à des médicaments par l'entremise du gouvernement fédéral, a fourni des cliniques de vaccination et des soins spécialisés aux personnes infectées.

La réponse rapide et efficace contre la MPOX a été possible parce que le secteur de la santé publique était prêt. Tirant les leçons de la COVID-19, le secteur de la santé publique disposait des compétences, des capacités, de l'expérience, des infrastructures et des relations nécessaires pour gérer une autre menace de maladie.

Qu'en sera-t-il dans trois, cinq, dix ou vingt ans?

L'histoire nous apprend qu'une fois la menace d'une maladie passée, le sentiment d'urgence diminue et les investissements dans la préparation sont réorientés, et l'état de préparation diminue.

Malgré les leçons tirées des épidémies survenues ici et dans d'autres parties du monde au cours des 20 dernières années - notamment le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), la grippe pandémique H1N1, le virus Zika, le MERS (syndrome respiratoire du Moyen-Orient) et Ebola - **l'Ontario n'a pas maintenu son investissement dans la préparation** avant l'arrivée de la COVID-19.

Dans des rapports récents, le Bureau du vérificateur général de l'Ontario (2020, 2021) a mis en évidence le manque d'investissement continu dans :

- une capacité de pointe en matière de santé publique pour répondre à la demande de tests et de recherche de cas et de contacts en cas de pandémie
- l'infrastructure des tests de santé publique et la capacité des laboratoires à répondre aux menaces pour la santé publique
- les stocks d'équipements de protection individuelle constitués après le SRAS
- la dotation en personnel et la capacité de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée
- l'augmentation de la capacité des hôpitaux et des unités de soins intensifs.

Comment tirer les leçons du passé pour mieux réussir la prochaine fois?

Ce rapport n'est pas une évaluation de la lutte de l'Ontario contre la pandémie de COVID-19, et n'est pas spécifique à cette dernière. Il s'agit d'un appel à tirer les leçons du passé et à investir dans la préparation afin que l'Ontario soit prêt à faire face à la prochaine épidémie ou pandémie, quelle qu'elle soit.

Bien que toutes les parties du système de santé et d'autres secteurs doivent se préparer à toute urgence ou catastrophe pouvant affecter leurs opérations et leurs communautés, le secteur de la santé publique est responsable de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence liée à une maladie infectieuse en Ontario.



La santé publique est confrontée à des cycles de hausses et de baisses du financement qui nous empêchent de nous préparer aux nouvelles urgences. Comme nous l'avons vu par le passé, les ressources de santé publique sont souvent réduites après les urgences sanitaires, les gouvernements passant à d'autres priorités. Cela place les systèmes de santé publique dans une situation désavantageuse au début de chaque crise, car les capacités et les réseaux nécessaires à une réponse rapide ne sont pas présents. Nous devons investir dans la santé publique dès le départ et de manière cohérente. Cet investissement permettra de réduire les coûts et apportera de nombreux avantages sociaux et économiques à long terme.

Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada, le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada, 2021



Lorsque la COVID-19 a frappé, l'Ontario a connu les mêmes problèmes de capacité de laboratoire que lors du SRAS : « le laboratoire provincial de Toronto a rapidement été submergé de prélèvements. Comme d'autres pans du système de soins de santé, il a manqué de capacité de pointe... »

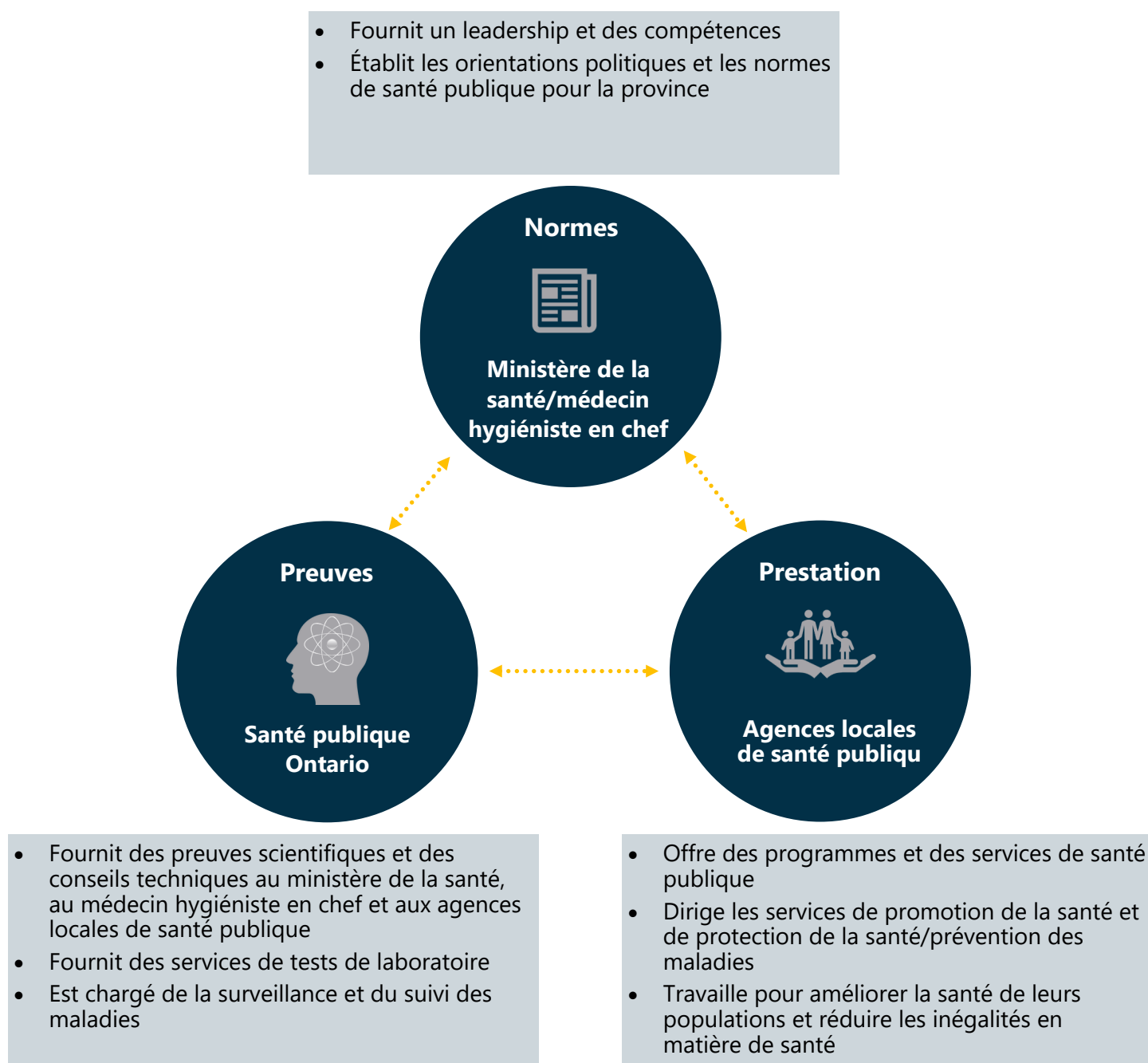
Préparation et gestion en lien avec la COVID-19 Rapport spécial sur les tests en laboratoire, gestion des cas et recherche des contacts, Bureau du vérificateur général de l'Ontario, Novembre 2020

Les épidémies sont inévitables. La préparation nous permet de réagir rapidement et de manière décisive, en atténuant l'impact des épidémies lorsqu'elles se produisent.

Chaque année, les épidémies de grippe et d'autres virus respiratoires sont l'occasion de travailler ensemble de manière ciblée pour pratiquer et maintenir la préparation.

Figure 3 : Le secteur de la santé publique de l'Ontario – le « tabouret à trois pattes » :

(i) Ministère de la santé/médecin hygiéniste en chef; (II) Santé publique Ontario; et (iii) Agences locales de santé publique



Ce rapport se concentre spécifiquement sur la façon d'améliorer la capacité du secteur de la santé publique de l'Ontario à remplir son rôle cadre dans la planification de la préparation. Il :

- expose les arguments en faveur d'investissements permanents dans la préparation aux urgences liées aux maladies infectieuses
- plaide en faveur d'une approche plus collective et globale de la préparation aux épidémies, qui renforce la préparation des secteurs et des systèmes, des communautés et des sociétés
- met en évidence les priorités de la préparation aux épidémies et aux pandémies qui doivent être **maintenues, renforcées** ou **développées** au cours des deux prochaines années.

Les arguments en faveur d'un investissement durable dans la préparation face aux épidémies

Il y a des raisons sociales, éthiques et financières pour lesquelles l'Ontario doit investir dans la préparation et la résilience face aux épidémies :

- Le risque d'épidémies graves et d'une autre pandémie est réel et croissant.
- Les coûts humains et économiques de l'impréparation sont trop élevés.
- Cette charge affecte de manière disproportionnée les populations déjà confrontées à des inégalités anitaires.



La résilience est la capacité d'un système, d'une communauté ou d'une société à s'adapter aux perturbations résultant des aléas en persévérant, en récupérant ou en changeant pour atteindre et maintenir un niveau acceptable de fonctionnement. La capacité de résilience se construit par un processus d'habilitation des citoyens, des intervenants, des organisations, des communautés, des gouvernements, des systèmes et de la société à partager la responsabilité d'empêcher les dangers de devenir des catastrophes.

Stratégie de sécurité civile pour le Canada
Vers un 2030 marqué par la résilience, Sécurité publique
Canada, 2019

1. Le risque d'autres épidémies et d'une nouvelle pandémie est réel et croissant

Il ne s'agit pas de savoir « si », mais « quand ».

De nouveaux agents pathogènes apparaissent plus rapidement que par le passé. Rien qu'au cours des 20 dernières années, le monde a connu une augmentation de la fréquence des menaces de maladies et de graves épidémies. La plupart ont été causés par des virus zoonotiques qui se transmettent de la faune sauvage à l'homme.

Le risque croissant de maladies zoonotiques est dû à la croissance démographique de l'homme et des animaux domestiques, au changement climatique qui pousse à l'utilisation des terres et à l'élevage dans des zones habitées par des animaux sauvages, à l'augmentation du commerce international d'animaux sauvages, à l'agriculture industrielle et au transport d'animaux sauvages, ainsi qu'au comportement humain et aux déplacements. À mesure que les gens se déplacent vers les écosystèmes sauvages et que les animaux se déplacent vers des endroits plus hospitaliers, les virus véhiculés par les animaux sauvages ont davantage de possibilités d'infecter les animaux domestiques et les humains. (Keusch et coll., 2022; The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, 2021).



La détection et l'arrêt de la propagation des zoonoses nécessitent une approche « Une seule santé », qui reconnaît que la santé humaine et la santé animale sont étroitement liées, et qui rassemble des experts en santé humaine, animale et environnementale ainsi que d'autres disciplines pertinentes pour apprendre comment les maladies se propagent parmi les personnes, les animaux, les plantes et l'environnement.

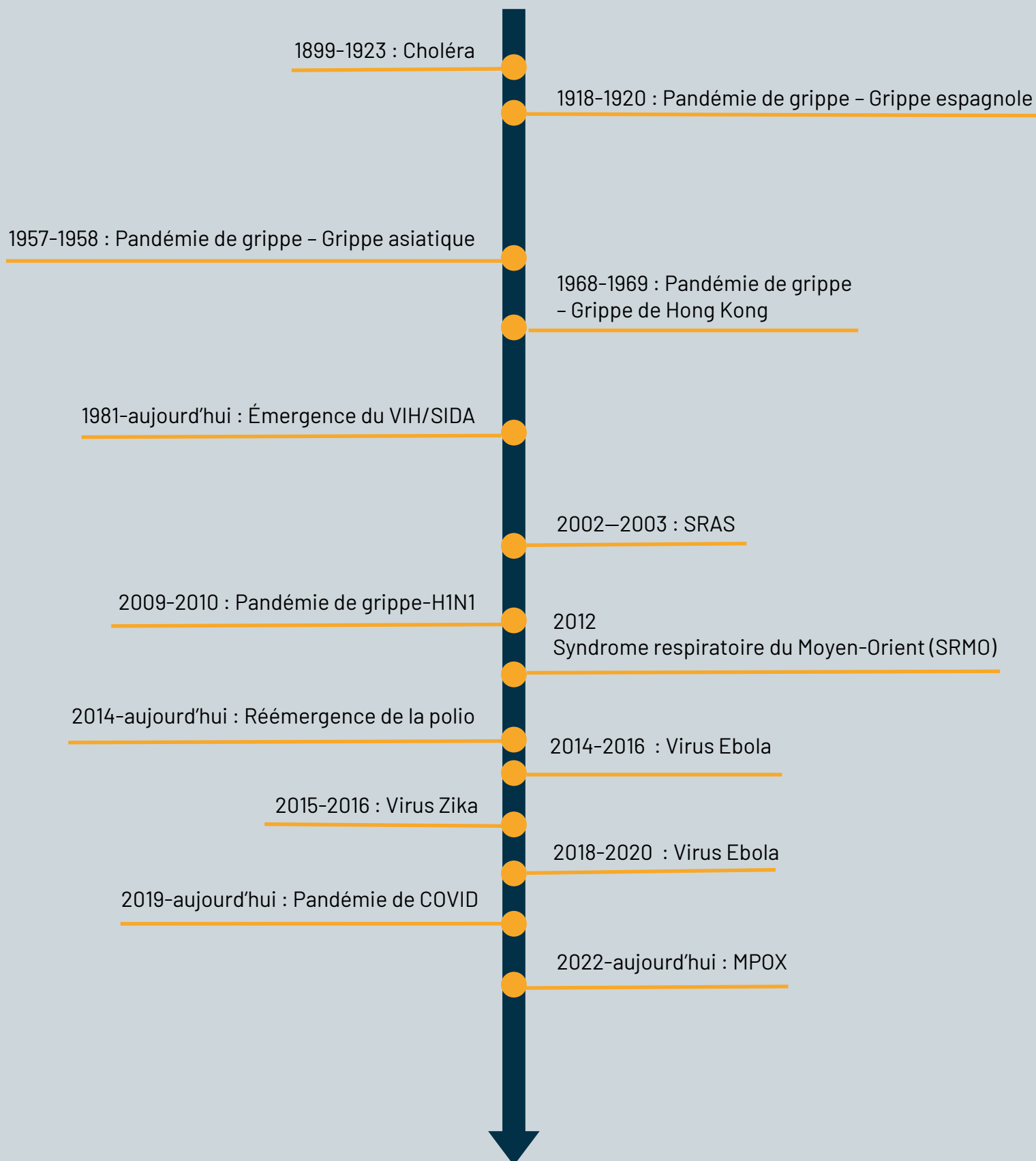
L'approche « Une seule santé » permet de prévenir les épidémies chez les animaux et les humains, d'améliorer la sécurité alimentaire, de réduire la résistance aux antibiotiques et de protéger la sécurité sanitaire mondiale.

One Health Basics, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention. 2022

Il faut également prendre en compte la croissance des risques suivants :

- la résurgence d'agents pathogènes autrefois contrôlés, tels que la polio, la tuberculose et la rougeole
- la propagation mondiale rapide de maladies infectieuses émergentes, telles que la MPOX
- les organismes résistants aux antimicrobiens
- la libération accidentelle ou délibérée d'agents pathogènes artificiels ou naturels.

Figure 4 : Chronologie des principales épidémies au cours des 100 dernières années.



Le risque qu'une épidémie devienne une pandémie est exacerbé par notre connectivité : les maladies qui apparaissent dans une partie du globe n'y restent pas. Elles se déplacent rapidement vers d'autres régions du monde, souvent avant que la menace ne soit identifiée. Les forces géopolitiques, telles que la guerre et l'instabilité économique, affectent la capacité d'un pays à maintenir des programmes de santé publique ou à réagir aux maladies émergentes, ce qui rend plus probable leur propagation dans ce pays et au-delà de ses frontières.

En tant que société, nous savons combien il est important d'être prêt en cas de menace extérieure ou de catastrophe.

Les pays maintiennent un système de renseignement et de défense en cas d'attaque ou de guerre. Les provinces maintiennent leurs capacités d'intervention en cas de feux de forêt et de tempêtes. Les municipalités soutiennent un réseau de casernes de pompiers et d'équipements. Les particuliers installent des détecteurs de fumée et de monoxyde de carbone à leur domicile. Ces investissements sont une forme d'assurance et de préparation aux événements inhabituels afin de pouvoir réagir rapidement. Les sociétés doivent faire le même type d'investissements continus dans les compétences et les capacités nécessaires pour réagir en cas d'épidémies et ou de pandémies.

Le maintien et le renforcement de la capacité de la santé publique à planifier les épidémies et les pandémies constituent une bonne gestion des risques. C'est une forme d'assurance qui coûtera beaucoup moins cher qu'une autre pandémie non planifiée.

En protégeant les Ontariens contre les menaces de demain, nous améliorons la santé dès aujourd'hui.

Le renforcement de la capacité de l'Ontario à détecter les maladies émergentes et à réagir à une pandémie améliorera également notre capacité à gérer les épidémies moins graves ou généralisées. Par exemple, le même séquençage génomique rapide et à haut volume qui a permis à l'Ontario d'identifier et de suivre la propagation de différents variants de la COVID-19 peut être utilisé pour enquêter et relier les cas de maladies d'origine alimentaire ou autres à l'échelle provinciale, nationale, voire internationale, et identifier la cause des épidémies.

2. Les coûts humains et économiques d'un manque de préparation sont trop élevés

Les coûts personnels, sanitaires, sociaux/émotionnels et économiques d'une pandémie sont beaucoup trop élevés.

Les Ontariens subissent encore l'impact de la COVID-19 sur leur vie et leur santé. En septembre 2022, la COVID-19 avait donné lieu à :

- **>55 000** Ontariens hospitalisés³
- **>14 000** décès
- des **milliers** ont souffert de la COVID longue ou de séquelles post-COVID-19.

Que se serait-il passé sans les mesures de santé publique?

Aussi dévastateur que la COVID-19 ait été en Ontario et au Canada, sans les mesures de santé publique telles que les fermetures, les restrictions de voyage, la recherche des contacts, le port du masque et la distanciation sociale, et sans les taux élevés de vaccination, le bilan aurait été bien pire.

Ogden et coll. (2022) estiment que, au Canada, il y aurait eu :

10 x

jusqu'à 34 millions de cas, contre

13 x

jusqu'à 2 millions d'hospitalisations,
contre 150 602 et

20 x

jusqu'à 800 000 décès,
contre 38 783

³ Santé publique Ontario. Outil de données COVID-19 de l'Ontario. Chiffres en date du 17 septembre 2022.

<https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/infectious-disease/covid-19-data-surveillance/covid-19-data-tool>

Consulté le 24 septembre 2022.

En ce qui concerne la santé mentale, les Ontariens ont dû faire face à des stress liés à la fois aux impacts directs de la COVID-19 et aux mesures de santé publique adoptées pour protéger les gens contre la maladie et la mort, y compris, mais sans s'y limiter :

- le chagrin et la perte causés par les maladies et les décès liés à la COVID-19
- le stress et l'épuisement liés aux soins apportés aux personnes atteintes de COVID-19
- la peur et l'anxiété face au virus et le sentiment de ne pas avoir la capacité de se protéger et de protéger sa famille
 - ◊ en particulier pour les travailleurs essentiels qui risquaient d'être infectés sur leur lieu de travail et de ramener le virus dans leur famille et pour les personnes souffrant de comorbidités et présentant un risque élevé
- isolement des membres de la famille et des amis pendant des mois
- s'occuper à plein temps d'enfants tout en travaillant à domicile
- les perturbations de la vie, de l'éducation et du développement social des enfants qui ont été absents de l'école ou qui ont appris à distance pendant des mois
- l'augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis
- l'augmentation de la violence domestique et de la violence conjugale
- les aides inaccessibles aux personnes sans domicile ou toxicomanes
- l'anxiété et la détresse mentale liées à la perte de revenus
- la détresse mentale liée à la perte du logement en raison des expulsions
- le stress dû au manque de soins médicaux et de santé mentale.



Entre mars 2020 et janvier 2022, les écoles de l'Ontario ont été fermées pendant 27 semaines, davantage que dans toute autre juridiction canadienne et dans la plupart des pays européens.

Ontario Returns to School:
An Overview of the Science,
Science Table: COVID-19
Advisory for Ontario, 2022

Les coûts économiques des pandémies sont également élevés. Les maladies, les décès et les handicaps dus à la COVID-19, ainsi que les coûts indirects liés à la prise en charge des personnes infectées ont pesé lourd sur l'économie. Pendant la COVID-19, des centaines d'entreprises ont fermé et des milliers de personnes ont été licenciées. En février 2021, par rapport aux autres provinces, Statistique Canada (2021) a indiqué que l'Ontario avait le plus faible pourcentage d'entreprises actives et le deuxième plus faible taux d'emploi du pays (par rapport aux niveaux pré-pandémiques). Les secteurs les plus touchés à l'époque étaient : l'hôtellerie et la restauration, les arts, le divertissement et les loisirs, et le commerce de détail. Si de nombreux secteurs ont rebondi en 2022, l'ensemble des impacts économiques de la COVID-19 reste encore inconnu.

Les investissements dans la préparation peuvent réduire les coûts sanitaires et économiques des pandémies

Lorsque les juridictions sont préparées et peuvent réagir rapidement aux épidémies, elles peuvent réduire les maladies et les décès, et éviter de mettre en œuvre des mesures de santé publique strictes pour protéger la santé ou réduire leurs impacts négatifs.

