

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

COMITÉ SPÉCIAL DE LA SURVEILLANCE DE LA GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE

CINQUIÈME RAPPORT PROVISOIRE

1^{re} session, 42^e législature
70 Elizabeth II

ISBN 978-1-4868-5012-9 (Imprimé)
ISBN 978-1-4868-5014-3 [Anglais] (PDF)
ISBN 978-1-4868-5016-7 [Français] (PDF)
ISBN 978-1-4868-5013-6 [Anglais] (HTML)
ISBN 978-1-4868-5015-0 [Français] (HTML)

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Ted Arnott
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité spécial de la surveillance de la gestion des situations d'urgence a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Daryl Kramp

Queen's Park
Février 2021

COMITÉ SPÉCIAL DE LA SURVEILLANCE DE LA GESTION DES
SITUATIONS D'URGENCE
LISTE DES MEMBRES

1^{re} session, 42nd législature

DARYL KRAMP
Président

TOM RAKOCEVIC
Vice-président

ROBERT BAILEY

SAM OOSTERHOFF

GILLES BISSON

LINDSEY PARK

JOHN FRASER

SARA SINGH
(Brampton-Centre)

CHRISTINE HOGARTH

EFFIE J. TRIANTAFILOPOULOS

ROBIN MARTIN

LORNE COE a régulièrement été membre suppléant du comité.

CHRISTOPHER TYRELL
Greffier du comité

HEATHER CONKLIN
Recherchiste

MONICA COP
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| PRÉSENTATION | 1 |
| MANDAT DU COMITÉ | 1 |
| TÉMOIGNAGE ET DISCUSSION | 2 |
| Déclaration de la vice-première ministre | 2 |
| Présentation de la modélisation de la COVID-19 | 2 |
| Discussion | 5 |
| ANNEXE A : MANDAT* | 15 |

PRÉSENTATION

Le Comité spécial de la surveillance de la gestion des situations d'urgence est heureux de présenter son cinquième rapport provisoire, qui résume son audience du 11 décembre 2020. Comme l'exige le mandat du Comité, la vice-première ministre et ministre de la Santé, l'honorable Christine Elliott, s'est présentée devant lui en tant que mandataire du premier ministre pour lui faire un rapport oral. Deux invités étaient également présents : le D^r David Williams, médecin hygiéniste en chef, et le D^r Adalsteinn Brown, coprésident de l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table (un groupe consultatif d'experts scientifiques sur la COVID-19). Le présent rapport résume le témoignage et la discussion qui ont eu lieu ce jour-là.

D'autres rapports suivront; ils seront ultérieurement compilés dans le rapport final du Comité.

Pour lire l'intégralité des témoignages des témoins et des questions posées par les membres du Comité, il faut consulter le Journal des débats.

MANDAT DU COMITÉ

Le 13 juillet 2020, le leader parlementaire du gouvernement a présenté une motion pour instituer le Comité spécial de la surveillance de la gestion des situations d'urgence. Après débat, la motion a été adoptée le 15 juillet. Le Comité a pour mandat de recevoir les rapports oraux du premier ministre ou de ses mandataires sur la prorogation des décrets d'urgence liés à la COVID-19 par la lieutenant-gouverneure en conseil et sur les raisons de ces prorogations.

Selon les dispositions relatives aux rapports de la *Loi de 2020 sur la réouverture de l'Ontario (mesures adaptables en réponse à la COVID-19)*, au moins une fois tous les 30 jours, le premier ministre (ou la ou le ministre auquel celui-ci en délègue la responsabilité) doit se présenter devant un comité permanent ou spécial désigné par l'Assemblée et lui faire rapport en ce qui concerne ce qui suit :

- a) les décrets qui ont été prorogés au cours de la période visée par le rapport;
- b) les raisons de leur prorogation.

Les audiences commencent par le témoignage du premier ministre (ou de sa, son ou ses mandataires), puis suivent les questions des membres du Comité. Ce dernier peut ensuite publier des rapports provisoires qui résument chaque audience.

Le mandat du Comité est reproduit intégralement à l'annexe A du présent rapport.