Par exemple, au début de la pandémie, la Corée du Sud a été en mesure de minimiser la propagation de la COVID-19 sans fermer les entreprises ni confiner la population. Ce pays a pu éviter les mesures strictes exigées dans d'autres pays car, après une épidémie de SRM04 en 2015 qui a entraîné 185 cas et 38 décès (Organisation mondiale de la santé, épidémies et urgences), il a investi massivement dans les personnes et les systèmes pour tester, détecter et contenir les maladies infectieuses. Ses initiatives de préparation comprenaient l'embauche de plus de personnel chargé du contrôle des infections, l'organisation d'un plus grand nombre de simulations d'épidémies, l'augmentation significative de la capacité à intensifier les tests ainsi que la gestion des cas et des contacts, la collaboration avec le secteur privé pour garantir un approvisionnement adéquat en tests et l'achat centralisé d'équipements de protection individuelle (EPI). Par conséquent, au cours de la première année de COVID-19, la Corée du Sud, un pays de 52 millions d'habitants, a enregistré moins de 80 000 cas et 1 500 décès, et le plus faible pourcentage de diminution du produit intérieur brut des 37 membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Kim JH et coll., 2021).

⁴Syndrome respiratoire du Moyen-Orient

3. Cette charge affecte de manière disproportionnée les populations déjà confrontées à des inégalités sanitaires.

Les inégalités sanitaires et sociales sont exacerbées pendant une épidémie ou une pandémie.

Bien que l'Ontario ait eu une réponse relativement bonne contre la COVID-19, elle n'était pas équitable. Les populations qui subissent déjà des inégalités en matière de santé - notamment les autochtones, les Noirs, et d'autres communautés racialisées, à faible revenu et nouvellement arrivées - ont été affectées de manière disproportionnée par la COVID-19, et souffraient de conséquences plus sévères.

Selon l'analyse par l'Institut Wellesley des données fondées sur la race en Ontario jusqu'au milieu de l'année 2021, les populations latines, sud-asiatiques, moyen-orientales, sud-est asiatiques et noires étaient de 4,6 à 7,1 fois plus susceptibles d'être testées positives à la COVID-19 que les populations blanches (Institut Wellesley, 2021). Pendant les premières vagues de la pandémie, les mesures de santé publique n'ont pas répondu aux besoins des quartiers racialisés, où les gens avaient moins de possibilités de travailler à domicile ou de s'isoler s'ils tombaient malades. Un déploiement précoce des vaccins a également favorisé les quartiers aisés et offert moins de possibilités d'accès au vaccin aux communautés à haut risque (Black Health Alliance, 2021).

Les personnes vivant dans les régions nordiques, rurales et éloignées, y compris les communautés des Premières Nations, ont également connu de moins bons résultats. En raison des inégalités d'accès aux déterminants sociaux de la santé, nombre d'entre eux présentaient des problèmes de santé sous-jacents qui augmentaient leur risque. La pandémie de COVID-19 a également accru les inégalités géographiques de longue date dans l'accès aux services dans ces régions de la province. Par exemple, au début de la pandémie, les personnes du sud de l'Ontario pouvaient obtenir un test COVID-19 et leurs résultats en deux jours ou moins, tandis que les personnes du nord devaient attendre jusqu'à deux semaines en raison de la distance entre les laboratoires et des retards dans le transport des échantillons. Au cours de la pandémie, le système de santé a investi dans des équipements de laboratoire et des tests au point de service pour améliorer l'accès au dépistage dans les zones rurales et reculées, mais les disparités systémiques sous-jacentes en matière de santé n'ont pas été gérées aussi facilement.

Les personnes les plus exposées au risque de la COVID-19 étaient les suivantes :

- les travailleurs essentiels qui ne pouvaient pas travailler à domicile
- les personnes vivant dans des établissements collectifs, tels que les foyers de soins de longue durée, ainsi que celles vivant dans des logements surpeuplés où il leur est difficile de s'isoler lorsqu'elles sont malades ou qu'elles ont des problèmes de santé ou sont exposées
- les personnes souffrant de comorbidités, telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et le cancer,
- ainsi que les communautés confrontées à des obstacles sociaux, économiques et culturels de longue date en matière de soins et de santé, en particulier ceux qui présentaient des taux plus élevés de maladies chroniques et de moins bons résultats de santé avant la COVID-19.



Si les urgences touchent tout le monde, elles affectent de manière disproportionnée les personnes les plus vulnérables. Les besoins et les droits des plus pauvres, ainsi que des femmes, des enfants, des personnes handicapées, des personnes âgées, des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées, et des personnes souffrant de maladies chroniques, doivent être au centre de notre travail.

Cadre de gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé, Organisation mondiale de la santé, 2019

Pour certaines populations qui ont connu les formes les plus graves de COVID-19, les risques n'étaient pas biologiques. Ils étaient liés aux inégalités de revenus, d'éducation et d'accès aux services, ainsi qu'aux impacts de la colonisation, du racisme systémique et de la discrimination.

Le lien entre la pauvreté et les conséquences aggravées de la COVID-19

« Au cours des trois premières vagues, le nombre de cas de COVID-19 était le plus élevé parmi les personnes vivant dans les quartiers présentant les niveaux les plus élevés de précarité économique - qui se réfère à l'incapacité des individus et des communautés à accéder et à satisfaire leurs besoins matériels de base. Les habitants de ces quartiers étaient également plus susceptibles de subir des conséquences graves de la COVID-19. Par rapport aux personnes vivant dans les quartiers présentant les niveaux de précarité économique les plus faibles, elles étaient 2,7 fois plus susceptibles d'être hospitalisées et admises en soins intensifs, et 2,9 fois plus susceptibles de mourir. (Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2022).

Il est difficile de s'attaquer aux inégalités en matière de santé au milieu d'une épidémie ou d'une pandémie.

Au contraire, ce travail important doit faire partie intégrante de la préparation aux épidémies ou aux pandémies, de même que les travaux en cours dans le secteur de la santé publique. Le processus de préparation aux épidémies comprend le développement et le maintien de partenariats de confiance avec les communautés. Cela signifie travailler en collaboration avec elles pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et réduire les inégalités en matière de santé afin que ces communautés soient en meilleure santé et plus résilientes en cas d'épidémie. La lutte contre la pandémie est plus efficace lorsque tout le monde est correctement protégé. Si certaines parties de la société sont laissées pour compte, l'efficacité de la réponse diminue pour tout le monde.

Nos systèmes actuels sont caractérisés par des inégalités. Ces défis ne seront qu'exacerbés en cas d'épidémie. Plus nos communautés et nos systèmes de santé sont équitables avant une épidémie, plus il est probable que l'Ontario aura une réponse meilleure et plus équitable contre l'épidémie.

Une vue d'ensemble de l'état de préparation

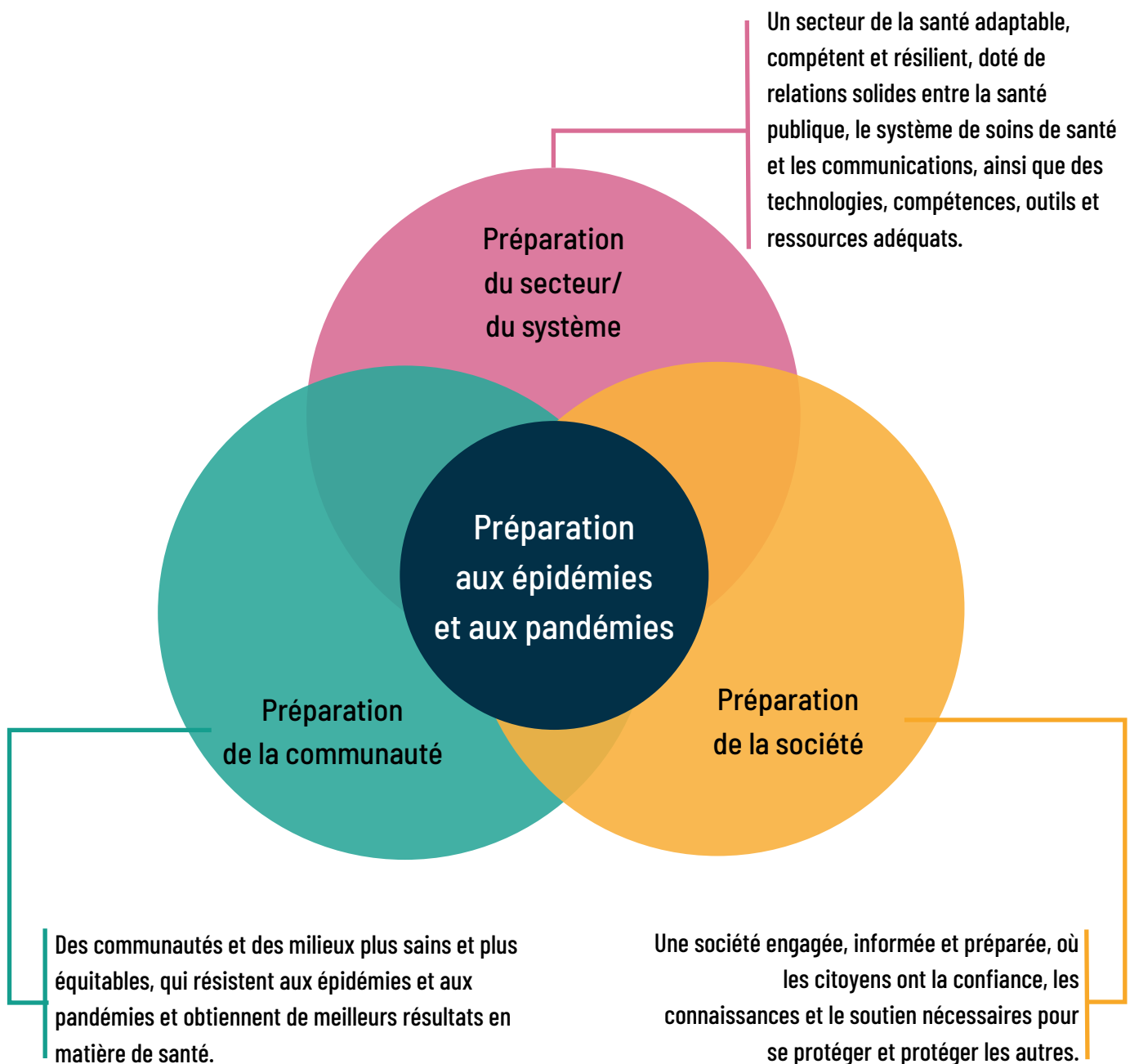
Les récentes pandémies, notamment le SRAS, la grippe H1N1 et la COVID-19, ont permis de tirer d'importantes leçons en matière de préparation. En particulier, la durée et la gravité de l'épidémie COVID-19 ont mis en évidence les défis que représentent l'endiguement d'un virus à propagation rapide et la prise de décisions éthiques dans un monde où les ressources sont limitées. Il a également été souligné l'importance cruciale pour les agences locales de santé publique de connaître leurs communautés, de défendre et de fournir des services répondant à leurs besoins. Ce n'est que par l'action collective - individus, familles, communautés, écoles, lieux de travail, système de soins de santé, autres secteurs et gouvernements - que nous pouvons ralentir ou arrêter les épidémies et les pandémies.

Si nous avons tiré des leçons essentielles des épidémies passées, la prochaine pourrait se passer différemment. Pour être prêt, l'Ontario a besoin d'un secteur de la santé publique soutenu, adaptable et résilient qui tire continuellement des enseignements des expériences précédentes **et** est prêt à relever de nouveaux défis qui peuvent nécessiter des solutions différentes.

Le secteur de la santé publique de l'Ontario doit adopter une approche collective et avant-gardiste de la planification des épidémies et des pandémies, qui s'appuie sur les éléments suivants :

- i) l'état de préparation du secteur et du système,
- ii) la préparation de la communauté, et
- iii) la préparation de la société.

La préparation exige un investissement soutenu dans un large éventail de relations, de compétences, de technologies, d'infrastructures et de capacités.





Préparation du secteur et du système

La préparation du secteur signifie que les relations (réseaux), les personnes (main-d'œuvre), les compétences et le savoir-faire, les technologies et les systèmes de données sont en place, les ressources, les structures, les processus et la capacité de sursaut qui permettent au secteur de la santé publique et au système de santé au sens large de gérer et de contenir une épidémie ou une pandémie tout en continuant à fournir d'autres services essentiels de santé publique et de soins et, si nécessaire, à répondre à d'autres urgences qui peuvent survenir lors d'une épidémie.



Préparation de la communauté

La planification ne concerne que l'état de préparation du secteur et du système - l'objectif principal des efforts de préparation déjà réalisés - elle ne tient pas compte du fait que les épidémies commencent avec des personnes, que les personnes vivent dans des communautés et que toutes les communautés ne sont pas égales. Pour réduire les inégalités en matière de santé et améliorer les résultats en matière de santé (avant, pendant et après des épidémies et des pandémies), les agences locales de santé publique doivent forger et maintenir des partenariats de collaboration solides avec leurs communautés et les populations à risque, en travaillant avec elles, ainsi qu'avec leurs gouvernements et le système de santé, pour améliorer l'équité et la résilience en matière de santé (O'Sullivan et coll., 2014; O'Sullivan et coll., 2013). Elles doivent également travailler en étroite collaboration avec les lieux d'hébergement collectif de la communauté, tels que les foyers de soins de longue durée et les centres d'hébergement, où les résidents peuvent être plus exposés.



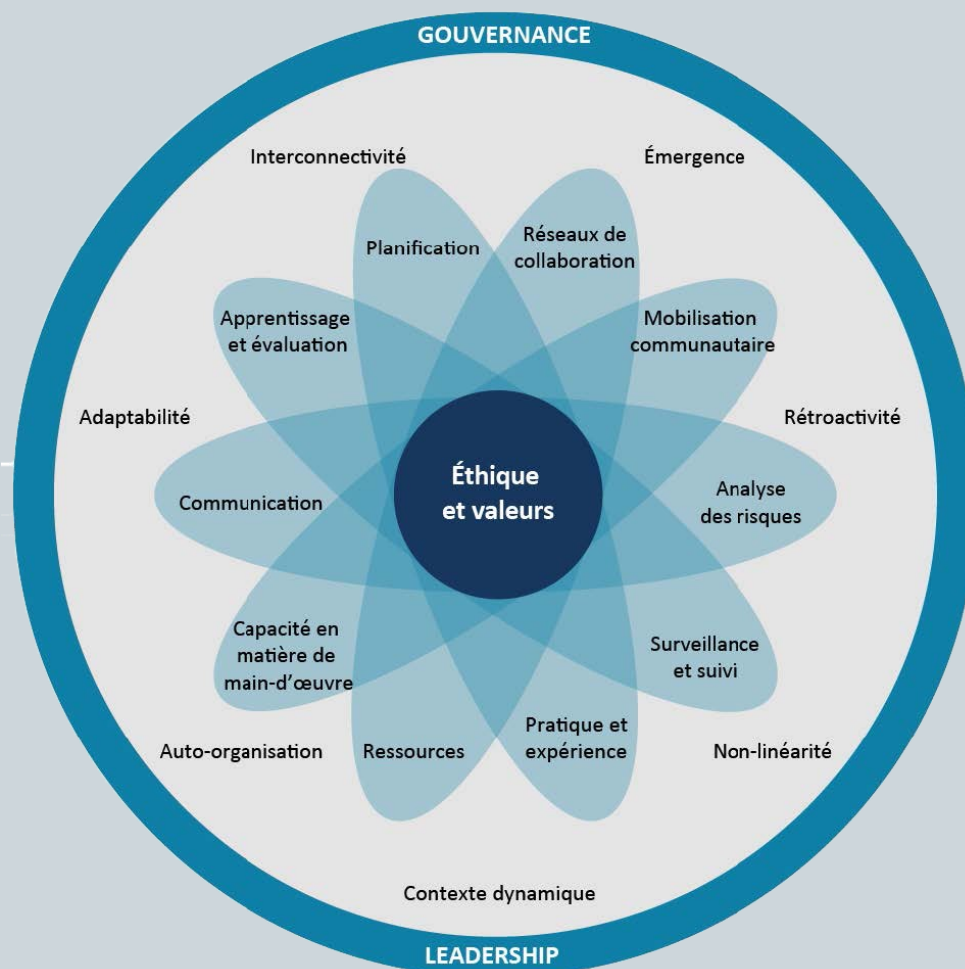
Préparation de la société

Pour réagir efficacement à une maladie émergente, les Ontariens doivent faire confiance aux responsables de la santé publique. Ils doivent savoir que les gouvernements et les agences de santé publique s'acquitteront de leur responsabilité de protéger la santé du public et de soutenir les Ontariens dans leurs efforts pour se protéger et protéger les autres. Pour préparer la société aux types de décisions difficiles qui pourraient devoir être prises au cours d'une épidémie, par exemple pour déterminer qui sera le premier à bénéficier de ressources limitées, et quelles mesures seront utilisées pour interrompre la transmission (par exemple, l'isolement, la quarantaine, les fermetures), le secteur de la santé publique doit engager un public informé dans des discussions franches sur les valeurs éthiques qui guident ces décisions. Les agences provinciales et locales de santé publique doivent également communiquer de manière claire et transparente sur le risque de maladie (c'est-à-dire sur ce que nous savons et ne savons pas) et sur les raisons de la mise en œuvre des différentes mesures de santé publique. La société doit être convaincue que les mesures de santé publique sont fondées sur des données factuelles, et reflètent une éthique et des valeurs communes. (Emanuel et coll., 2022).

Mesurer l'état de préparation : Comment saurons-nous que nous sommes prêts?

La vision de l'état de préparation exposée dans le présent rapport s'appuie sur le Cadre et indicateurs de la préparation aux situations d'urgence en santé publique, travaux dirigés par Santé publique Ontario (Khan Y et coll., 2018; Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2020) pour orienter la planification d'un large éventail de situations d'urgence relevant de la santé publique. Dans ce cadre, l'éthique et les valeurs sont au centre de dix domaines de préparation, et tous ces domaines reposent sur la gouvernance et le leadership. Ces domaines sont interdépendants, ce qui reflète le système adaptatif complexe nécessaire pour répondre aux urgences de santé publique, telles que les pandémies.

Figure 5 : Cadre de résilience, adapté de Khan Y et coll., 2018



La préparation est un processus continu, et non un état final.

Il n'existe pas de liste de contrôle spécifique que l'Ontario peut utiliser pour garantir qu'elle sera prête pour la prochaine épidémie ou pandémie. Cependant, le Cadre de la préparation aux situations d'urgence en santé publique fournit 67 indicateurs que les agences de santé publique peuvent utiliser pour surveiller et évaluer leur état de préparation, et les centres de collaboration nationale pour les maladies infectieuses et les déterminants de la santé (2020) ont développé une ressource qui applique une optique d'équité en santé pour évaluer ces indicateurs. En outre, ce rapport met en évidence certaines des **normes de santé publique de l'Ontario** qui décrivent les responsabilités actuelles des agences locales de santé publique en matière de préparation aux situations d'urgence et aux pandémies.

Les futurs rapports du MHC adapteront et utiliseront les indicateurs du Cadre de la préparation aux situations d'urgence en santé publique, ainsi que les indicateurs d'autres cadres de préparation à une pandémie et les normes de santé publique de l'Ontario, pour rendre compte régulièrement des progrès du secteur de la santé publique dans le maintien, le renforcement et le développement des capacités requises pour être prêt.

I. Préparation du secteur/système

Le secteur de la santé publique de l'Ontario - et l'ensemble du système de santé - doit maintenir les relations, les personnes, le savoir-faire, les technologies, la capacité de pointe, les outils, les processus et les ressources nécessaires pour détecter rapidement les épidémies et y réagir.

Lors de la COVID-19, le secteur de la santé publique et le système de soins de santé ont acquis un savoir-faire, des capacités et des outils considérables pour répondre à une pandémie et la gérer. Le secteur et le système ont établi une base solide pour la préparation future qui doit être maintenue et renforcée.

Pour améliorer la préparation du secteur et du système à la prochaine pandémie, le secteur de la santé publique et ses partenaires doivent se concentrer sur les points suivants :

- Des réseaux de collaboration solides à travers le système de santé et d'autres partenaires, y compris les services de santé autochtones
- Une main-d'œuvre qualifiée, adaptable et résiliente
- Des tests et diagnostics innovants d'avant-garde
- Des systèmes de surveillance en temps réel et du savoir-faire scientifique
- Des ressources d'intervention critiques telles que :
 - ◇ Des interventions et des compétences en prévention et lutte contre les infections dans les milieux de soins de santé et les milieux non médicaux
 - ◇ La fourniture fiable d'équipements de protection individuelle (EPI)
 - ◇ L'accès rapide aux vaccins et aux soins

Renforcer les réseaux collaboratifs

La préparation à une pandémie est un travail d'équipe.

Si le secteur de la santé publique est chargé de diriger la planification et la lutte contre les épidémies, il s'appuie largement sur d'autres parties du système de soins de santé et différents niveaux du gouvernement pour co-concevoir et co-implémenter la planification des épidémies.

Normes de santé publique pertinentes de l'Ontario



Réaliser des plans d'urgence en coordination avec les partenaires communautaires et les organismes gouvernementaux, y compris la coordination et la gestion des urgences ou des perturbations.

S'engager dans des relations avec les communautés autochtones d'une manière qui soit significative pour elles.

L'efficacité de la planification et de l'intervention en cas d'épidémie dépend de la capacité du secteur de la santé publique de l'Ontario à maintenir des partenariats collaboratifs solides avec :



Ces réseaux de collaboration doivent être mis en place avant même l'apparition d'une épidémie et maintenus dans le temps. Tous les partenaires doivent avoir une compréhension claire de leurs rôles et travailler ensemble pour améliorer continuellement l'état de préparation.

Réalisations et défis

Réseaux de systèmes de santé

Au cours de la pandémie de COVID-19, dans certaines parties de la province, le secteur de la santé publique a pu tirer parti des relations de collaboration existantes pour améliorer l'accès aux services :

- Avec la création de Santé Ontario et des équipes Santé Ontario en 2019 (ministère de la Santé de l'Ontario, 2019), juste avant la pandémie, les agences locales de santé publique ont eu l'occasion de faire partie de nouveaux réseaux et forums de soins de santé collaboratifs afin d'améliorer la coordination des services.
- Les agences locales de santé publique ont utilisé leurs relations préexistantes avec les foyers de soins de longue durée, les lieux d'hébergement collectif et les soins primaires, y compris les centres de santé communautaires, pour améliorer l'accès au dépistage et à la vaccination, en particulier pour les personnes difficiles à atteindre.
- Les pharmacies déjà formées à l'administration des vaccins annuels contre la grippe ont été en mesure de fournir les vaccins et les tests COVID-19, et peuvent désormais prescrire et délivrer le Paxlovid®.

- De nombreuses agences de santé publique ont utilisé de manière innovante les agents paramédicaux communautaires pour mener des évaluations de santé, des tests et des vaccinations COVID-19 - en particulier dans les communautés où il était difficile pour les gens de se rendre dans les centres d'évaluation COVID-19 ou les cliniques de vaccination.
- Les médecins de soins primaires ont participé aux vaccinations de masse dans les cliniques, évalué et conseillé les patients, fourni des traitements et soutenu les communautés locales.

Cependant, les régions de la province où les services de soins primaires et de pharmacie sont limités n'ont pas pu tirer parti de ces réseaux dans la même mesure, et les agences locales de santé publique ont assumé une plus grande responsabilité en matière de dépistage et d'immunisation contre la COVID-19.

Forger des relations de confiance avec les services de santé autochtones

Les rôles et les responsabilités du secteur de la santé publique de l'Ontario dans le soutien de la santé dans les communautés autochtones est un problème de longue date, en particulier dans les communautés des Premières Nations où le gouvernement fédéral est responsable des services de soins de santé. Certaines agences locales de santé publique avaient déjà développé des relations de confiance avec les communautés autochtones, notamment les communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuits, et ont pu s'appuyer sur ces relations pendant la COVID-19 (voir encadré), mais cela n'a pas été le cas dans toutes les parties de la province.

Dans certains cas, l'absence de partenariats préexistants avec les dirigeants et les communautés autochtones a conduit les gens à se méfier des services proposés. Les agences locales de santé publique ont également connu des succès et des difficultés dans la coordination des services de santé publique pour les populations autochtones vivant dans les zones urbaines et rurales de la province.



Étude de cas : Collaboration avec les communautés autochtones

Le bureau de santé de Porcupine dessert une zone géographique de plus de 270 000 km² dans le nord-est de l'Ontario, de Timmins à Moosonee, partage des terres avec 10 communautés des Premières Nations et travaille en étroite collaboration avec 12 municipalités qui comptent une importante population autochtone urbaine. Ce bureau de santé publique respecte le droit à l'autodétermination de chaque communauté et s'efforce de répondre à leurs besoins et préoccupations spécifiques.

Pendant la pandémie de COVID-19, le bureau de santé publique a travaillé en collaboration avec les dirigeants des communautés des Premières Nations, la Weeneebayko Area Health Authority (WAHA), les conseils tribaux et Services aux Autochtones Canada pour soutenir l'intervention face à la COVID-19 dans plusieurs communautés des Premières Nations. Le personnel de la santé publique a participé à des réunions régulières (souvent hebdomadaires) à l'invitation de nombreuses communautés, et a fourni le niveau de participation de la santé publique guidé par chaque communauté.

Bien que le rôle de la santé publique ait été adapté aux besoins de chaque communauté, les activités comprenaient : le partage d'informations sur les directives COVID-19 de la province et les données scientifiques qui les sous-tendent; la fourniture de conseils sur la manière dont ces directives pourraient être mises en œuvre dans chaque communauté; et la disponibilité pour répondre aux questions. Le bureau de santé publique a partagé des mises à jour quotidiennes sur les médias sociaux avec les chefs des Premières Nations, les directeurs de la santé, les hôpitaux et autres partenaires de soins de santé, les partenaires autochtones urbains, les directeurs de l'éducation et les associations d'entreprises. Il a également partagé des modèles de communication que les communautés peuvent adapter à leurs besoins.

Priorités des réseaux collaboratifs

- Renforcer les réseaux collaboratifs des agences locales de santé publique avec les partenaires locaux et régionaux du système de santé, y compris les dirigeants autochtones et les prestataires de services de santé autochtones, et continuer à clarifier les structures, les rôles et les responsabilités pendant les épidémies et dans la planification des pandémies.
- Soutenir les réseaux collaboratifs de la province avec les forums locaux, régionaux et provinciaux pour les partenariats de santé publique et des systèmes de santé.
- Intégrer des modèles autochtones de santé publique communautaire et clarifier le rôle du secteur de la santé publique dans le soutien de la santé des populations et des communautés autochtones.

Créer une main-d'œuvre qualifiée, adaptable et résiliente

La capacité du secteur de la santé publique à réagir à une épidémie ou à une pandémie dépend de la présence d'une main-d'œuvre qualifiée, adaptable et résiliente.

Cette main-d'œuvre doit avoir les compétences en matière de santé publique, la capacité de base et la capacité de pointe pour fournir des services à l'échelle et selon l'intensité requise lors d'épidémies ou d'une pandémie - tout en étant capable de répondre à d'autres urgences de santé publique pouvant survenir au même moment **et** de maintenir les opérations essentielles de santé publique. Le personnel de santé publique doit également être en mesure de fournir le leadership et les compétences pour soutenir les organisations partenaires qui contribuent à combattre l'épidémie.

Normes de santé publique pertinentes de l'Ontario



Soutenir une culture de l'excellence dans la pratique professionnelle et assurer une culture de la qualité et de l'auto-amélioration organisationnelle continue.

Réalisations et défis

La COVID-19 a été et continue d'être un test de résistance du personnel de santé publique et de sa capacité d'adaptation.

Le personnel soignant a réagi, mais au prix d'une lourde charge pour les individus, les équipes et le secteur de la santé publique :

- Les agences locales de santé publique ont réaffecté du personnel de tous les secteurs de leurs opérations aux activités liées à la pandémie, telles que la gestion des cas et des contacts et les vaccinations. Un certain nombre d'agences locales de santé publique avaient déjà formé leur personnel aux compétences nécessaires en matière de santé publique dans le cadre de leur planification des épidémies, ce qui a facilité le redéploiement rapide du personnel.
- Le personnel des agences locales de santé publique a assumé de nouveaux rôles pour répondre aux besoins de leurs communautés, soit en fournissant directement des services, soit en négociant avec des partenaires communautaires pour les fournir. Par exemple, pour soutenir les personnes en isolement ou en quarantaine, les agences locales de santé publique ont coordonné les lieux d'isolement, livré des fournitures et organisé les moyens de s'occuper des personnes à charge et des animaux domestiques de ces personnes. Toutefois, la capacité du secteur de la santé publique à redéployer les personnes était limitée par les conventions collectives et les exigences législatives relatives au champ d'exercice des prestataires de soins de santé. Pendant la pandémie, ces restrictions ont été assouplies afin de permettre une utilisation plus efficace des ressources humaines pour répondre aux demandes.
- Face à la demande croissante en matière de gestion des cas et des contacts, le gouvernement a accordé des ressources supplémentaires aux agences de santé publique locales pour embaucher des travailleurs contractuels. Le personnel des agences locales de santé publique a rapidement recruté, formé, coordonné et supervisé un grand nombre et une grande variété de personnes, dont certaines avaient une expérience minimale en matière de santé ou de santé publique. L'embauche de personnes inexpérimentées représentait un défi pour le personnel de santé publique, qui devait consacrer du temps à leur formation et à leur supervision, ce qui signifiait qu'ils étaient moins à même de faire leur propre travail. Dans certaines parties de la province, il n'y avait pas assez de personnes pour occuper les postes disponibles.
- Comme ceux qui travaillent dans d'autres parties du système de soins de santé, tous les membres du personnel du secteur de la santé publique de l'Ontario ont été mis à rude épreuve lors de la lutte contre la COVID-19, avec de longues heures de travail sous une forte pression, et un recrutement compliqué pour pourvoir les postes vacants. Les exigences permanentes ont affecté l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, et ont entraîné une augmentation significative du stress et de l'épuisement professionnel.

Le manque de capacité de pointe a perturbé d'autres services de santé publique Services de santé

Tant en 2020 qu'en 2021, 74 à 78 % des ressources des agences locales de santé publique ont été réaffectées à la lutte contre la COVID-19 (alPHA, 2022). Presque tous les autres services de santé publique ont dû être arrêtés ou reportés.

Bien que toutes les agences locales de santé publique aient des plans de continuité des activités, ces plans ne tenaient pas compte de la nécessité d'ajuster les niveaux de service et d'interrompre la prestation de services sur une période aussi longue (près de trois ans actuellement). Si les dommages sont relativement limités lorsqu'une agence locale de santé publique doit retarder certaines activités pendant quelques semaines, plus l'urgence se prolonge ou plus elle est complexe (c'est-à-dire plusieurs urgences simultanées), plus l'impact négatif de la perturbation sur les autres services de santé publique est important.

Les plans d'urgence et de continuité des activités dans le domaine de la santé publique doivent être mis à jour afin de refléter les ressources et les stratégies requises lors d'une perturbation à long terme des activités normales. L'objectif est de mettre en place des plans et des mesures d'urgence qui permettront au secteur de la santé publique de réagir à une épidémie ou à une pandémie tout en continuant à fournir d'autres programmes et services de santé publique essentiels.

Si le secteur de la santé publique a été en mesure de lutter contre l'épidémie COVID-19, il est clair que, face à une pandémie, le personnel de santé publique ne dispose pas d'une capacité d'intervention adéquate.

Exemples de services des agences locales de santé publique qui ont été sévèrement réduits ou retardés pendant la COVID-19 :

- vaccinations scolaires de routine
- services de santé pour les enfants, y compris les visites « Bébé en santé, enfants en santé »
- évaluations de la santé des populations
- travail en amont sur les déterminants sociaux de la santé
- services de santé sexuelle et dépistage des infections sexuellement transmissibles
- suivi clinique et de santé publique des infections sexuellement transmissibles
- inspections de salubrité alimentaire/des restaurants
- prestation de programmes de prévention de la toxicomanie et des blessures
- mise en œuvre d'initiatives d'alimentation saine et d'activité physique

Les conséquences négatives des retards dans l'accès aux services de santé publique pourraient perdurer pendant des années.

La COVID-19 a permis de tester les plans de continuité des activités de santé publique et de souligner l'importance cruciale de la planification pour les épidémies ou les pandémies qui durent longtemps.

Les autres urgences ne s'arrêtent pas pendant une pandémie

L'un des arguments les plus convaincants pour investir dans les effectifs de la santé publique et dans la capacité de pointe est que les autres urgences de santé publique et les épidémies saisonnières, comme la grippe et le virus respiratoire syncytial, ne s'arrêtent pas simplement parce qu'il y a une pandémie.

Une agence de santé publique du nord de l'Ontario a signalé que, pendant la COVID-19, elle prenait également en charge :

- des foyers de tuberculose
- une épidémie de blastomycose
- les évacuations de communautés liées aux inondations et aux incendies, y compris de communautés des Premières Nations
- la recrudescence actuelle de consommation d'opioïdes et la nécessité d'accroître les services de réduction des risques, notamment en mettant en place des services de consommation et de traitement.

Priorités en matière de main-d'œuvre

- Constituer une main-d'œuvre de santé publique flexible, adaptable et résiliente au sein des organismes de santé publique à l'échelle locale, régionale et provinciale (ministère de la Santé et Santé publique Ontario), qui :
 - ◇ a reçu une formation polyvalente sur les compétences essentielles de santé publique
 - ◇ possède des capacités d'adaptation pour répondre aux épidémies et aux pandémies ainsi qu'à d'autres urgences, tout en maintenant les services essentiels de santé publique
 - ◇ est soutenue par des environnements de travail sains.
- Développer une capacité de pointe pour augmenter rapidement les effectifs de santé publique et former des intervenants supplémentaires aux compétences essentielles en cas de pandémie (par exemple, la vaccination, la gestion des cas et des contacts, la prévention et le contrôle des infections).
- Renforcer les plans de continuité des opérations des agences de santé publique pour tenir compte des épidémies de durée variable, et identifier les stratégies et les ressources permettant de maintenir et de rétablir les services de santé publique lors de perturbations prolongées.

Investir dans des tests et des diagnostics innovants d'avant-garde

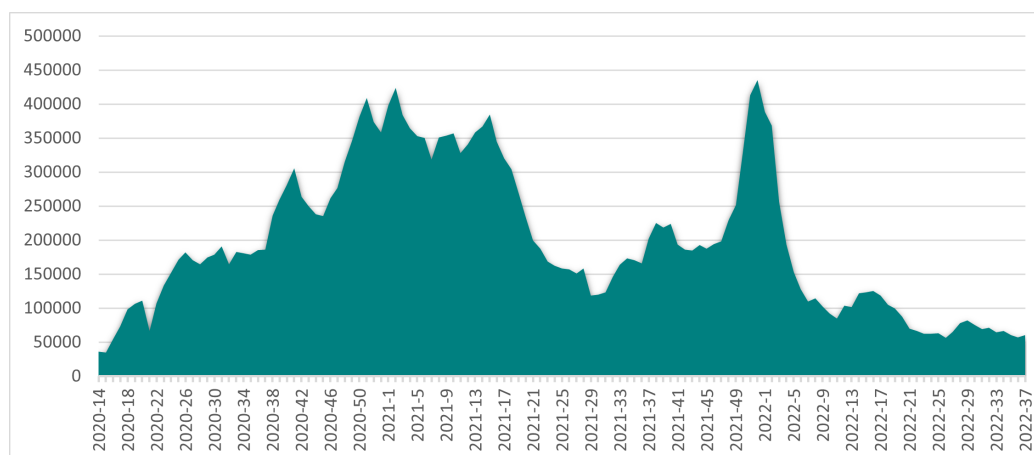
La capacité de dépistage est essentielle pour la détection précoce et la gestion des épidémies.

Plus tôt la santé publique peut détecter un nouvel agent pathogène, plus tôt elle peut agir pour le contenir. Chaque information diagnostique précoce permet de gagner du temps pour comprendre le risque, évaluer si un agent pathogène est en train d'émerger, de se propager ou de muter, et mettre en œuvre des mesures pour ralentir ou arrêter sa propagation.

Réalisations et défis

- Dans le cadre de sa collaboration avec le Réseau canadien de surveillance des sentinelles, Santé publique Ontario (SPO) fait appel à des praticiens communautaires pour effectuer des tests de dépistage de la grippe et d'autres virus respiratoires afin d'informer l'épidémiologie de la grippe et l'efficacité des vaccins. Ce programme permet au système de dépistage de détecter les cas de manière précoce.
- Au début de la pandémie de COVID-19, le laboratoire de SPO avait la capacité de traiter environ 10 000 tests par jour. Au début de la pandémie, il a considérablement augmenté sa capacité et introduit de nouvelles méthodologies de test. Pour répondre à la demande croissante de tests, le réseau provincial de tests COVID-19, soutenu par le ministère de la Santé de l'Ontario, a été constitué sous la forme d'un réseau de 40 hôpitaux indépendants et de laboratoires de santé publique et communautaires. Plus de 170 centres d'évaluation, plus de 200 pharmacies et un certain nombre d'installations mobiles et éphémères ont effectué des tests et envoyé des échantillons aux laboratoires du réseau. Au plus fort de son activité, le réseau provincial de dépistage traitait plus de 100 000 tests PCR COVID-19 par jour, et plus de 75 % des personnes testées obtenaient leurs résultats dans les 48 heures.

Figure 6 : Tendances du nombre de tests de laboratoire COVID-19 par semaine en Ontario au fil du temps (d'avril 2020 à septembre 2022)



Bien que le laboratoire de SPO et d'autres laboratoires du réseau aient été en mesure d'augmenter les volumes de tests COVID-19, ils ne disposaient pas des systèmes automatisés de demande de tests ou de rapports pour prendre en charge ces volumes. Les demandes de tests étaient encore remplies à la main, ce qui entraînait de nombreuses heures de saisie manuelle des données dans les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les laboratoires et les agences de santé publique. Dans le pire des cas, ces processus manuels ont entraîné des retards ou l'absence de résultats, ce qui a eu un impact négatif sur les soins cliniques et la réponse sanitaire vis-à-vis des patients.

Le problème a été souligné dans le rapport final de la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, qui a recommandé que l'Ontario « assure une capacité de pointe des laboratoires [...] [qui donne la priorité] aux soins de longue durée en ce qui concerne l'accès à des tests efficaces et à la communication rapide et efficace des résultats des tests, [y compris] en veillant à ce que les foyers de soins de longue durée aient la capacité technologique de recevoir des résultats de tests médicaux électroniques ».

Il y avait également des inégalités géographiques liées à l'accès aux tests et aux résultats. L'augmentation de la capacité de tests a surtout profité aux Ontariens qui vivaient dans les grands centres urbains ou à proximité. De nombreuses personnes vivant dans des zones rurales et reculées ont dû parcourir de plus longues distances pour accéder à un site de test, et attendre plus longtemps pour que les échantillons arrivent aux laboratoires de test et pour recevoir leurs résultats. Ces retards ont compliqué le travail des agences de santé publique pour identifier et isoler les personnes infectées avant que le virus n'ait eu le temps de se propager. Cela impliquait aussi que :

- certaines personnes et leurs proches sont restés en isolement plus longtemps que nécessaire dans l'attente de résultats de tests tardifs
- les épidémies dans les foyers de soins de longue durée et d'autres établissements n'ont pas pu être gérées de manière appropriée en raison du temps nécessaire pour identifier les personnes positives.

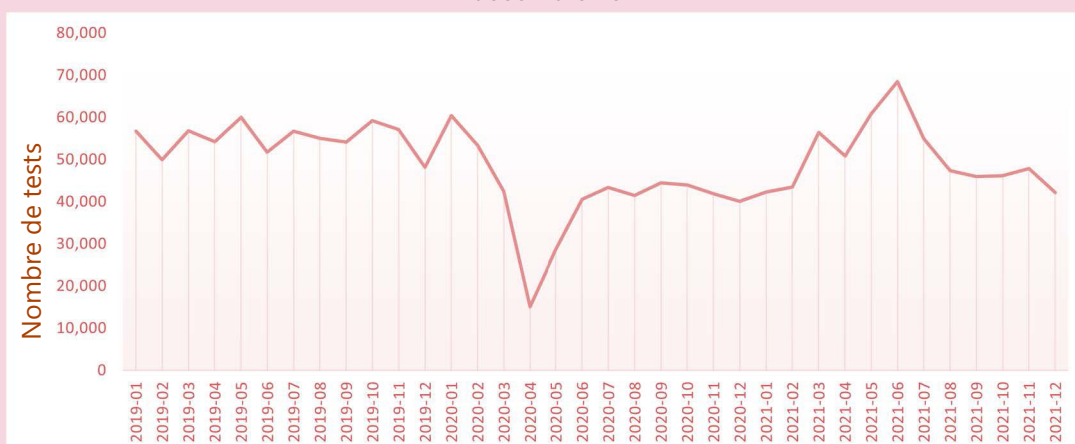
L'Ontario a dû chercher d'autres stratégies pour fournir des tests plus rapides dans toute la province, notamment en investissant dans des trousse de tests antigéniques rapides, en introduisant le test ID NOW (voir encadré) et en recourant à l'auto-prélèvement d'échantillons pour réduire l'engorgement des sites de collecte.

Manque de capacité de pointe des laboratoires Accès limité à d'autres tests

La réponse rapide de l'Ontario à la nécessité d'effectuer des tests de dépistage de la COVID-19 s'est faite au détriment d'autres tests de dépistage de maladies infectieuses généralement réalisés par les laboratoires de santé publique de l'Ontario.

La combinaison des perturbations des soins cliniques et des problèmes de capacité des laboratoires a fait que les gens n'ont pas eu accès aux tests de laboratoire de routine qu'ils auraient normalement dû recevoir, ce qui peut avoir entraîné des retards importants dans les diagnostics et de mauvais résultats en matière de santé. Par exemple, en 2020, le dépistage du VIH a diminué de 26 %.

Figure 7 : Nombre de tests de diagnostic du VIH par semaine au laboratoire de Santé publique Ontario, de janvier 2019 à décembre 2021



La planification de l'épidémie doit inclure des stratégies visant à garantir un accès continu aux tests de diagnostic réguliers ainsi que la capacité d'accélérer les tests pour un pathogène émergent.



Étude de cas : ID Now permet de réaliser des tests plus rapidement dans les communautés des Premières Nations

Le nord de l'Ontario présentait des taux de cas de COVID-19 élevés par rapport au sud de la province. Bien que les populations du nord aient été fortement touchées par la COVID-19, elles avaient moins accès à un dépistage en temps voulu. Pour combler cette lacune dans les communautés des Premières Nations, le secteur de la santé publique de l'Ontario a travaillé en étroite collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour mettre en œuvre l'analyseur ID Now Abbott™ : une machine qui fournit rapidement des résultats de tests moléculaires au point de service. Des analyseurs ont été installés dans 98 communautés des Premières Nations du nord de l'Ontario afin de fournir des tests au point de service, ce qui signifie que les personnes de ces communautés n'ont plus à attendre les jours ou les semaines qui pouvaient être nécessaires pour recevoir des résultats de laboratoire.

L'Ontario a travaillé avec les communautés, en formant le personnel local à la réalisation des tests et au fonctionnement de l'analyseur ID Now. La mise en œuvre de ce dépistage s'est heurtée à plusieurs difficultés, notamment la modification de la législation pour permettre aux professionnels de la santé non réglementés d'administrer les tests, et trouver des moyens de communiquer les résultats des tests à l'Agence de santé publique, dans le cadre de la surveillance provinciale.