TÉMOIGNAGE ET DISCUSSION

Déclaration de la vice-première ministre

La vice-première ministre et ministre de la Santé, l'honorable Christine Elliott, s'est présentée devant le Comité le 11 décembre 2020. Elle a annoncé que la sollicitrice générale rencontrerait le Comité le lundi 14 décembre 2020 afin de discuter du renouvellement des décrets d'urgence en tant que tel, et expliqué que l'objectif de la réunion du 11 serait plutôt de bien faire comprendre aux membres du Comité les fondements des décisions prises par le gouvernement, en faisant le point sur la modélisation de la COVID-19 produite par la province.

La vice-première ministre a présenté ses deux invités, dont l'expertise a selon elle « grandement profité » au gouvernement depuis le début de la pandémie : le D^r David Williams, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario (MHC) et le D^r Adalsteinn Brown, doyen de l'École de santé publique Dalla Lana à l'Université de Toronto et coprésident de l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table.

Elle a dit aux membres du Comité que les conseils et les recommandations du MHC, du groupe des mesures de santé publique et d'autres spécialistes de santé publique, ainsi que les données probantes provenant de la modélisation et de la surveillance continue des principaux indicateurs, ont servi et serviront encore à orienter les décisions du gouvernement quant à la prorogation des décrets d'urgence.

La vice-première ministre a donné la parole au D^r Brown, afin qu'il puisse présenter au Comité la modélisation de la COVID-19, dans une série de diapositives.

Présentation de la modélisation de la COVID-19

Le D^r Brown a débuté son exposé en soulignant que le travail présenté était « le fruit des efforts de chercheuses et chercheurs et de scientifiques de l'Université McMaster, de l'Université de Toronto, de l'Université Queen's, de Santé publique Ontario, de Santé Ontario, du ministère de la Santé, de l'ICES ainsi que de nombreux hôpitaux à Toronto et ailleurs dans la province ».

Il a commencé en évoquant les trois indicateurs offrant une vue d'ensemble de la propagation de la pandémie, à savoir : le nombre de cas, le pourcentage de positivité et le nombre de tests de dépistage effectués. Il a ajouté que la hausse de ces trois indicateurs est « un mauvais présage ». Lorsque ceux-ci « fluctuent », cela signifie généralement « qu'il faut s'intéresser de près aux autres indicateurs ».

Le D^r Brown a indiqué que l'Ontario se trouve présentement dans « une situation quelque peu précaire » : les cas sont en hausse, mais le pourcentage de positivité semble se stabiliser, malgré le nombre relativement élevé de tests de dépistage effectués. Le « taux de reproduction (Re) » de l'Ontario oscille autour de 1,0.

Le D^r Brown a expliqué que le « Re » représente « le nombre d'autres personnes qu'infectera une personne atteinte de la COVID-19 ». Si le Re se situe à 1,0, cela signifie qu'une personne atteinte n'en infecte qu'une seule autre, et s'il grimpe au-

dessus de 1, la pandémie gagne du terrain. En ce moment, le Re de l'Ontario « se situe probablement autour de 1,1 ». Le D^r Brown a ajouté que si le Re descend sous 1,0, cela signifie que la pandémie « commence à décliner puisqu'elle ne se propage pas assez ». Comme son Re oscille autour de 1, la province se retrouve dans une situation fragile : le taux de cas positifs peut changer rapidement, mais il y a espoir de le faire diminuer.