À l'avenir, les efforts visant à améliorer la capacité de dépistage devraient s'appuyer sur les leçons tirées de la COVID-19 sur la manière de fournir un accès plus équitable au dépistage dans toute la province pour toutes les communautés et sur les capacités des services de santé nécessaires pour collecter les spécimens en temps opportun et de manière géographiquement équitable. Par exemple, en fournissant des ressources de dépistage dans une variété de sites et de modalités, tels que les cliniques de soins primaires, les pharmacies, les services paramédicaux communautaires, les centres d'évaluation, les sites mobiles, et l'autocollecte à domicile, on peut favoriser une augmentation rapide du dépistage dans la province, éviter l'utilisation inutile des services d'urgence comme sites de dépistage, et produire des données opportunes pour éclairer la surveillance et l'intervention en santé publique.

Priorités en matière de dépistage

- Renforcer l'infrastructure provinciale de bout en bout en matière de dépistage, notamment la capacité de collecte et de traitement des échantillons, les technologies de pointe en matière de dépistage et les systèmes de données qui automatisent le processus de demande de dépistage et la communication des résultats.
- Renforcer l'infrastructure des laboratoires provinciaux afin de pouvoir effectuer un grand nombre de tests à l'échelle de la province en cas de pandémie, tout en conservant la capacité d'effectuer des tests de routine.
- Maintenir la capacité et l'expertise du laboratoire de SPO en matière de détection, de surveillance et de génomique des maladies infectieuses émergentes.

Renforcer les systèmes de surveillance en temps réel et le savoir-faire scientifique

La surveillance et le suivi sont essentiels pour la prévention, la détection et la gestion des maladies infectieuses.

L'Ontario a besoin d'informations de surveillance rapides, précises et détaillées ainsi que d'un accès facile à l'expertise scientifique pour : renforcer sa capacité à détecter et à surveiller les menaces de maladies; et orienter les décisions concernant les mesures de santé publique lorsqu'une menace atteint une certaine ampleur.

La surveillance est également essentielle à l'équité en matière de santé. Les informations issues de la surveillance sont utilisées pour identifier les personnes présentant un risque élevé d'être infectées et/ou de souffrir de problèmes de santé, et pour orienter la prévention et le traitement. Pour être utiles - en particulier lors d'une épidémie ou d'une pandémie - les données de surveillance doivent être collectées, analysées, synthétisées et partagées rapidement, de préférence en temps réel, avec ceux qui tentent de comprendre et d'interrompre la propagation des maladies au niveau local et au-delà de nos frontières.

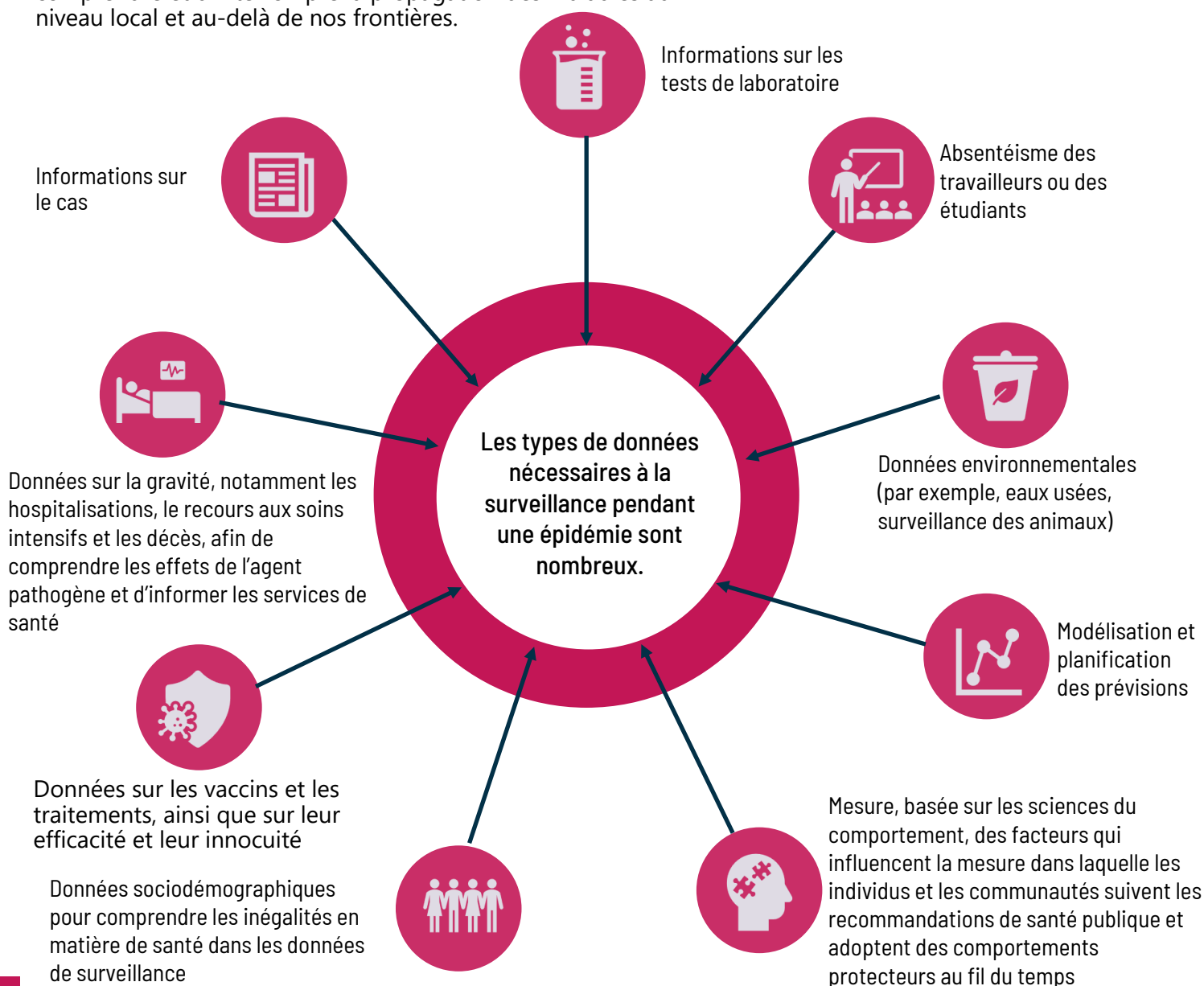
Normes de santé publique pertinentes de l'Ontario



Interpréter et utiliser les données de surveillance pour communiquer des informations sur les risques aux publics concernés.

Effectuer une évaluation et une surveillance de la santé de la population en ce qui concerne les maladies infectieuses et transmissibles et leurs déterminants.

Effectuer une surveillance et une analyse épidémiologique, y compris le suivi des tendances dans le temps, des tendances émergentes et des populations prioritaires.



Réalisations et défis

La surveillance de l'Ontario en action pendant COVID-19 :

- Grâce à des données locales montrant que les communautés et les quartiers à faible revenu, les nouveaux arrivants et les communautés raciales et ethniques diverses étaient touchés de manière disproportionnée par la COVID-19, le secteur de la santé publique a pu cibler les services de dépistage et de vaccination sur les communautés à haut risque.
- Les populations noires, sud-asiatiques et autres populations racisées ont pu utiliser les données locales sur les disparités en matière de santé pour défendre et mettre en place des services de santé pour leurs communautés.
- L'Ontario a utilisé des méthodologies récemment développées pour tester les eaux usées municipales afin d'aider à comprendre les niveaux de virus à l'échelle de la population au sein des communautés.
- En raison des investissements antérieurs du laboratoire de SPO dans les tests génomiques pour les épidémies de maladies d'origine alimentaire et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'Ontario était un chef de file mondial dans le séquençage du génome entier (WGS) pour la COVID-19. L'Ontario a tiré parti de cette capacité du laboratoire de SPO et d'autres laboratoires de la province pour fournir des évaluations continues en temps réel de l'évolution du virus afin de contribuer à la surveillance provinciale, nationale et mondiale.
- COVAXON, le système centralisé de collecte des données sur la vaccination, a permis de suivre en temps réel l'utilisation des vaccins COVID-19 dans toute la province. Grâce à une structure de gouvernance des données qui a fait de la province le dépositaire de renseignements sur la santé pour COVAXON, l'Ontario disposait des informations nécessaires pour évaluer l'adoption et l'efficacité du vaccin en temps réel.
- SPO a utilisé les données de surveillance pour élaborer une série de rapports épidémiologiques et de produits de connaissances synthétisant la littérature émergente sur la COVID-19, qui ont été utilisés au niveau provincial et international.
- Les initiatives de données ouvertes de l'Ontario ont rendu les informations sur la COVID-19 plus transparentes, et ont permis aux chercheurs et aux scientifiques, y compris les modélisateurs, de développer des analyses et des modèles pour soutenir les décideurs (Hillmer et coll., 2021).
- La Ontario Science Advisory Table (maintenant le Comité consultatif scientifique ontarien des urgences de santé publique de Santé publique Ontario), un groupe multidisciplinaire de chercheurs et de scientifiques, a analysé les données provinciales et fourni des conseils au secteur de la santé publique et au gouvernement.

Mais il y avait encore des lacunes et des défis à relever. L'Ontario ne dispose pas des éléments clés de l'infrastructure du système de surveillance et de données, y compris les ententes de collecte et d'utilisation des données, pour fournir des données complètes et adaptées à la prise de décision. Par exemple, bien que la plus grande menace de pandémie provienne de virus zoonotiques qui se transmettent de la faune à l'homme, il y a un manque de surveillance intégrée des données humaines, animales et environnementales pour soutenir l'approche « Une seule santé ».

Au départ, l'Ontario n'avait pas l'autorité ou la capacité de recueillir des données sur la race, l'ethnicité ou d'autres caractéristiques sociodémographiques des cas de COVID-19 pour comprendre quelles populations étaient le plus à risque de contracter la COVID-19. La province ne disposait pas non plus de processus permettant de garantir que la manière dont les données étaient collectées et utilisées respectait la souveraineté des données autochtones ainsi que l'importance d'un engagement, d'une gouvernance, d'un accès et d'une protection responsables des données relatives à la race.

Absence de systèmes de données intégrés

Les systèmes de données utilisés par les agences de santé publique, les hôpitaux, les soins primaires, les laboratoires et les maisons de soins de longue durée ne sont pas intégrés et ne peuvent pas communiquer entre eux. Le manque d'intégration des systèmes d'information entraîne une duplication inutile de la collecte de données ainsi que des informations manquantes. Au cours de la COVID-19, certains progrès ont été réalisés dans l'intégration des données pour soutenir la gestion des cas et des contacts, et la vaccination (COVAXON), mais ces systèmes ne peuvent actuellement être utilisés que pour la COVID-19. Ils n'ont pas pu être adaptés à la MPOX lorsqu'elle est apparue en 2022. Les agences de santé publique ont dû revenir à des processus manuels lourds et chronophages pour les enquêtes sur les cas et les contacts et les vaccinations, et les données sur les cas et les vaccinations contre la MPOX ne peuvent pas être facilement reliées.

La province ne dispose pas de systèmes permettant de signaler automatiquement les hospitalisations et les décès de personnes atteintes de maladies importantes pour la santé publique. Par conséquent, les organismes de santé publique ont dû recourir à des processus manuels à forte intensité de main-d'œuvre pour évaluer le nombre de personnes atteintes de la COVID-19 qui avaient été hospitalisées, se trouvaient dans une unité de soins intensifs ou étaient décédées à cause de la COVID-19.

L'utilisation la plus efficace de l'expertise scientifique repose sur un éventail interdisciplinaire de compétences, notamment dans les domaines de la biomédecine, des sciences sociales, de l'éthique, du droit et de l'histoire, organisé de manière à fournir un flux de recherches, de preuves et de connaissances qui intègre les enseignements tirés de la pratique et fournit des informations synthétisées et opportunes pour la prise de décision. Pendant la pandémie de COVID-19, plusieurs entités scientifiques de la province, ainsi que du pays et de l'étranger, ont produit des résumés similaires de la littérature en évolution rapide. Le manque de coordination entre ces réseaux scientifiques a entraîné des doublons inutiles. Au cours de la pandémie, les organisations de l'Ontario ont mis en place une infrastructure de synthèse des données probantes afin de fournir rapidement des synthèses de données probantes sur un éventail de sujets pour informer les décideurs de l'état actuel de la science. Des approches comme celle-ci peuvent contribuer à garantir une utilisation plus efficace et efficiente de l'expertise scientifique.



Étude de cas : Reconnaître les autochtones Souveraineté des données

Tant les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) que la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) renforcent le droit des peuples autochtones à la souveraineté des données et à l'autodétermination.

Au cours de la COVID-19, l'Ontario a dû relever des défis pour s'assurer que, lorsque les communautés des Premières Nations appuyaient les efforts de collecte de données de santé publique sur les cas et la vaccination, les données étaient recueillies, saisies et partagées d'une manière conforme aux principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession des données) des Premières Nations, aux principes PCAP pour les Métis, aux principes Qaujimajatuqangit inuit pour les Inuits, ou à d'autres structures directrices de souveraineté des données en place, qui sont essentielles à la souveraineté et à l'autodétermination des données autochtones.

Ces principes et les structures de souveraineté des données ne sont pas encore bien établis ou intégrés dans le système de soins de santé de l'Ontario, et il a été difficile de combler cette lacune en plein milieu d'une pandémie mondiale. Par conséquent, il était difficile pour les communautés des Premières Nations, Services aux Autochtones Canada, les dirigeants autochtones et les agences de santé publique d'accéder aux données de surveillance qui pouvaient informer et orienter les conseils et les interventions en matière de santé publique.

Le processus de collaboration avec les communautés autochtones pour déterminer si et comment leurs données seront collectées, consultées, utilisées et gérées dans le respect de leurs droits à la souveraineté des données devrait faire partie intégrante de la planification continue des épidémies et des pandémies.

Priorités en matière de surveillance

- Renforcer la capacité de la province à mener la surveillance « Une seule santé » des virus zoonotiques et la surveillance environnementale.
- Renforcer l'infrastructure de surveillance provinciale pour fournir des informations complètes en temps réel sur les résultats de laboratoire, les cas, la gravité, les vaccinations et les données sociodémographiques, qui peuvent être adaptées rapidement pour être utilisées avec tout pathogène nouveau ou émergent.
- Élaborer des mécanismes de gouvernance des données qui permettent à la province d'accéder à des données de surveillance locales, pertinentes et opportunes pendant une épidémie ou une pandémie, notamment en collaborant respectueusement avec les communautés autochtones, noires et autres communautés racialisées pour déterminer comment leurs données peuvent être recueillies et utilisées de manière responsable pour remédier aux inégalités.
- Développer des plates-formes et des processus proactifs pour coordonner le travail effectué par les experts scientifiques afin de générer des preuves et des produits de connaissance pour éclairer la prise de décision en matière de santé publique.

Fournir des ressources pour les interventions critiques

L'accès aux bonnes ressources, au bon endroit et au bon moment, est essentiel à la préparation et à la réponse à une pandémie.

Le maintien de l'accès aux ressources d'intervention essentielles est particulièrement difficile lors d'une pandémie mondiale, lorsque la concurrence est féroce pour des ressources limitées et que les chaînes d'approvisionnement sont perturbées. Pendant la COVID-19, Les juridictions qui avaient investi dans l'expertise en matière de contrôle de l'infection ainsi que dans des stocks d'équipement de protection individuelle (EPI), y compris des masques, des gants, des blouses et du désinfectant pour les mains, dans le cadre de la planification de la pandémie étaient dans une position beaucoup plus forte pour répondre que celles qui ne l'avaient pas fait.

Bien que les pandémies futures puissent créer des besoins en ressources différents (par exemple, ventilateurs, capacité de soins actifs, traitements), tous nécessiteront une planification logistique pour garantir l'accès ainsi que des cadres éthiques pour l'allocation des ressources en cas de pénurie. Trois types de ressources d'intervention critiques sont susceptibles d'être nécessaires lors de toutes les épidémies et pandémies :

- des interventions et des compétences en prévention et lutte contre les infections dans les milieux de soins de santé et les établissements collectifs
- un approvisionnement fiable en équipements de protection individuelle
- un accès rapide aux vaccins et aux traitements (si/quand ils sont disponibles)

Interventions et expertise en matière de prévention et de contrôle des infections

Les interventions et l'expertise en matière de prévention et contrôle des infections (PCI) constituent une ressource essentielle de la santé publique et un outil clé dans la prévention et la gestion des épidémies.

L'expertise de la PCI s'est traditionnellement concentrée sur les établissements de soins de santé actifs, mais elle constitue une première ligne de défense contre les maladies infectieuses dans tous les milieux où les gens se rassemblent, y compris les maisons de soins de longue durée, les maisons de retraite, les lieux de travail, les écoles, les résidences post-secondaires, les établissements correctionnels, les centres d'hébergement et même nos propres maisons. Des interventions et des pratiques efficaces en matière de prévention et de contrôle des infections peuvent réduire la propagation des maladies saisonnières et améliorer la santé et la résilience générales; elles peuvent également contribuer à prévenir l'émergence de nouveaux agents pathogènes.

Réalisations et défis

Les épidémies permettent de déceler rapidement les faiblesses de la prévention et du contrôle des infections.

En 2003, le SRAS a révélé les lacunes de la PCI dans le secteur des soins actifs. Dans le cadre de l'investissement post-SARS dans la préparation à la pandémie, le système de santé a fait un investissement substantiel dans les programmes et l'expertise de la PCI, qui se concentraient sur les établissements de soins actifs et disposait de ressources limitées pour prendre en charge d'autres paramètres.

La COVID-19 a mis en évidence les lacunes de la PCI dans d'autres parties du système de soins de santé, comme les maisons de soins de longue durée et les maisons de retraite, ainsi que dans d'autres milieux communautaires, tels que les centres d'hébergement et les lieux de travail. De nombreux établissements de santé ne dispensant pas de soins actifs n'avaient pas accès aux ressources et à l'expertise de la PCI dont ils avaient besoin, ni aux bonnes pratiques mises en place de manière cohérente pour empêcher la propagation de la COVID-19. Les milieux communautaires ont également été confrontés à des défis importants dans l'application des recommandations de la PCI pour les établissements de soins de santé dans leur contexte.

L'Ontario n'a pas suffisamment de praticiens certifiés en prévention des infections pour répondre à la demande. La province a également besoin de plus de preuves sur la manière d'aider les établissements de soins de santé et autres ainsi que les individus à mettre en œuvre de manière cohérente les interventions et les pratiques de la PCI.

Dans le but de combler les lacunes de la PCI, l'Ontario a pris des mesures pour améliorer la qualité et la cohérence des interventions et des pratiques de contrôle des infections pendant la COVID-19 :

- Cela a créé des centres régionaux de PCI chargés de fournir une expertise et un soutien aux établissements communautaires d'hébergement collectif financés et supervisés par le ministère de la Santé, des Soins de longue durée, le ministère des Aînés et de l'Accessibilité, le ministère des Affaires municipales et du Logement, et le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, notamment les maisons de soins de longue durée, les maisons de retraite, les centres d'hébergement, les logements supervisés et d'autres établissements résidentiels.
- Les centres ont été soutenus par le ministère de la Santé, les agences de santé publique, Santé publique Ontario et Santé Ontario, ainsi que par les hôpitaux locaux, qui ont fourni des conseils et une assistance en temps réel sur les questions de contrôle des infections. Cette expertise a aidé les établissements collectifs à renforcer leurs capacités internes en matière de PCI.

Toutefois, il faut faire davantage pour être prêt à affronter la prochaine épidémie. La Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario (2021) a recommandé que la santé publique « élabore des normes minimales, des pratiques exemplaires et des principes liés à la capacité, à la formation et à la certification en matière de PCI, tant pour les dirigeants que pour le personnel des foyers de soins de longue durée ».

Le citoyen et l'employeur moyens peuvent aussi maintenant mieux comprendre les différentes mesures de prévention et de contrôle des infections qui peuvent aider à se protéger contre la propagation des pathogènes respiratoires, comme l'hygiène des mains, le fait de rester à la maison lorsqu'on est malade, le port d'un masque dans les espaces publics et l'amélioration de la qualité de l'air intérieur et de la ventilation. Les Ontariens pourraient être plus enclins à adopter ces mesures dans le cadre de leur vie quotidienne, ainsi que pendant les épidémies et les pandémies.

Le rôle des politiques et des changements environnementaux dans la prévention et le contrôle des infections

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence le potentiel des politiques sociales, des technologies et des changements environnementaux tels qu'une meilleure ventilation pour aider à prévenir la transmission des maladies. Par exemple :

- Le gouvernement de l'Ontario a indemnisé les gens pour un maximum de trois jours de congé de maladie liés à la COVID-19 afin qu'ils puissent rester à la maison lorsqu'ils sont malades.
- Les gouvernements provincial et fédéral ont investi dans l'amélioration de la ventilation et de la qualité de l'air intérieur dans divers milieux, dont les hôpitaux et les écoles (gouvernement de l'Ontario, 2021; gouvernement de l'Ontario, 2022).
- L'Ontario a fourni des directives aux entreprises, aux organisations et aux particuliers sur la façon de réduire le risque de transmission de la COVID-19 en améliorant la filtration et la ventilation (Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2022; Siegel J, 2021).
- De nombreux bâtiments ont installé des portes, des robinets et des toilettes sans contact, et beaucoup ont revu les systèmes de ventilation et installé des systèmes de filtration de l'air pour réduire la propagation des virus respiratoires et des bactéries.
- Les maisons de soins de longue durée limitent désormais le nombre de résidents partageant leur chambre et ont réaménagé les chambres pour aider à prévenir la transmission des maladies infectieuses.

Ces types de changements politiques et environnementaux peuvent rendre les communautés plus résilientes face à une épidémie, et devraient faire partie des outils de préparation à une pandémie.

Fourniture fiable d'équipements de protection individuelle

Bien que le type d'équipement de protection individuelle (EPI) nécessaire lors de la prochaine épidémie dépende de l'agent pathogène, l'EPI jouera toujours un rôle dans la réduction des risques.

Au début de la pandémie de COVID-19, la capacité de l'Ontario à fournir des EPI a été limitée par des facteurs mondiaux et locaux, notamment : une demande mondiale massive, des problèmes de chaîne d'approvisionnement, des stocks locaux qui avaient expiré, la concurrence entre les sites qui tentent d'acheter des fournitures, les difficultés de distribution et le manque d'entreprises locales produisant des EPI.

Réalisations et défis

Pendant la pandémie :

- La province a négocié des accords avec des fabricants nationaux pour la production d'EPI afin d'assurer que la province bénéficierait d'un approvisionnement stable.
- La province a coordonné l'achat et la distribution centralisés des fournitures d'EPI afin de garantir l'équité et la rapidité du site pour les établissements de soins de santé de toute la province.
- Les directives provinciales sur l'utilisation appropriée des EPI ont été mises à jour au fil du temps pour refléter l'évolution des preuves.

Cependant, l'EPI a constitué un défi tout au long de la pandémie, principalement en raison de l'évolution des directives sur l'utilisation de l'EPI dans les établissements autres que les établissements de soins de santé, et de la capacité de ces établissements à obtenir un EPI approprié pour leur personnel. Comme l'a noté la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario : « Dans le cadre de sa planification en cas de pandémie, la province devrait s'assurer qu'il existe un processus d'approvisionnement central pour l'équipement de protection individuelle et les autres fournitures nécessaires [et maintenir] dans la province de l'Ontario une capacité de fabrication d'EPI [et] une réserve provinciale en cas de pandémie comprenant des équipements de protection individuelle et d'autres fournitures nécessaires. »

Accès équitable et rapide aux vaccins et aux soins

Les vaccins, lorsqu'ils sont disponibles, sont un outil essentiel pour arrêter ou contrôler la propagation des maladies transmissibles ou réduire le risque de maladie grave.

Aux premiers stades d'une épidémie, il peut y avoir une concurrence mondiale pour le vaccin et, comme ce fut le cas pour la COVID-19, la demande peut dépasser l'offre. Le gouvernement fédéral est responsable de l'approvisionnement en vaccins, y compris la négociation des contrats d'achat de vaccins et la collaboration avec les centres universitaires et les installations de fabrication pour développer la capacité de produire des vaccins au Canada. Cependant, il revient aux provinces et aux territoires d'établir les priorités en matière de vaccins, de gérer la distribution et de collaborer avec les partenaires universitaires pour surveiller l'efficacité et l'innocuité des vaccins.

Investir dans l'innovation

L'Ontario possède une masse critique de scientifiques et de chercheurs qui participent à la recherche et au développement de vaccins et de thérapies. Il faut également tout mettre en œuvre pour renforcer la capacité de la province à innover et à contribuer aux efforts visant à trouver de meilleurs vaccins et traitements ainsi que des moyens plus efficaces de détecter les nouveaux agents pathogènes et de s'en protéger.

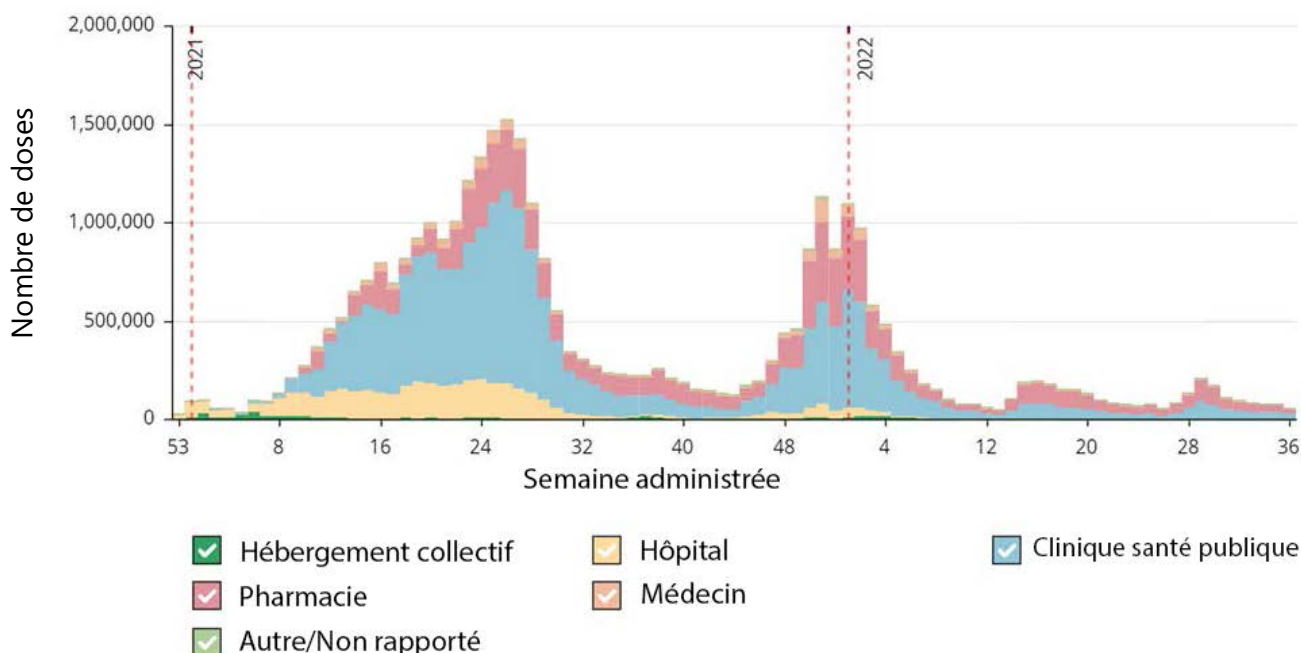
Réalisations et défis

Le monde dispose désormais de l'expertise et des technologies nécessaires pour développer rapidement des vaccins sûrs et hautement efficaces contre certains agents pathogènes émergents. L'Ontario a également démontré à travers deux épidémies (H1N1 et COVID-19) qu'elle dispose de l'infrastructure et de la capacité nécessaires pour intensifier les services d'immunisation. Une fois qu'un approvisionnement en vaccin COVID-19 a été disponible au Canada, l'Ontario a tiré parti de certaines parties du système de santé pour vacciner la population de l'Ontario rapidement et efficacement :

- Les agences de santé publique de l'Ontario ont utilisé avec succès une combinaison de leur propre personnel et d'autres partenaires, comme les hôpitaux, les pharmacies, les organismes autochtones et les ambulanciers paramédicaux, pour offrir des cliniques de vaccination de masse.

- Au plus fort de sa campagne d'immunisation, l'Ontario a livré plus de 1,5 million de doses en une semaine.

Figure 8 : Nombre hebdomadaire de doses de vaccin COVID-19 administrées en Ontario par milieu de vaccination



- Les populations autochtones étaient une priorité pour la vaccination en raison du risque élevé de conséquences graves liées à la COVID-19, en particulier dans les communautés éloignées qui disposent de peu de services de santé. Pour aider à protéger ces communautés, l'Ontario a lancé l'opération Immunité dans les collectivités éloignées. Le programme a permis de vacciner 31 communautés autochtones éloignées et Moosonee. Des leaders autochtones et de la santé publique, des membres de la communauté et des prestataires de services de première ligne ont travaillé ensemble, avec le soutien d'Ornge, des services d'ambulance aérienne et de transport de soins intensifs et de Services aux autochtones Canada, pour faire vacciner les gens. Les coordinateurs communautaires ont aidé à surmonter l'hésitation à se faire vacciner et ont organisé la vaccination (Gouvernement de l'Ontario, 2021; Baifuzhiyeva D, 2022).
- La Black Physicians Association of Ontario et la Black Health Alliance ont collaboré avec les agences locales de santé publique et les partenaires de la santé pour remédier aux disparités dans le déploiement précoce des vaccins et accroître la couverture et la protection des communautés noires de la province (Black Health Alliance, 2022).
- Au fur et à mesure que le programme de vaccination contre la COVID-19 se développait et devenait plus complexe, les partenaires de la santé publique et du système de santé se sont rapidement adaptés aux changements d'orientation et ont mis en œuvre des mesures individuelles et au niveau de la population tout en maintenant des niveaux élevés de distribution de vaccins dans la province.
- L'Ontario a également réussi à trouver des moyens novateurs d'offrir des services d'immunisation à des populations et à des groupes qui, en raison de préoccupations personnelles en matière de santé, d'horaires de travail, de la distance qui les sépare des cliniques d'immunisation de masse, de l'absence de transports en commun, de problèmes d'accès au système de réservation en ligne, ou l'hésitation à se faire vacciner, peuvent ne pas avoir reçu leurs vaccins. Pour être efficaces, les programmes de vaccination doivent être en mesure d'offrir des cliniques de vaccination de masse ainsi que des programmes de vaccination ciblés pour atteindre toutes les personnes possibles.

L'Ontario a très bien réussi à faire vacciner sa population : 81 % des Ontariens sont maintenant complètement immunisés (deux doses). Toutefois, seuls 50 % d'entre eux ont reçu une troisième dose (de rappel), et l'adoption du vaccin auprès des enfants est plus faible que prévu. Ces écarts ne sont pas dus à un manque d'accès aux vaccins, mais à d'autres facteurs, tels que l'hésitation à se faire vacciner, un sentiment d'urgence plus faible en raison de la baisse du nombre d'hospitalisations et de décès, et/ou le message selon lequel les jeunes sont moins exposés aux maladies graves.

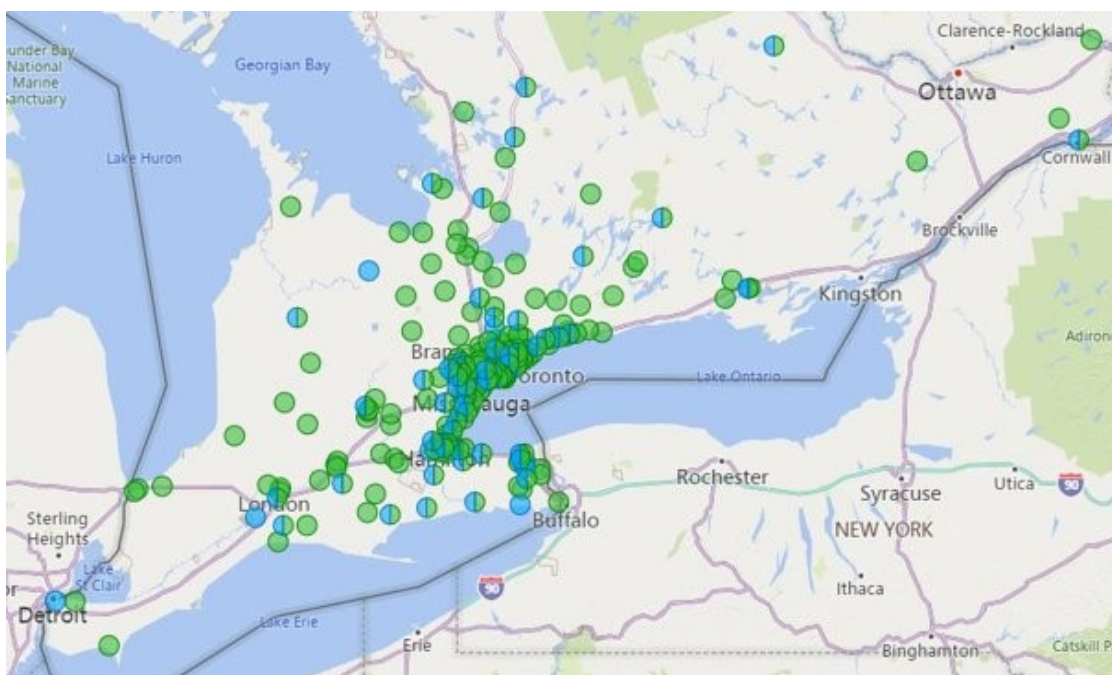


Étude de cas :
Les autobus
GO-VAXX et
les cliniques
mobiles
atteignent
les groupes
de personnes
sous-vaccinées

Entre août 2021 et juillet 2022, les autobus GO-VAXX et les cliniques mobiles de vaccination ont délivré près de 150 000 doses de vaccin COVID-19 à des groupes sous-vaccinés dans 26 des 34 bureaux de santé publique de la province. L'initiative, dirigée par les ministères du Solliciteur général et de la Santé, a collaboré avec Metrolinx, les agences locales de santé publique et d'autres ministères et partenaires, afin d'adapter les autobus pour qu'ils servent de cliniques mobiles de vaccination (GO-VAXX), et d'exploiter des cliniques éphémères dans des sites intérieurs. L'objectif de ces cliniques était d'atteindre les Ontariens qui pourraient rencontrer des obstacles pour prendre rendez-vous dans les cliniques d'immunisation de masse. Les cliniques s'installent dans divers endroits, notamment dans des centres d'hébergement, des foyers pour personnes souffrant de troubles du développement, des établissements pour personnes âgées, des centres communautaires, des centres commerciaux, des événements sportifs, des organisations religieuses et culturelles, des écoles et des établissements d'enseignement post-secondaire.

Le succès des autobus GO-VAXX tient en partie au fait que, pour les personnes qui sont anxieuses ou qui se méfient du système de santé, il ne s'agit pas d'un environnement clinique traditionnel. Bien qu'il s'agisse d'un centre de vaccination entièrement opérationnel, l'ambiance n'est pas clinique, ce qui facilite la démarche pour ceux qui hésitent ou sont nerveux à l'idée d'obtenir leurs vaccins. Les cliniques de vaccination mobiles adaptent également leur approche à la communauté qu'elles tentent d'atteindre : elles travaillent avec des groupes communautaires pour planifier la clinique et faire des aménagements spéciaux pour répondre aux besoins de la communauté.

Figure 9 : Sites des autobus GO-VAXX et des cliniques de vaccination mobiles
(août 2021-juillet 2022)



Accès aux soins

Lors de futures épidémies et pandémies, il se peut que des traitements efficaces soient mis au point plus rapidement que les vaccins, ou qu'il soit urgent de distribuer des traitements à grande échelle. Dans le cadre de la préparation aux épidémies, le secteur de la santé publique doit se coordonner avec le système de santé au sens large afin d'élaborer un plan et un cadre éthique pour la distribution des traitements susceptibles d'être en rupture de stock. Le plan devrait inclure des stratégies visant à assurer : un accès équitable dans toute la province, une prise de décision éthique sur la façon de prioriser les groupes à traiter, des conseils d'experts pour élaborer et mettre à jour les directives de traitement clinique, et des recherches sur l'impact des nouvelles thérapies.

Priorités pour les ressources d'intervention critiques

Compétences en prévention et contrôle des infections

- Développer les preuves, les politiques, les procédures, les normes minimales, les meilleures pratiques (y compris les changements environnementaux, tels qu'une meilleure ventilation, et l'expertise, tels que des praticiens certifiés dans la lutte contre les infections) pour soutenir l'utilisation appropriée des interventions et des pratiques de PCI dans les milieux autres que les soins de santé (par exemple, les lieux d'hébergement collectif, les lieux de travail, les écoles).
- Renforcer la capacité de l'Ontario à fournir des preuves, des politiques, des procédures, des normes minimales et des pratiques exemplaires (y compris des interventions pour l'environnement bâti et l'expertise de PCI) dans tous les milieux de soins de santé afin de réduire les risques posés par les pathogènes émergents, en particulier les maladies zoonotiques et les organismes résistants aux antibiotiques.

Équipement de protection individuelle

- Soutenir la capacité locale de production d'EPI, et établir, gérer et distribuer un stock provincial continu fiable d'EPI appropriés qui évitera la péremption des équipements et garantira un approvisionnement suffisant pour répondre à la demande pendant une pandémie.

Vaccins et soins

- Maintenir les partenariats avec le système de soins de santé, y compris avec les pharmacies, afin de gérer la distribution et la livraison équitables et en temps voulu des vaccins et des produits thérapeutiques, en utilisant une variété d'approches (par exemple, les cliniques de masse, mobiles et éphémères, et les programmes spécifiques à la population).

II. Préparation de la communauté

Les individus et les communautés se portent mieux lors d'épidémies lorsqu'ils sont en bonne santé et vivent dans des conditions sociales favorables.

Les gens sont en meilleure santé et plus résilients lorsqu'ils :

- ont des amis et une famille qui les soutiennent
- sont instruits
- sont logés de manière stable
- occupent des emplois où ils gagnent bien leur vie et ont des congés de maladie payés
- vivent et travaillent dans des environnements physiques sûrs, ont un accès facile aux services de santé
- ont une alimentation saine et des possibilités de pratiquer une activité physique
- ont de bonnes capacités d'adaptation
- ne sont pas victimes de discrimination ou de racisme.

Bien que les Ontariens soient généralement en bonne santé, il y a des gens dans toutes les communautés qui n'ont pas les mêmes possibilités que leurs voisins de jouir d'une bonne santé. Parce qu'ils subissent des inégalités dans des facteurs tels que le revenu, l'emploi, le logement, l'éducation et l'accès aux services de santé, et/ou les répercussions du racisme systémique et du colonialisme, ils ont une santé plus précaire. Lorsque des épidémies surviennent, ces personnes et ces groupes sont à nouveau exposés à un risque plus élevé d'aggravation de leur état de santé.

Pour renforcer l'état de préparation des communautés, le secteur de la santé publique doit travailler avec les populations confrontées aux inégalités en matière de santé pour améliorer la santé et la résilience avant l'apparition d'un nouvel agent pathogène. Pour ce faire, les agences de santé publique doivent :

- Établir des partenariats communautaires durables
- Faire participer la communauté à la création et aux essais de planification des épidémies
- Améliorer l'équité en matière de santé et la résilience

Normes de santé publique pertinentes de l'Ontario



S'engager dans une collaboration multisectorielle avec les municipalités et les autres parties prenantes concernées pour réduire les inégalités en matière de santé.

S'engager avec les communautés et organisations autochtones, ainsi qu'avec les communautés des Premières Nations qui s'efforcent de concilier les questions de compétence, notamment en favorisant et en créant des relations significatives, en commençant par l'engagement jusqu'aux partenariats de collaboration.

Diriger, soutenir et participer avec d'autres parties prenantes à des analyses de l'équité en matière de santé et à l'élaboration de politiques, et promouvoir des politiques publiques saines qui réduisent les inégalités en matière de santé.

Établir des partenariats communautaires durables

Pour améliorer l'équité en matière de santé, le secteur de la santé publique doit établir des partenariats durables et de confiance avec les communautés avant la prochaine menace.

Les partenariats de collaboration respectent et s'appuient sur les forces de la communauté, y compris les leaders communautaires de confiance qui ont une compréhension approfondie du fonctionnement de leur communauté et des obstacles qu'elle rencontre. Les dirigeants communautaires peuvent fournir des conseils précieux à la santé publique sur les besoins de la communauté, sur la manière d'adapter les services de santé publique et sur la façon d'utiliser les services de santé pour répondre à ces besoins, et comment communiquer efficacement avec les membres de la communauté.

Le processus d'établissement de partenariats durables doit inclure des occasions de développer la confiance avec des communautés qui n'avaient auparavant pas de solides relations de travail avec les organismes provinciaux de santé publique; et les stratégies visant à assurer que les partenariats sont maintenus dans le temps (c'est-à-dire lorsque les personnes impliquées dans ces partenariats changent).

Comme l'Ontario l'a appris au cours du COVID-19, le processus de travail avec les communautés doit être plus profond, plus collaboratif et plus durable que les approches traditionnelles du développement communautaire.

L'établissement de véritables relations avec les communautés des Premières Nations doit être réciproque et aller au-delà d'une simple « consultation supplémentaire ».

Réalisations et défis

Au cours de la COVID-19, il y a eu de nombreux exemples d'agences locales de santé publique collaborant avec les communautés pour améliorer les résultats en matière de santé :

- La Stratégie pour les collectivités prioritaires (voir ci-dessous) a permis d'augmenter de manière significative les taux de vaccination dans les communautés présentant un risque plus élevé d'infection par la COVID-19 et des résultats plus graves. Cependant, la stratégie était limitée à des quartiers déterminés, et ce n'est pas toutes les communautés qui auraient pu bénéficier de ces aides qui les ont reçues.
- Des efforts particuliers ont été déployés pour atteindre des communautés culturellement et linguistiquement diverses. Par exemple, les agences locales de santé publique situées dans les régions désignées en vertu de la Loi sur les services en français ont tiré parti des mécanismes et des relations existants pour faire participer les communautés francophones à la planification et à la prestation de services qui atteindraient et répondraient aux besoins des Ontariens francophones.
- Des ambassadeurs communautaires locaux financés par la province ont aidé les agences locales de santé publique et de santé communautaire à établir des liens avec des communautés culturellement et linguistiquement diverses ayant des besoins plus importants.
- Dans certains cas, les communautés ont travaillé avec les agences locales de santé publique pour adapter les conseils de santé publique à leurs conditions de vie, par exemple en modifiant les recommandations d'hygiène des mains pour les ménages sans eau courante, ou en adaptant les recommandations d'isolement pour les personnes vivant dans des logements surpeuplés.
- Les agences locales de santé publique ont soutenu l'autorité souveraine des communautés des Premières Nations à promulguer leurs propres règlements pour, par exemple, fermer les communautés aux personnes extérieures et rouvrir les frontières, les écoles et les entreprises dans les réserves.
- Certaines agences locales de santé publique ont travaillé en collaboration avec les dirigeants et les services communautaires afin de développer des partenariats solides pour aider les personnes en situation d'isolement à répondre à leurs besoins fondamentaux (par exemple, nourriture, soutien social, connexion à Internet, téléphones).

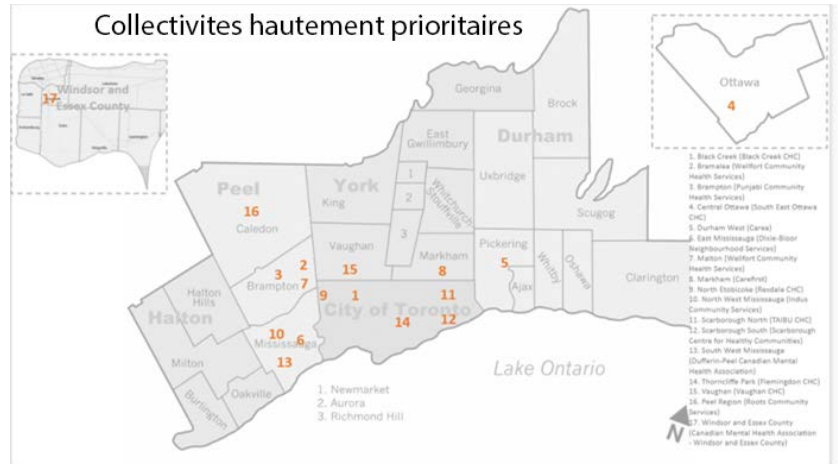


Stratégie pour les collectivités prioritaires : Modèle permettant une plus grande équité en matière de santé

Lorsqu'il est devenu évident que certaines communautés étaient plus à risque de subir des conséquences graves de la COVID-19, la province et de nombreuses agences locales de santé publique ont travaillé avec ces communautés pour mettre en œuvre la **Stratégie pour les collectivités prioritaires** afin de réduire les risques et les inégalités en matière de santé.

La stratégie s'est appuyée sur les données de surveillance pour identifier 17 collectivités hautement prioritaires dans la région du Grand Toronto, à Windsor et à Ottawa, en fonction de la prévalence de la COVID-19, des faibles taux de dépistage et de vaccination, et d'autres facteurs (par exemple, les déterminants sociaux de la santé) susceptibles d'affecter l'accès aux services de santé (diversité raciale/ethnique), et des difficultés à répondre aux besoins fondamentaux (précarité économique).

Figure 10 :
Collectivités prioritaires



L'équipe provinciale a collaboré avec les organismes responsables de chaque collectivité

afin de planifier et de mettre en œuvre des initiatives adaptées à la culture et à la langue qui réduiraient les obstacles et amélioreraient l'accès à la sensibilisation et à l'éducation de la collectivité, au dépistage et à la vaccination, ainsi qu'aux aides sociales globales. Les collectivités ont développé des communications ciblées dans les langues pertinentes. Ils ont engagé des ambassadeurs communautaires armés d'informations pour promouvoir les services et les soutiens liés à la COVID-19, et combattre la désinformation et les mythes. Les services de dépistage et de vaccination ont été proposés par des prestataires de soins primaires de confiance, dans des contextes culturellement sûrs et dans les langues appropriées, et les cliniques ont fonctionné pendant de plus longues heures et ont assuré le transport. Chaque collectivité a également assuré la gestion des cas et l'orientation vers d'autres services, tels que le soutien émotionnel, l'accès aux EPI, les installations d'isolement, les magasins d'alimentation, les banques alimentaires et l'aide financière.

Grâce à ces initiatives, les taux de dépistage et de première dose de vaccin dans les collectivités prioritaires sont désormais comparables à ceux des autres régions de la province.

Stratégie pour les collectivités prioritaires comprenait :

- Un focus proactif sur les personnes présentant un risque accru, sur la base des connaissances de la collectivité en matière de moteurs des mauvais résultats en matière de santé
- L'engagement de la collectivité sur la base de la confiance, et le financement des organismes chefs de file, des leaders communautaires et des pairs pour fournir des services adaptés à la culture
- La priorisation du rapprochement des services de santé et des services sociaux pour résoudre les disparités d'accès et de résultats
- L'établissement d'un réseau durable de partenaires pour maintenir les relations entre les communautés et les équipes de soins
- Le développement d'une infrastructure pour une gestion efficace des soins, qui dirige les ressources là où elles sont le plus nécessaires.

Même les partenariats communautaires solides peuvent être mis à l'épreuve dans des situations de pandémie, et ces scénarios deviennent plus difficiles lorsqu'il n'y a pas de relation de confiance préexistante.

Les agences locales de santé publique ont indiqué qu'il était difficile de gérer les épidémies et de mettre en œuvre les mesures de santé publique appropriées dans les lieux de vie collectifs ou surpeuplés, tels que les centres d'hébergement (voir encadré).



Étude de cas : Adaptation des mesures de santé publique aux centres d'hébergement

Au début de la pandémie, les mesures de lutte contre les épidémies pour les personnes vivant dans des centres d'hébergement étaient très restrictives. Chaque fois qu'un cas de COVID-19 était diagnostiqué dans un centre d'hébergement, les autres personnes utilisant ces services devaient être mises en isolement ou en quarantaine pendant de longues périodes. Cela signifie qu'ils ne pouvaient pas travailler ou accéder aux services de soutien. Certaines clients ont choisi de ne plus utiliser les services des centres d'hébergement plutôt que de vivre avec ces restrictions.

Bien que de nombreuses agences locales de santé publique entretiennent de solides relations avec les centres d'hébergement locaux et leurs clients, et qu'elles travaillent avec des partenaires communautaires pour soutenir les clients des centres d'hébergement, elles ne pouvaient pas répondre à tous les besoins. Le personnel de toutes les agences impliquées a trouvé très décourageant que les efforts pour protéger les personnes vulnérables de la COVID-19 aient un impact aussi négatif sur leur santé et leur bien-être social. Dans certaines régions, les centres d'hébergement pour sans-abri ont adopté des modèles de fonctionnement différents, comme le recours à des hôtels, mais cette option n'était pas disponible dans toutes les communautés.

Dans certaines collectivités des Premières Nations, une grande partie de la collectivité pouvait être en isolement ou en quarantaine pendant de longues périodes pendant que les personnes malades attendaient les résultats des tests. Dans d'autres cas, les collectivités ont choisi d'utiliser des mesures supplémentaires pour empêcher la COVID-19 d'entrer dans leur collectivité. Par exemple, les membres qui reviennent à la collectivité devaient être testés avant leur arrivée, puis subir une quarantaine prolongée. Bien que ces mesures aient protégé la collectivité, elles ont augmenté le stress sur les individus et les familles, et ont affecté la santé mentale de la population.

Faire participer la communauté à la création et aux essais de planification des épidémies



Les plans d'urgence doivent être revus, évalués et testés chaque année. La province devrait établir une stratégie de mise à l'essai qui comprend un examen des plans de lutte contre la pandémie et des simulations complètes faisant appel à tous les intervenants clés participant à la mise en œuvre du plan.

Comme l'a noté la Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario :

La planification des épidémies est un processus d'apprentissage permanent et d'amélioration continue de la qualité.

Les exercices théoriques et autres exercices de simulation en grandeur nature sont un outil essentiel de la préparation aux situations d'urgence. Ils offrent la possibilité de tester les hypothèses, les relations et les plans, et identifier et traiter les problèmes ou les lacunes.

Les exercices théoriques et les exercices de simulation impliquent généralement des personnes de différentes organisations qui travaillent en collaboration sur un scénario d'épidémie ou de pandémie. En raison du rôle clé que les partenaires communautaires, y compris les communautés à risque, jouent dans la réponse aux épidémies, ils devraient faire partie des processus de cocréation de plans d'épidémie, des exercices pour tester les plans et des discussions éthiques sur la hiérarchisation de l'accès à des ressources rares.



Normes de santé publique pertinentes

Dans le cas où aucune expérience concrète de perturbations ou d'urgences n'a eu lieu au cours des 3 dernières années, mettre en pratique tous les 3 ans, en totalité ou en partie, les plans d'urgence et les procédures de notification 24/7.

Appliquer un processus d'auto-évaluation pour la gestion des urgences. Ce processus peut être appliqué à des tests, des exercices, des simulations et/ou des activations de plans d'urgence et des réponses des agences.

La planification des épidémies saisonnières à l'échelle de la communauté, comme la grippe, offre aux agences locales de santé publique des occasions permanentes de faire participer les communautés et le système de santé dans son ensemble à des exercices de simulation, d'évaluer l'état de préparation et d'identifier les lacunes et les problèmes.

En plus d'organiser des exercices théoriques et des exercices de simulation pour tester les plans de lutte contre les épidémies, le secteur de la santé publique devrait documenter les leçons tirées des réponses réelles aux épidémies. Qu'est-ce qui a fonctionné? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné? Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment? L'évaluation des expériences réelles est un élément essentiel du processus d'apprentissage adaptatif.

Priorités de préparation de la collectivité

- Renforcer les efforts visant à établir des partenariats de collaboration durables entre les agences locales de santé publique et les collectivités confrontées aux inégalités en matière de santé, au racisme systémique et à la discrimination, et travailler avec elles pour adapter les services de santé publique à leurs besoins.
- Renforcer la capacité du secteur de la santé publique à faire participer le secteur de la santé au sens large et les partenaires communautaires à la création et à l'expérimentation conjointes de plans d'intervention en cas d'épidémie, ainsi qu'à la documentation et à l'application des enseignements tirés des épidémies passées aux menaces émergentes.
- Effectuer régulièrement des exercices et des simulations pour tester et améliorer les plans de lutte contre les épidémies.

Améliorer l'équité en matière de santé et la résilience

Le secteur de la santé publique a la responsabilité d'évaluer la santé de la population, d'identifier les inégalités en matière de santé et de travailler avec les partenaires et les gouvernements pour mettre en œuvre des interventions visant à réduire ces inégalités.

Afin d'identifier les individus ou les groupes confrontés à des inégalités en matière de santé, les agences locales de santé publique doivent recueillir régulièrement et de manière responsable des informations sur la santé de leur population, ainsi que sur les facteurs sociaux, économiques et démographiques qui peuvent affecter la santé, tels que : l'âge, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, le revenu, l'éducation, la race, l'origine ethnique, la langue, l'emploi et les taux de chômage, la croissance démographique, le nombre de personnes âgées vivant seules, le nombre de familles monoparentales, le nombre de nouveaux arrivants, le nombre de personnes propriétaires de leur logement et le nombre de locataires, l'accès à des logements abordables les expériences de racisme ou de discrimination, l'accès à des aliments sains et à l'activité physique, les taux d'immunisation, les taux de maladies évitables et leur incidence sur les hospitalisations et les décès, et d'autres facteurs qui affectent une croissance et un développement sains.

Analysées au niveau individuel, les données sociodémographiques peuvent aider le secteur de la santé publique à identifier les groupes victimes d'inégalités en matière de santé, puis à travailler avec ces groupes - ainsi qu'avec les gouvernements et d'autres partenaires - pour élaborer et défendre des interventions en amont qui améliorent l'équité en matière de santé et la résilience.

Normes de santé publique pertinentes de l'Ontario



Évaluer et rendre compte de la santé des populations locales, en décrivant l'existence et l'impact des inégalités en matière de santé et en identifiant les stratégies locales efficaces pour réduire ces inégalités.

Utiliser la santé de la population, les déterminants sociaux de la santé, les inégalités en matière de santé et d'autres sources d'information pour évaluer les besoins de la population locale, y compris l'identification des populations à risque de résultats négatifs pour la santé, afin de déterminer les groupes qui bénéficieraient le plus des programmes et services de santé publique.

Réalisations et défis

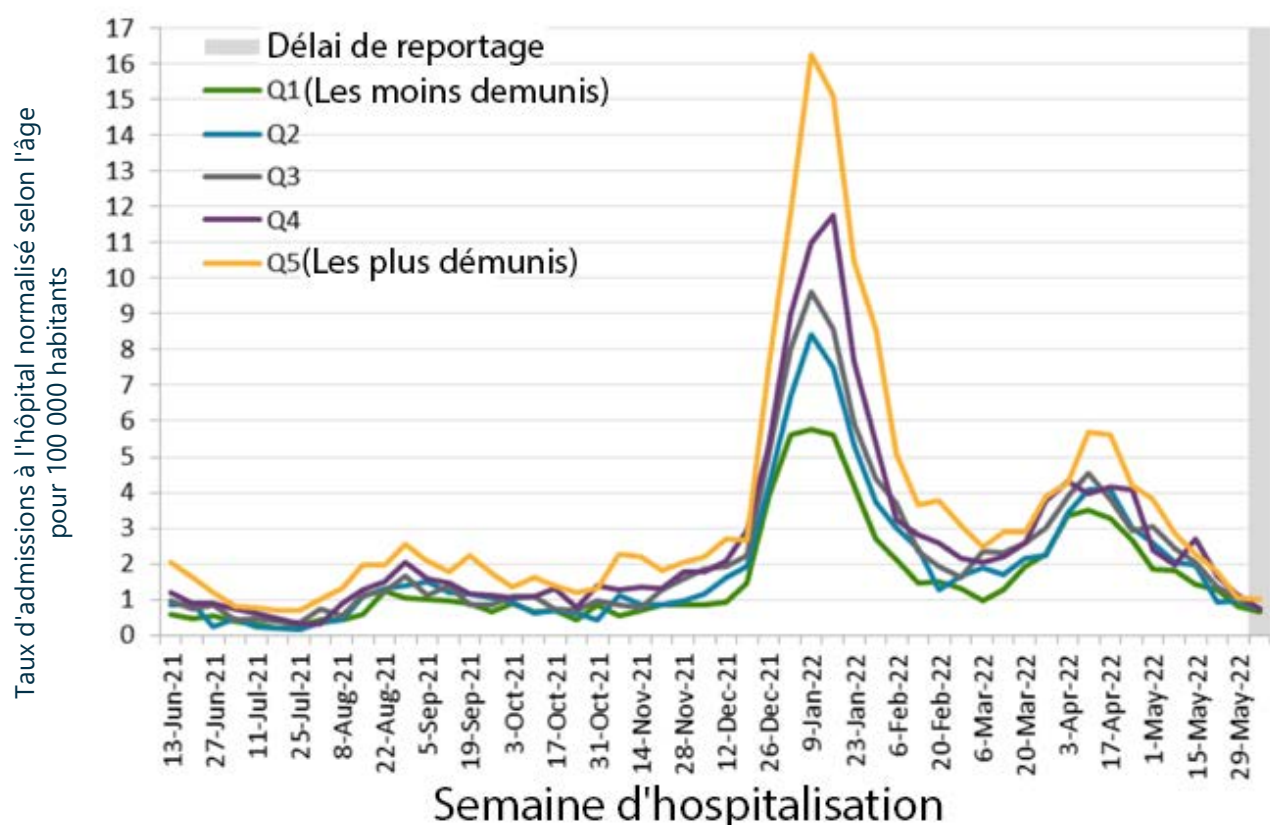
Certaines données sociodémographiques sont devenues disponibles dans le cadre de la gestion des vaccins et des cas de COVID-19. Ces informations ont été extrêmement utiles pour guider des initiatives telles que la stratégie pour les collectivités prioritaires. Cependant, les données n'étaient pas complètes ou faciles à collecter.

Pour le moment, l'Ontario n'est pas en mesure d'identifier les personnes ou les groupes qui risquent d'obtenir de mauvais résultats à la suite de menaces de maladies futures, car elle ne recueille pas systématiquement des renseignements sociodémographiques. Afin de comprendre et d'aborder les inégalités en matière de santé - avant et pendant une épidémie ou une pandémie - la province a besoin d'une façon plus systématique de recueillir et de mettre à jour ces renseignements pour tous les Ontariens, en tenant compte de la protection des renseignements personnels, des garanties relatives aux données, de la souveraineté des données et du respect des Autochtones, des Noirs et des autres populations racialisées. Une fois développée, cette capacité à identifier les groupes à risque pourrait être mise à profit pour améliorer les inégalités en matière de santé au-delà des pandémies et dans l'ensemble du système de santé.

Au cours de la COVID-19, l'Ontario a également connu des lacunes en matière d'information sur les risques et les effets des mesures de santé publique. Par exemple :

- Les informations sur les épidémies locales et internationales indiquaient que certains lieux de travail étaient plus à risque d'avoir des épidémies graves de COVID-19; cependant, l'Ontario ne recueillait pas systématiquement des informations sur la profession et le type d'emploi des personnes diagnostiquées avec la COVID-19. Par conséquent, le secteur de la santé publique n'a pas été en mesure d'évaluer la fréquence des cas de COVID-19 par profession, de comprendre les risques sur le lieu de travail ou d'évaluer l'efficacité des interventions sur le lieu de travail (Buchan et coll., 2022).
- Les mesures de santé publique utilisées lors d'une pandémie peuvent avoir des conséquences inattendues sur la santé des personnes et accroître les inégalités en matière de santé. Par exemple, les fermetures d'écoles ont un effet plus négatif sur les enfants des familles à faibles revenus, et les familles des communautés ayant des taux plus élevés de COVID-19 - dont beaucoup avaient de faibles revenus (voir figure 11) - étaient plus susceptibles de choisir une école virtuelle pour leurs enfants même après la réouverture des écoles (Chaabane et coll., 2021).

Figure 11 : Cas confirmés de COVID-19 qui ont été admis à l'hôpital (pour 100 000 habitants), par quintile de quartier précarité économique et semaine d'admission à l'hôpital, juin 2021 à mai 2022

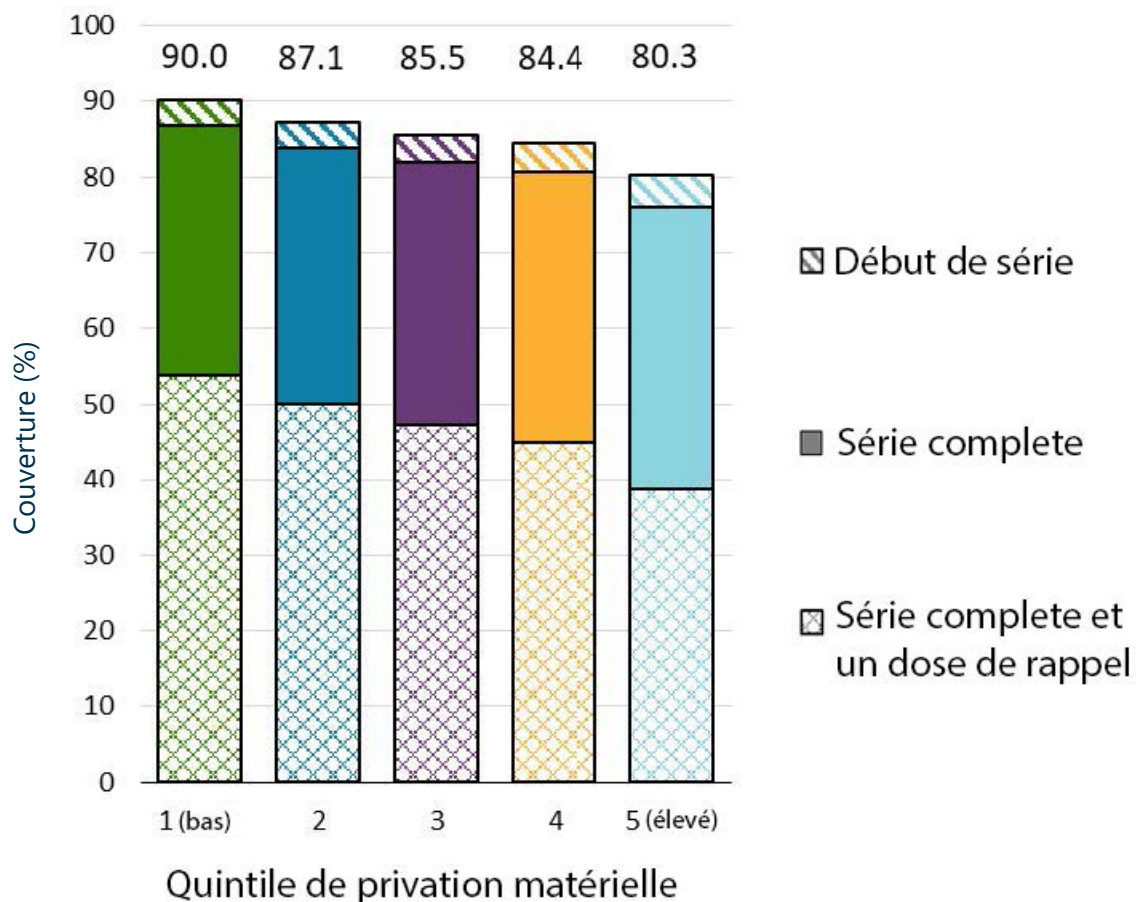


Le rôle des données sociodémographiques dans l'identification des inégalités en matière de santé

Les informations sociodémographiques qui sont devenues disponibles dans le cadre des données sur les cas et la vaccination ont révélé que les communautés ayant une proportion plus élevée d'immigrants, de Noirs et d'autres populations racialisées, et les populations ayant un faible statut socio-économique avaient une incidence plus élevée de cas et de décès liés à la COVID-19.

Ces mêmes communautés ont également été confrontées à des obstacles à l'accès aux vaccins (voir la figure 12), et leurs résidents étaient plus susceptibles de subir une marginalisation liée au racisme, à la discrimination ou à d'autres obstacles à l'accès aux ressources (Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2022; Amberber et coll., 2021).

Figure 12 : Couverture vaccinale des individus âgés de 5 ans et plus par quintile de précarité économique du quartier : Ontario, du 14 décembre 2020 au 21 février 2022



Priorités en matière d'équité en santé

- Élaborer des systèmes provinciaux pour soutenir la collecte, le couplage, la gouvernance et l'utilisation responsables et respectueux de données sociales, économiques, sur les résultats en matière de santé et d'autres données sociodémographiques (y compris des informations sur l'âge, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, la race, l'ethnicité, la langue, la langue officielle préférée, le revenu, la profession, l'accès aux services) pour aider le secteur de la santé publique à identifier les inégalités en matière de santé dans leurs communautés et à y remédier.
- Soutenir les efforts du secteur de la santé publique pour travailler avec les populations à risque et tirer parti de l'innovation locale pour co-concevoir et défendre des interventions en amont qui réduiront les inégalités en matière de santé, renforceront les forces de la communauté et augmenteront la résilience.

III. Préparation de la société

L'utilisation efficace des mesures de santé publique pour prévenir ou gérer les épidémies dépend d'une société résiliente et solidaire.

Les épidémies et les pandémies soulèvent des questions éthiques difficiles qui influencent tous les aspects de la préparation et de la réponse, y compris la manière d'allouer des ressources limitées, et la question de savoir s'il faut ou non limiter les libertés individuelles ou sociétales. Dans une société solidaire et prête, les citoyens sont prêts à agir pour le bien commun. Ils suivent les conseils de santé publique et les recommandations en matière de santé, et ils adhèrent aux mesures obligatoires telles que les ordonnances de maintien à domicile, les masques obligatoires et les passeports vaccinaux.

Les mesures adoptées lors d'une épidémie doivent être conformes à l'éthique et aux valeurs de la société, et doivent être communiquées de manière claire et transparente. Lorsque les gens comprennent pourquoi certaines décisions sont prises et disposent des soutiens nécessaires, ils sont plus susceptibles d'adhérer aux recommandations de santé publique.



Toutefois, pour être prêts et apporter leur soutien, les citoyens doivent :

Avoir un niveau de confiance relativement élevé dans le gouvernement

Comprendre et accepter l'éthique et les valeurs qui sous-tendent les décisions en matière de santé publique

Comprendre et accepter l'autorité légale du gouvernement et de la santé publique

Disposer des informations et du soutien dont ils ont besoin pour suivre les conseils de santé publique (par exemple, les risques associés à une maladie donnée, les populations les plus touchées, les preuves de l'efficacité des mesures, l'accès facile aux masques et aux tests, les lieux à isoler, et les aides pendant l'isolement et la quarantaine)

Pour accroître l'état de préparation de la société à la prochaine épidémie ou pandémie, le secteur de la santé publique de l'Ontario doit :

- Instaurer la confiance sociale et la préparation éthique
- Communiquer de manière claire et transparente avec le public et lutter contre la désinformation

Instaurer la confiance sociale et la préparation éthique

L'efficacité des réponses aux pandémies est liée à la confiance sociale.

Dans les pays où les citoyens avaient davantage confiance en leur gouvernement et en leurs semblables, les taux d'infection étaient plus faibles et la couverture vaccinale plus élevée (COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022). La confiance est étroitement liée au sentiment qu'ont les gens que le gouvernement fait ce qu'il faut, c'est-à-dire qu'il prend des décisions qui sont dans le meilleur intérêt de la société, qui reflètent les valeurs sociales partagées et qui permettent d'atteindre les objectifs fixés en matière de pandémie.

Qui devrait être les premiers à recevoir des masques, des vaccins ou des traitements? Comment les populations vulnérables doivent-elles être protégées ou soutenues? Quels secteurs devraient rester ouverts? Comment prioriser les services de santé en cas de pandémie tout en maintenant les services de santé de routine? Quand est-il acceptable de rendre obligatoires certaines mesures de santé publique? Comment gérer les compromis entre des objectifs ou des valeurs contradictoires?

Les gens sont plus susceptibles de maintenir leur confiance dans le gouvernement lorsque les réponses à ces questions reflètent l'éthique et les valeurs partagées par la société. Bien qu'il ne soit peut-être pas possible de parvenir à un consensus sur l'une ou l'autre de ces questions difficiles, il incombe au secteur de la santé publique de faire preuve de transparence quant à ses décisions, au processus décisionnel et à la justification de ces décisions. Le secteur doit engager les collectivités afin que l'éthique et les valeurs qui sous-tendent ces décisions reflètent la voix de la collectivité, et être prêt à revoir les décisions à intervalles fréquents ainsi que lorsque de nouveaux renseignements émergent.

La confiance est également étroitement liée à la réciprocité : les individus sont plus susceptibles d'adhérer à des mesures de santé publique s'ils ont accès aux moyens et aux ressources nécessaires pour suivre ces mesures. Par exemple, une personne qui doit s'isoler pendant plusieurs jours pour éviter de transmettre une maladie à d'autres personnes a plus de chances de le faire si elle dispose d'un endroit où s'isoler et recevoir les soins physiques, le soutien émotionnel et financier nécessaires pendant l'isolement.

Réalisations et défis

Les mesures de la confiance sociale ont varié au Canada et en Ontario au cours des trois dernières années :

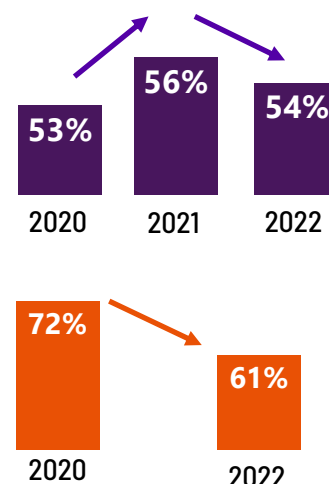
- Selon le Baromètre de la confiance Edelman (2022), une enquête internationale évaluant la confiance des populations dans les démocraties, les Canadiens ont des niveaux de confiance relativement « neutres », qui ont augmenté et ensuite sont tombés pendant la pandémie : **53 % en 2020, 56 % en 2021, 54 % en 2022**. Cependant, les Canadiens avaient des niveaux de confiance sociale plus élevés que les d'autres pays comparables, notamment les États-Unis, l'Australie, l'Allemagne et le Royaume-Uni.
- Une enquête internationale d'Ipsos sur la cohésion sociale a révélé une tendance similaire : entre fin 2020 et mars 2022, la proportion de Canadiens qui font confiance aux autres Canadiens pour « faire ce qui est dans l'intérêt du pays » a chuté de **72 % à 61 %**, tandis que la confiance dans le gouvernement pour « faire ce qui est juste » a chuté de **58 % à 43 %** (Sethi, 2022).

Normes de santé publique pertinentes de l'Ontario



Assurer une culture de la qualité et de l'auto-amélioration organisationnelle continue qui sous-tend les programmes et les services ainsi que la pratique de la santé publique, et qui démontre la transparence et la responsabilité envers les clients, le public et les autres parties prenantes.

Des conversations publiques franches sur les valeurs partagées, les cadres éthiques et les compromis devraient avoir lieu avant une épidémie, dans le cadre de la planification de l'épidémie. Ces conversations devraient être réexaminées lorsqu'une épidémie se produit afin de s'assurer que la société comprend et partage toujours les mêmes valeurs.



- Pendant la COVID-19, l'Ontario a utilisé des données provenant d'enquêtes sur les mesures comportementales pour comprendre où les Ontariens obtenaient des renseignements, quelles étaient leurs sources d'information de confiance, ainsi que leur connaissance et leur respect des mesures de santé publique recommandées. D'après ces enquêtes, l'Ontario a connu des niveaux relativement élevés de confiance du public envers le gouvernement et d'adhésion aux mesures de santé publique, notamment un respect élevé du port du masque et des taux élevés d'immunisation, en particulier pour les deux premières doses de vaccin. Il est également prouvé que les médecins hygiénistes provinciaux et locaux étaient des sources d'information très fiables et crédibles (ministère de la Santé de l'Ontario, 2022).
- Les Ontariens ne sont pas tous d'accord avec toutes les mesures de santé publique, et le soutien à certaines mesures a diminué au fil du temps. De nombreux responsables de la santé publique sont devenus la cible d'abus et de menaces. Le soutien public initial aux travailleurs de la santé (par exemple, sortir chaque soir pour frapper des casseroles) a été remplacé par des manifestations anti-masques devant les hôpitaux.



La cohésion sociale peut augmenter au lendemain de catastrophes naturelles ou de tragédies de masse, mais cette cohésion est souvent de courte durée. Les premières étapes de la pandémie de COVID-19 ont été marquées par une augmentation de la gentillesse et des liens sociaux, mais au fil des mois, les tensions sociales ont resurgi ou se sont à nouveau développées. Les autorités locales ont donc été confrontées à des défis persistants et évolutifs.

L'investissement dans la cohésion sociale : Communities that invested in integration programmes are showing greater social cohesion in the midst of the COVID-19 pandemic, Lalot et coll., 2021

L'Ontario a utilisé divers mécanismes pour établir la confiance sociale et la préparation éthique pendant la COVID-19, notamment :

- Le Groupe des mesures de santé publique, composée de médecins hygiénistes et Santé publique Ontario, ont fourni des conseils confidentiels au médecin hygiéniste en chef sur le type et le calendrier des différentes mesures de santé publique tout au long de la pandémie.
- La table de bioéthique de l'Ontario sur la COVID-19 (2022), a élaboré des mémoires et des directives sur un éventail de questions éthiques, notamment : l'établissement de priorités pour l'équipement de protection individuelle, les congés de maladie payés, un cadre pour la réduction progressive des chirurgies électives et d'autres activités non urgentes, et des cadres éthiques pour les pénuries de médicaments et la distribution de vaccins. Le secteur de la santé publique a utilisé ces cadres pour intégrer les questions éthiques (par exemple, les préjugés et les avantages, l'équité, la légitimité, la confiance) dans les plans de distribution des vaccins et des produits de traitement.



Il existe un large consensus sur le fait que, même en cas de crise, la bonne action doit tenir compte de l'équité. ... Faire ce qu'il faut, c'est aussi tenir compte des droits individuels... tout en reconnaissant que, parfois et dans la mesure du possible, ces droits doivent être limités pour la sécurité et le bien-être des autres. Il s'agit d'un difficile équilibre entre la réduction des dommages, la lutte contre les inégalités en matière de santé et la réduction des mesures coercitives.

Ethical Preparedness
(Préparation éthique)
Archard, 2022

Le processus d'élaboration de cadres et de mémoires éthiques s'étant déroulé en pleine pandémie, il n'a pas été possible de faire intervenir la société dans son ensemble dans les conversations. Il a également été difficile de communiquer au public les raisons de ces décisions, ainsi que les étapes suivies par les décideurs pour essayer d'équilibrer des principes éthiques et des objectifs sociétaux contradictoires.

La plupart des mémoires de la Table de bioéthique portaient sur la prise de décisions concernant les services de santé. Cependant, certaines des décisions éthiques les plus difficiles à prendre pendant la COVID-19 concernaient des services non sanitaires, comme les mesures de santé publique qui ont entraîné la fermeture d'entreprises et d'écoles, les restrictions imposées aux visiteurs dans les centres de soins de longue durée et l'utilisation de passeports vaccinaux. Certaines de ces décisions étaient moins transparentes : Les Ontariens n'ont pas nécessairement compris les valeurs éthiques ou les compromis qui les sous-tendent.



Conséquences négatives involontaires des mesures de santé publique

Un autre défi éthique qui devrait être pris en compte dans le cadre de la préparation à la pandémie est le fait que de nombreuses décisions et interventions de santé publique nécessaires pour contrôler une épidémie peuvent avoir d'importantes conséquences négatives involontaires pour les individus, les familles, les communautés et la société. Par exemple, pendant la COVID-19 :

- La fermeture des écoles a affecté la santé mentale des parents et des enfants. Une enquête auprès des parents de l'Ontario a permis de constater qu'une personne sur trois souffrait d'un niveau d'anxiété modéré à élevé, 57 % répondaient aux critères de dépression, et 40 % ont déclaré que l'humeur/le comportement de leurs enfants s'étaient détériorés. Les enfants ont également pris beaucoup de retard dans leur apprentissage, et le système éducatif devra mettre en œuvre des stratégies spéciales pour les aider à se rétablir (Gallagher-Mackay et coll., 2021). Les fermetures d'écoles et le stress lié au transfert de l'enseignement en ligne ou au travail dans des modèles hybrides ont également été extrêmement stressants pour les éducateurs.
- La décision de donner la priorité aux services contre la COVID-19 dans les établissements de soins actifs a empêché de nombreux Ontariens qui avaient besoin d'une opération ou de soins contre le cancer de recevoir ces soins. Compte tenu des retards enregistrés au cours des trois premiers mois de la pandémie, une étude de modélisation a suggéré qu'il faudrait 84 semaines pour résorber l'arriéré des interventions chirurgicales dans la province (Wang et coll., 2022).
- Les fermetures d'entreprises ont particulièrement touché les secteurs des services, du tourisme, des arts et de la culture. L'ensemble des répercussions sanitaires, sociales et économiques des pertes d'emplois et d'entreprises, bien qu'atténué par les aides au revenu fédérales et provinciales, n'est pas connu.

Au moment de décider et de gérer des mesures de santé publique, le secteur de la santé publique doit peser les conséquences négatives involontaires potentielles, surveiller leur portée et rechercher en permanence des moyens de les minimiser ou de les atténuer.

Mesurer la portée économique des fermetures par rapport à un nombre élevé de cas

Une analyse du Fonds monétaire international a révélé qu'un nombre très élevé de cas de COVID-19 entraînait une réduction de l'activité économique aussi importante qu'un confinement, sauf que les réductions de l'activité économique dues à des taux élevés de maladie durent plus longtemps que celles associées aux confinements. Les économies rebondissent plus rapidement face aux effets des confinements que face aux taux élevés de maladies, d'hospitalisations et de décès (Fonds monétaire international, 2020).

Priorités de la préparation à l'éthique

- Renforcer les efforts du secteur de la santé publique pour instaurer et mesurer la confiance sociale, et faire participer la société à des conversations sur les valeurs et l'éthique communes qui sous-tendent la prise de décision en cas de pandémie, et sur le rôle du gouvernement et de la société dans la protection et la promotion de la santé publique.
- Établir des mécanismes formels et cohérents permettant au secteur de la santé publique d'accéder à une expertise éthique afin de guider la prise de décision en matière de santé publique durant toutes les phases d'une pandémie (c'est-à-dire préparation, réponse, rétablissement).

Améliorer la communication et lutter contre la désinformation

Une communication claire, y compris une communication efficace sur les risques, peut contribuer à renforcer la confiance sociale et la préparation de la société.

Étant donné qu'une grande partie de la réponse aux épidémies dépend du comportement des individus et de la société, le secteur de la santé publique et le gouvernement doivent être en mesure de communiquer de manière claire et transparente - en anglais, en français et en d'autres langues - les raisons pour lesquelles des mesures de santé publique sont nécessaires. Le gouvernement doit également être capable d'évaluer l'opinion et le soutien du public, et de contrer rapidement et efficacement les informations erronées qui peuvent entraver la réponse de santé publique.

Le secteur de la santé publique est depuis longtemps une source d'information sanitaire crédible, fiable et apolitique. Pendant la pandémie de la COVID-19, le secteur a dû se battre dans un environnement médiatique et social bruyant et exigeant pour communiquer avec le public. L'Organisation mondiale de la santé (2022) décrit cet environnement comme une « infodémie » : « Trop d'informations, y compris des informations fausses ou trompeuses, dans les environnements numériques et physiques pendant une épidémie. »

Normes de santé publique pertinentes de l'Ontario



Les stratégies de communication en matière de santé publique reflètent les besoins locaux et utilisent une variété de modalités de communication pour assurer une communication efficace.

Utiliser une variété de modalités de communication, y compris les médias sociaux, en tirant parti des ressources existantes dans la mesure du possible et en complétant les stratégies nationales/provinciales de communication en matière de santé.



Une infodémie peut entraîner une confusion et des comportements à risque qui nuisent à la santé, entraîner une méfiance à l'égard des autorités sanitaires, compromettre la réponse de santé publique et intensifier ou prolonger les épidémies.

Infodémie, Organisation mondiale de la santé, 2022

Réalisations et défis

- Au cours de la pandémie de COVID-19, la confiance du public canadien dans la plupart des sources d'information, notamment les médias traditionnels, a diminué. Toutefois, la confiance du public est restée relativement élevée à l'égard des scientifiques et des dirigeants de leurs communautés locales (Baromètre de confiance Edelman, 2022). Cette confiance dans la science crée des opportunités pour le secteur de la santé publique de communiquer des informations exactes et de contrer la désinformation.
- L'adoption du vaccin COVID-19 a été un succès en Ontario. Les ressources provinciales et les services téléphoniques centralisés, comme l'InfoCentre provincial pour la vaccination et le service de consultation de SickKids sur le vaccin contre la COVID-19, ont aidé les prestataires à communiquer avec les individus et les familles sur l'importance de l'immunisation.
- Le secteur de la santé publique a réagi rapidement à l'émergence de complications liées aux vaccins, telles que la thrombocytopénie immunitaire thrombotique et la myocardite induites par les vaccins (Science Table, 2021; Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, 2022). Les communications avec le public au sujet de l'évolution des preuves étaient claires et transparentes, ce qui a renforcé la confiance dans les solides programmes provinciaux d'évaluation de l'innocuité des vaccins.
- Le public a trouvé déroutant que les recommandations relatives aux vaccins changent et deviennent plus nuancées au fil du temps (p. ex. doses de rappel, nouveaux produits vaccinaux), et que les recommandations varient d'une province ou d'un pays à l'autre. Ce paysage de communication complexe a accru l'hésitation et l'incertitude à l'égard du vaccin chez les personnes qui avaient déjà reçu leurs deux premières doses.
- Le secteur de la santé publique n'était pas en mesure de suivre la vitesse à laquelle l'information évoluait. Pendant les premiers jours de la pandémie de COVID-19, la demande d'informations de la part du public était insatiable, et la santé publique a eu du mal à produire et à distribuer des informations culturellement appropriées en anglais, en français et dans d'autres langues assez rapidement pour répondre aux besoins.

Contrer la désinformation

Il ne suffit plus de diffuser des informations exactes. Le secteur de la santé publique doit également lutter activement contre la désinformation.

En mai 2021, le Center for Countering Digital Hate aux États-Unis a publié les résultats d'une enquête, qui a montré que 12 personnes, la douzaine de désinformateurs, étaient responsables de 65 % des affirmations trompeuses et des mensonges concernant les vaccins contre la COVID-19 sur Facebook, Instagram et Twitter. Les entreprises de médias sociaux ont pris des mesures pour réduire leur influence, par exemple en qualifiant les messages de trompeurs, en supprimant les faussetés et en bannissant les personnes qui partagent de manière répétée des affirmations démenties. Cependant, il est relativement facile pour les gens de créer de nouveaux comptes ou de trouver des moyens de contourner les restrictions, et la désinformation continue. Pour être en mesure de contrer la désinformation, les Ontariens ont besoin de connaissances en matière de santé, y compris les compétences nécessaires pour évaluer l'information et les sources d'information.



La désinformation est l'un des problèmes majeurs de notre époque. Nous avons de plus en plus de preuves qui nous disent que la désinformation tue.

Too good to be true: Timothy Caulfield on misinformation and trust in health, Nicholson, 2022 (Trop beau pour être vrai : Timothy Caulfield sur la désinformation et la confiance dans la santé)

La lutte contre la diffusion d'informations préjudiciables pour la santé nécessitera une approche sur plusieurs fronts, notamment :

Développer des leaders de confiance, crédibles et diversifiés, à l'intérieur comme à l'extérieur du gouvernement, qui sont de forts communicateurs. En général, plus les Canadiens sont informés, plus ils sont susceptibles de faire confiance à leurs institutions (Baromètre de confiance Edelman, 2022).

Soutenir une approche globale de la société pour développer des stratégies numériques pour contrer les infodémies. Les autorités sanitaires, les journalistes, les vérificateurs de faits, les organisations de la société civile, les citoyens responsabilisés et les autres parties concernées peuvent tous jouer un rôle important pour démystifier la désinformation et instaurer la confiance.

Aider les gens à développer leur culture scientifique et leur esprit critique pour être capable d'évaluer les informations et les sources d'information. Selon l'enquête Edelman, seuls 20 % des Canadiens ont ce qui est décrit comme une « bonne hygiène de l'information », c'est-à-dire qu'ils évitent les chambres d'écho médiatique (c'est-à-dire que les gens ne s'intéressent qu'aux informations qui renforcent leurs propres opinions), vérifient les informations avant de les partager et n'amplifient pas les informations non vérifiées.

Stratégies pour communiquer efficacement les orientations en matière de santé publique, accent sur les partenariats et la collaboration, et importance des rôles et de l'établissement de relations avant un incident de santé publique :

1. Anticiper
2. Investir dans l'établissement de relations et de réseaux
3. Établir des rôles de liaison et des redondances
4. Communiquer activement
5. Tenir compte du public cible et y répondre
6. Tirer parti des réseaux pour la coordination
7. Reconnaître et traiter l'incertitude

Khan et coll., 2017.

Priorités en matière de communication

Renforcer la capacité du secteur de la santé publique à fournir des informations crédibles, fiables et transparentes, capables de contrer l'infodémocratie et la désinformation, et à utiliser des méthodes fondées sur des données probantes pour améliorer la communication, en anglais, en français et dans d'autres langues.

Étapes suivantes

Le secteur de la santé publique de l'Ontario s'est engagé à avoir une vue d'ensemble de la préparation aux pandémies et aux épidémies : une vue qui garantit que toute l'expertise, tous les outils et toutes les technologies sont en place, et qui engage activement les communautés et la société dans son ensemble dans la préparation aux pandémies.

Au cours des trois dernières années, la province a fait preuve d'une force et d'une résilience extraordinaires en termes de préparation des secteurs, des communautés et de la société. Nous avons beaucoup appris sur la manière de mieux nous préparer, et nous avons une idée précise des défis qui restent à relever ainsi que des efforts à fournir pour être prêts à affronter la prochaine épidémie ou pandémie.

Il semble impossible que nous puissions oublier les dures leçons que la COVID-19 nous a enseignées sur l'importance d'être préparé. Mais l'histoire a souvent prouvé le contraire. Les souvenirs s'estompent, la vie continue, et les sociétés deviennent insouciantes face à une menace future théorique. Mais nous ne vivons plus à une époque où les menaces de maladies futures sont théoriques. L'émergence de nouveaux agents pathogènes et la résurgence d'anciens font que nous vivons à une époque où nous devons être constamment vigilants.

Investir dans la préparation

Ce rapport présente les mesures que le secteur de la santé publique et ses partenaires doivent prendre au cours des deux prochaines années pour être prêts à faire face aux éclosions de maladies infectieuses. La préparation est un processus d'amélioration continue. Pour mieux détecter et réagir face aux maladies émergentes - pour réduire l'impact des épidémies, notamment les maladies, les décès et les perturbations sociales, l'Ontario doit maintenir son investissement dans la préparation de la santé publique à long terme. Il est temps de rompre avec les cycles de hausses et de baisses du financement qui ont caractérisé les épidémies passées.

Renforcer les responsabilités

De nombreuses priorités recommandées dans ce rapport font partie des normes de santé publique de l'Ontario existantes. Le secteur de la santé publique et les agences locales de santé publique ont déjà le mandat d'aborder ces aspects de la préparation. Pour aider à assurer la responsabilisation en matière de préparation et d'intervention en cas d'épidémie, le Bureau du médecin hygiéniste en chef examinera les normes de santé publique de l'Ontario pertinentes, y compris le Ligne directrice relative à la gestion des situations d'urgence, pour les possibilités de fournir une orientation plus claire sur le rôle des agences de santé publique dans l'établissement et le maintien de l'état de préparation.

Évaluer les progrès

Les risques et les menaces peuvent évoluer au fil du temps, et les compétences, les outils, les ressources et les capacités permettant de faire face à ces menaces peuvent également changer. Nous ne saurons si l'Ontario est prêt que si nous continuons à mettre en lumière nos réussites, nos progrès, nos défis et nos inégalités dans l'atteinte de l'état de préparation du système, de la communauté et de la société. Le Bureau du médecin hygiéniste en chef adaptera et utilisera les indicateurs de préparation à la pandémie pour évaluer et rendre compte régulièrement des progrès du secteur de la santé publique en matière de préparation aux épidémies et aux pandémies. Le Bureau continuera également à recommander d'autres moyens de soutenir, de renforcer ou de développer les aspects clés de la préparation.

Améliorer la santé des populations autochtones

Le secteur de la santé publique de l'Ontario s'est engagé à contribuer à l'amélioration de la santé des Autochtones. Nous continuerons à travailler avec les dirigeants autochtones et les fournisseurs de services de santé, ainsi qu'avec nos partenaires fédéraux, dont Services aux Autochtones Canada, afin de réduire les inégalités en matière de santé et d'améliorer les relations communautaires, de clarifier les rôles, les responsabilités et la gouvernance des services de santé, et d'améliorer les données pour les collectivités autochtones d'une manière qui reflète les principes de la souveraineté des données autochtones.

Améliorer la santé des populations noires et autres populations racialisées

L'Ontario s'engage également à améliorer la santé des Noirs et des autres populations racialisées et à réduire les inégalités en matière de santé. Le secteur de la santé publique travaillera avec ces populations pour améliorer la collecte et l'utilisation responsables et respectueuses des données relatives à la race afin de lutter contre le racisme systémique et les autres inégalités en matière de santé.

Maintenir les relations

Pour assurer la progression des priorités identifiées dans le présent rapport, le Bureau du médecin hygiéniste en chef renforcera les partenariats au sein du secteur de la santé publique, y compris avec les agences locales de santé publique et Santé publique Ontario, ainsi qu'avec nos partenaires du secteur de la santé.

Remerciements

Comité consultatif :

- Nicole Blackman, Conseil de soins de santé primaires des Premières Nations
- Lianne Catton, médecin hygiéniste, bureau de santé publique de Porcupine
- Ian M. Gemmill, consultant en médecine de santé publique
- Susy Hota, directrice médicale de l'unité Infection Prevention and Control, Infectious Diseases, University Health Network
- Yasmin Khan, médecin chef, Santé publique Ontario
- Kwame McKenzie, professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto, directeur de l'équité des services de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale et président-directeur général du Wellesley Institute
- Kelly Magnusson, gestionnaire du programme de gestion des urgences, bureau de santé du district de Simcoe Muskoka
- Justin Presseau, Université d'Ottawa
- Tobi Mitchell, directeur de la santé, Chiefs of Ontario
- Linda Ogilvie, conseillère en santé publique, Chiefs of Ontario
- Samir Patel, chef, laboratoire de Santé publique Ontario
- Maxwell Smith, Université Western
- Mark Walton, Vice-président, Santé Ontario

Responsable du contenu :

Michelle Murti, médecin hygiéniste en chef adjointe

Chef de projet :

Elizabeth Choi

Auteur :

Jean Bacon

Conception :

Zoe Liu

Personnel :

Gillian MacDonald, Sarah Cox

Et avec les remerciements du Comité consultatif interne du ministère de la santé

Annexe

Bureaux de santé publique de l'Ontario ayant des postes vacants de médecin hygiéniste* comblés par des médecins hygiénistes intérimaires au 15 décembre 2022

Bureau de santé publique du comté de Brant
Bureau de santé publique de Chatham-Kent
Bureau de santé publique de Haldimand-Norfolk
Service de santé publique de la région de Niagara
Santé publique de Peel
Bureau de santé publique du comté et du district de Renfrew
Bureau de santé publique du Timiskaming
Bureau de santé publique du comté de Windsor-Essex
Total = 8 bureaux de santé publique avec des postes de médecin hygiéniste vacants

*En vertu de l'article 62. (1)(a) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, chaque conseil de santé doit nommer un médecin hygiéniste à temps plein.

Bureaux de santé publique de l'Ontario dont le poste de médecin hygiéniste adjoint est vacant Postes* au 15 décembre 2022

Bureau de santé publique de Grey Bruce
Service de santé de la région de Halton**
Ville de Hamilton, Santé publique
Bureau de santé publique de Middlesex-London
Service de santé publique de la région de Niagara
Santé publique Ottawa**
Bureau de santé publique de Sudbury et du district**
Bureau de santé publique du district de Thunder Bay
Total = 8 bureaux de santé publique avec des postes vacants de médecin hygiéniste adjoint

*En vertu de l'article 62. (1)(b) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, chaque conseil de santé peut nommer un ou plusieurs médecins hygiénistes adjoints.

**Les postes vacants peuvent comprendre moins ou plus d'un poste à temps plein par bureau de santé et des postes occupés par des médecins qualifiés en attente d'approbation ministérielle.

Références

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (2020.) Cadre et indicateurs de la préparation aux situations d'urgence en santé publique Manuel de soutien aux pratiques de santé publique Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020.

<https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/w/2020/workbook-emergency-preparedness.pdf?la=fr>

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (2022.) Systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC) dans les immeubles et COVID-19.

<https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/ipac/2020/09/covid-19-hvac-systems-in-buildings.pdf?>

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (2022.) La COVID-19 en Ontario – un regard sur la précarité économique des quartiers : du 26 février 2020 au 13 décembre 2021

<https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/epi/2020/06/covid-19-epi-diversity.pdf?rev=d1cf7f568287450bb3afb542cf48050b&la=fr>

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (2022.) Les cas de myocardite et de péricardite après l'administration d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19

https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/nCoV/Vaccines/2021/11/myocarditis-pericarditis-mrna-vaccines.pdf?sc_lang=FR

Amberber N, Iveniuk J, McKenzie K. (2021.) Inequities over time in COVID-19 infection and COVID-19-related hospitalizations and deaths. The Wellesley Institute. Toronto.

<https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2021/07/Inequities-over-time-in-COVID19-infection-and-related-hospitalizations-and-deaths.pdf>

Archard D. (2022.) Ethical Preparedness. Publication sur un blogue Nuffield Council on Bioethics.

<https://www.nuffieldbioethics.org/blog/ethical-preparedness>

Association of Local Public Health Agencies (2022.) Public Health Resilience in Ontario: Clearing the backlog, resuming routine programs, and maintaining an effective COVID-19 response. https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9aIPHa_PH_Resilience_Report_Final_Jan2022.pdf

Baifuzhiyeva D. (2022.) Operation Remote Immunity returns to James and Hudson Bay communities. The Toronto Star.

<https://www.thestar.com/news/canada/2022/01/13/operation-remote-immunity-returning-to-james-and-hudson-bay-communities.html>

Baromètre de confiance Edelman. (2022.) Rapport national : La confiance au Canada. <https://www.edelman.ca/fr/trust-barometer/barometre-de-confiance-edelman-2022>

Black Health Alliance. (2021.) Perspectives on health and well-being in black communities in Toronto.

<https://blackhealthalliance.ca/wp-content/uploads/Perspectives-on-Health-Well-Being-in-Black-Communities-in-Toronto-Experiences-through-COVID-19.pdf>

Black Health Alliance. (2022.) COVID-19.

<https://blackhealthalliance.ca/covid-19/>

Black Health Equity Working Group. (2021.) Engagement, Governance, Access, and Protection (EGAP): a data governance framework for health data collected from Black communities. https://blackhealthequity.ca/wp-content/uploads/2021/03/Report_EGAP_framework.pdf

Buchan SA, Smith PM, Warren C, Murti M, Mustard C, Kim JH, Menon S, Brown KA, Van Ingen T, Smith BT. (2022.) Incidence of outbreak-associated COVID-19 cases by industry in Ontario, Canada, 1 April 202-31 March 2021. Occupational and Environmental Medicine 79:403-411.

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (2020.) COVID-19 Preparedness and Management Special Report on Laboratory Testing, Case Management and Contact Tracing, novembre Gouvernement de l'Ontario. https://www.auditor.on.ca/en/content/specialreports/specialreports/COVID-19_ch3testingandtracing_en20.pdf

Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario (2021.) COVID-19 Preparedness and Management Special Report on Pandemic Readiness and Response in Long-Term Care. Avril. Gouvernement de l'Ontario. https://www.auditor.on.ca/en/content/specialreports/specialreports/COVID-19_ch5readinessresponseLTC_en202104.pdf

Center for Countering Digital Hate. (2021.) The Disinformation Dozen: Why Platforms Must Act on Twelve Leading Online Anti-Vaxxers.

<https://counterhate.com/wp-content/uploads/2022/05/210324-The-Disinformation-Dozen.pdf>

Chaabane S, Doraiswamy S, Chaabna K, Mamtani R, Cheema S. (2021). The impact of COVID-19 school closure on child and adolescent health: A rapid systematic review. *Children (Basel)*, 8(5):415. doi: 10.3390/children8050415

Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. (2021.) Rapport final. Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. <https://files.ontario.ca/mltc-ltcc-final-report-en-2021-04-30.pdf>

Coronavirus Resource Center. Johns Hopkins University of Medicine. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

COVID-19 National Preparedness Collaborators. (2022.) Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 2020, to Sept 30, 2021. *The Lancet*. Volume 399, Issue 10334, pp 1489-1512 April 16, 2022. pp 1489-1512 16 avril 2022. <https://www.thelancet.com/journals/lancette/>

COVID-19 Tracker Canada. Consulté le 29 octobre 2022. <https://covid19tracker.ca/compareprovinces.html>

Emanuel EJ, Upshur REG, Smith MJ. (2022). What COVID has Taught the World about Ethics. *New England Journal of Medicine*. 387(17): 1542-1545. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2210173>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2022.) The EU experience in the first phase of COVID-19: implications for measuring preparedness. Stockholm : ECDC. doi : 10.2900/68906

Fonds monétaire international. (2020.) The great lockdown: dissecting the economic effects. *World Economic Outlook: a long and difficult ascent*. Chapter 2.

Gallagher-Mackay K, Brown RS. (2021.) Les retombées de la fermeture des écoles et du téléapprentissage en situation d'urgence sur la transition au niveau postsecondaire en 2020-2021 : constatations préliminaires de Toronto <https://heqco.ca/fr/pub/les-retombees-de-la-fermeture-des-ecoles-et-du-teleapprentissage-en-situation-durgence-sur-la-transition-au-niveau-postsecondaire-en-2020-2021-constatations-preliminaires-de-toronto/>

Gostin LO, Halabi SF, Klock KA. (2021). Accord mondial sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies *JAMA* 326(13):1257-8.

Gouvernement de l'Ontario. (2021.) L'Ontario termine l'administration de toutes les premières doses de vaccin contre la COVID-19 dans les collectivités autochtones éloignées du Nord Communiqué. <https://news.ontario.ca/fr/release/60596/lontario-terme-ladministration-de-toutes-les-premieres-doses-de-vaccin-contre-la-covid-19-dans-les-collectivites-autochtones-eloignees-du-nord>

Gouvernement de l'Ontario. (2021.) Le Canada et l'Ontario investissent dans les infrastructures scolaires pour répondre à l'impact de la COVID-19 Communiqué. <https://news.ontario.ca/fr/release/61133/le-canada-et-lontario-investissent-dans-les-infrastructures-scolaires-pour-repondre-a-limpact-de-la-covid-19>

Gouvernement de l'Ontario. (2022.) L'Ontario investit dans des innovations pour permettre de contrôler la propagation de la COVID-19 Communiqué. <https://news.ontario.ca/fr/release/1001491/lontario-investit-dans-des-innovations-pour-permettre-de-controler-la-propagation-de-la-covid-19>

Hillmer MP, Feng P, McLaughlin JR, et coll. (2021.) Ontario's COVID-19 Modelling Consensus Table : mobilizing scientific expertise to support pandemic response. *Can J Public Health* 112, 799-806 (2021). <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00559-8>

Institut Wellesley. (2021.) Tracking COVID-19 through race-based data. <https://www.wellesleyinstitute.com/publications/tracking-covid-19/>

Keusch GT, Amuasi JH, Anderson DE, Daszak P, Eckerle I, Field H, Koopmans M, Lam SK, Das Neves CG, Peiris M, Perlman S, Wacharapleusadee S, Yadana S, Saif L. (2022.) Pandemic origins and a One Health approach to preparedness and prevention: Solutions based on SARS-CoV-2 and other RNA viruses. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*.119(42). <https://doi.org/10.1073/pnas.220287111>

Khan Y, O'Sullivan T, Brown A, Tracey S, Gibson J, Généreux M, et coll. Public health emergency preparedness: a framework to promote resilience. *BMC Public Health*.2018;18(1):1344. Disponible auprès de : <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6250-7>.

Khan Y, Sanford S, Sider D, Moore K, Garber G, de Villa E, Swartz B. (2017.) Effective communication of public health guidance to emergency department clinicians in the setting of emerging incidents: a qualitative study and framework. *BMC Health Services Research* 17, numéro d'article : 312.

Kim JH, An JAR, Oh SJJ, Oh J, Lee JK. (2021.) Emerging COVID-19 success story: South Korea learned the lessons of MERS. Our World in Data. Plateforme Exemplars in Global Health. <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-south-korea>

L'administratrice en chef de la santé publique du Canada. (2021) Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2021 : Une vision pour transformer le système de santé publique du Canada. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/etat-sante-publique-canada-2021.html>

La Fondation Rockefeller. (2022.) Getting to and sustaining the new normal: a roadmap for living with COVID. <https://www.rockefellerfoundation.org/wp-content/uploads/2022/03/Getting-to-and-Sustaining-the-Next-Normal-A-Roadmap-for-Living-with-Covid-Report-Final.pdf>

Lalot F, Abrams D, Broadwood J, Hayon KD, Platts- Dunn I. (2021.) The social cohesion investment: Communities that invested in integration programmes are showing greater social cohesion in the midst of the COVID-19 pandemic. Psychologie sociale communautaire et appliquée. Bibliothèque en ligne de Wiley. 5 avril 2021 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/casp.2522>

Lee JM, Jansen R, Sanderson KE, Guerra F, Keller-Olaman S, Murti M, O'Sullivan TL, Law MP, Schwartz B, Bourns LE, Khan Y. (2022.) What is the current state of public health system preparedness for infectious disease emergencies? A scoping review Medrxiv preprint. <https://doi.org/10.1101/2022.10.25.22281308>

Ministère de la Santé de l'Ontario (2022). COVID-19 Health Behaviour Surveillance Study [Données brutes non publiées]. Ministère de la Santé.

Ministère de la Santé de l'Ontario. (2019.) Ontario Health Teams : Guidance for Health Care Providers and Organizations. Government of Ontario. https://health.gov.on.ca/en/pro/programs/connectedcare/ohr/docs/guidance_doc_en.pdf

National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. (2022.) One Health Basics. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/onehealth/basiques/index.html>

National Collaborating Centre for Infectious Diseases et National Collaborating Centre for Determinants of Health. (2020.) Measuring What Counts in the Midst of the COVID- 19 Pandemic: Equity Indicators for Public Health. <https://nccid.ca/publications/measuring-what-counts-in-the-midst-of-the-covid-19-pandemic-equity-indicators-for-public-health/>

Nicholson G. Too good to be true: Timothy Caulfield on misinformation and trust in health. The Toronto Star, 7 juillet 2022. <https://www.thestar.com/business/mars/2022/07/07/too-good-to-be-true-timothy-caulfield-on-misinformation-et-confiance-en-sante.html>

Ogden NH, Turgeon P, Fazil A, Clark J, Gabriele-Rivet V, Tam T, Ng V. (2022.) Counterfactuals of effects of vaccination and public health measures on COVID-19 cases in Canada: What could have happened? Can Commun Dis Rep 2022;48(7/8):292-302. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-7-8-july-august-2022/ccdrv48i78a01-eng.pdf>

Ontario Public Health Association. (2022.) What we heard: Report on public health professionals and the COVID-19 pandemic response. https://opha.on.ca/wp-content/uploads/2022/05/OPHA-what-we-heard_May_2022.pdf

Organisation mondiale de la santé. (2022.) Strategic Preparedness, Readiness and Response Plan to end the global covid-19 emergency in 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-SPP-2022.1>

Organisation mondiale de la santé. (2022.) Digital solutions to health risks raised by the COVID-19 Infodemic. Notes d'orientation. Bureau régional pour l'Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356315>

Organisation mondiale de la santé. (2022.) Infodemic. https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1

Organisation mondiale de la santé. (2019.) Cadre de gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348822>.

Organisation mondiale de la santé. (2015.) Outbreaks and Emergencies. MERS Outbreak in the Republic of Korea, 2015. <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/2015-mers-outbreak>

O'Sullivan TL, Kuziemy CE, Corneil W, Lemyre L, Franco Z. (2014.) The EnRiCH Community Resilience Framework for High-Risk Populations. PLOS Currents Disasters. Oct 2014 2. Édition 1. doi : 10.1371/currents.dis.11381147bd5e89e38e78434a732f17db

O'Sullivan TL, Kuziemy CE, Toal-Sullivan D, Corneil W. (2013.) Unraveling the complexities of disaster management: A framework for critical social infrastructure to promote population health and resilience. Sciences sociales et médecine. 93 : 238-246.

Persaud N et coll. (2021.) Recommendations for equitable COVID-19 pandemic recovery in Canada. CMAJ 193:E1878-88. doi : 10.1503/cmaj.210904

Razak F, Shin S, Naylor D, Slutsky A. (2022.) Canada's response to the initial 2 years of the COVID-19 pandemic: a comparison with peer countries. CMAJ 194:E870-7. doi : 10.1503/cmaj.220316

Sachs JD et coll. (2022.) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. The Lancet Commission. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01585-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01585-9/fulltext)

Science Table : COVID-19 Advisory for Ontario. (2021.) Vaccine-Induced Immune Thrombotic Thrombocytopenia (VITT) Following Adenovirus Vector COVID-19 Vaccination. <https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/vaccine-induced-immune-thrombotic-thrombocytopenia-vitt-following-adenovirus-vector-covid-19-vaccination/>

Science Table: COVID-19 Advisory for Ontario. (2022.) Ontario Returns to School: An Overview of the Science. https://covid19-sciencetable.ca/wp-content/uploads/2022/01/Ontario>Returns-to-School-An-Overview-of-the-Science_20220112-1.pdf

Sécurité publique Canada. (2019.) Stratégie de sécurité civile pour le Canada Vers un 2030 marqué par la résilience Gouvernement du Canada. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/mrgncy-mngmnt-strtg/mrgncy-mngmnt-strtg-fr.pdf>

Sethi S & Martyn C. (2022.) Only One-Third of Canadians Believe that Most People Can be Trusted: Low Interpersonal Trust and Declining Social Cohesion Point to a More Fragile Society. Ipsos. <https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/only-one-third-of-Canadians-believe-most-people-can-be-trusted>

Siegel J. (2021.) Indoor Air Quality and COVID-19. Public Health Canadian Centre for Building Excellence. Présentation donnée lors des conférences de Santé publique Ontario et publiée sur le site Web de Santé publique Ontario.

https://www.publichealthontario.ca/-/media/event-presentations/2021/covid-19-rounds-indoor-air-quality.pdf?sc_lang=fr

Statistique Canada. (2021.) Répercussions économiques de la pandémie de COVID-19 dans les provinces et les territoires Gouvernement du Canada.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-631-x/11-631-x2021002-fra.htm>

Table de bioéthique de l'Ontario sur la COVID-19 (2022.) <https://jcb.utoronto.ca/bioethics-in-action/ontario-covid-19-bioethics-table/>

The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. (2021.) COVID-19 : Make it the Last Pandemic. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

Utilisé avec la permission de : <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Wang J, Vahid S, Eberg M, Milroy S, Milkovich J, Wright FC, Hunter A, Kalladeen R, Zanchetta C, Wijesundera HC, Irish J. (2020.) Clearing the surgical backlog caused by COVID-19 in Ontario: a time series modelling. CMAJ, 192 (44):E1347-56. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201521>

White House. (2022.) First annual report on progress towards implementation of the American pandemic preparedness plan. <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2022/09/09-2022-AP3-FIRST-ANNUAL-REPORT-ON-PROGRESS.pdf>

White House. (2022.) National COVID-19 Preparedness Plan. <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2022/03/NAT-COVID-19-PREPAREDNESS-PLAN.pdf>