Faits saillants

- La mortalité globale continue d'augmenter, excédant 25 décès par jour au cours du mois, ce qui fait de la COVID-19 « l'une des causes de décès les plus courantes ». Si elle n'est pas aussi substantielle que le cancer ou les maladies cardiaques, « elle est plus fréquente que pratiquement toutes les autres catégories » rapportées régulièrement par Statistique Canada. Selon les prédictions, la mortalité globale quotidienne de l'Ontario devrait continuer d'augmenter.
- Le taux d'occupation des lits de soins intensifs dû à la COVID-19 (principal indicateur) dépasse maintenant 200; ce qui ne risque pas de changer pour le reste de décembre.
- Les données révèlent une tendance constante : l'accès à un logement convenable et l'occupation d'un emploi ailleurs que dans les services essentiels et de première ligne sont corrélés à une propagation plus faible de la COVID-19. Si la population ne peut obtenir de logements adéquats, ou doit occuper des emplois en personne, il en résulte « une croissance accélérée de la pandémie ».
- La série actuelle de restrictions ayant débuté à la mi-septembre n'a pas réduit la mobilité (ainsi que les contacts qui en résultent) autant que le confinement du printemps. C'est compréhensible (les restrictions étaient plus sévères au printemps), mais il importe de garder ce fait à l'esprit, car il signifie que les restrictions actuelles « ne réduisent pas les contacts aussi rapidement ». Cependant, il semblerait que celles-ci « aient un effet ».
- Les données montrent « un fort degré de variation » entre les bureaux de santé publique en ce qui concerne la propagation du virus durant la deuxième vague. Par exemple, la région de Peel enregistre 197 nouveaux cas par semaine par 100 000 habitantes et habitants, « mais Ottawa n'en enregistre qu'environ 30 ». Ce « portrait de la propagation », qui varie grandement d'une région à l'autre de la province, renforce l'importance d'une approche personnalisée.
- On observe également des écarts très nets dans le pourcentage de nouveaux cas n'ayant aucun lien épidémiologique connu dans l'ensemble des bureaux de santé publique, celui-ci allant de 70 % à Toronto à 6 % à London. C'est un indicateur essentiel de la capacité en santé publique. Lorsque l'Ontario passera « éventuellement » à la phase de déclin de la deuxième vague, il sera important d'identifier la source de chaque cas afin de supprimer la maladie.
- Le temps d'attente pour les résultats des tests de dépistage de la COVID-19 varie grandement dans la province. Il s'agit également d'un indicateur essentiel de la capacité en santé publique.

- Dans l'ensemble, il semble que le taux de positivité à la COVID-19 (à savoir, le pourcentage de tests positifs) se « stabilise ». Ce fait illustre bien le « portrait mitigé et précaire » de l'Ontario. Puisque la courbe commence à s'aplanir et que la quantité de tests effectués est « relativement élevée », la province se retrouve au point où elle va soit perdre le contrôle de la pandémie, soit prendre le dessus.
- Le taux de positivité par groupe d'âge est très différent entre les deux vagues de la pandémie. En effet, dans la première vague, le pic le plus important a eu lieu dans les foyers de soins de longue durée, laissant les autres groupes d'âge relativement épargnés. Cela reflète les restrictions « considérables » mises en place durant la première vague, qui ont réduit les contacts entre des personnes qui auraient été autrement mobiles. Les données dressent un tout autre portrait pour la seconde vague : « La distribution des cas positifs étant beaucoup plus uniforme entre plusieurs groupes d'âge différents. » Comprendre la transmission communautaire est pertinent aussi pour les foyers de soins de longue durée : le prédicteur d'éclosion en habitation collective le plus important est une éclosion à forte transmission dans la collectivité (qui fait ensuite son chemin jusque dans le foyer de soins ou autre habitation collective).
- Les cas de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée semblent se stabiliser, bien que les décès demeurent élevés. Les chiffres présentés font état des effets de la propagation du virus dans une population particulièrement vulnérable. Un taux de mortalité croissant est observé depuis l'été, entraînant 493 décès depuis le 1^{er} septembre 2020 (de ce nombre, 102 ont eu lieu au cours des sept derniers jours). Le problème, quand on cherche comment abaisser ces chiffres, est que la mortalité est « un indicateur tardif de la pandémie, » ce qui signifie que même si une ligne de transmission est brisée, « on peut s'attendre à ce que la trajectoire des décès se maintienne » en fonction des cas positifs existants dans les foyers de soins de longue durée.
- Les hospitalisations et les admissions aux soins intensifs attribuables à la COVID-19 continuent de croître : les hospitalisations ont grimpé d'environ 92 % depuis la mi-novembre, et les admissions aux soins intensifs, d'environ 166 %.
- La modélisation de l'occupation des unités de soins intensifs projette que si la propagation de la pandémie n'est pas contrôlée, le prochain mois verra toujours l'Ontario dépasser la barre des 200 lits en soins intensifs occupés par des patientes et patients atteints de la COVID-19. Si la province est incapable de contrôler la propagation et que l'on observe une croissance de 1 %, la projection amène alors ce nombre à près de 300 lits. Si l'Ontario connaît une hausse de 5 %, le nombre estimé de lits en soins intensifs occupés par des patientes et patients atteints de la COVID-19 sera d'environ 500 à 550 d'ici la fin de la première semaine de janvier. Les lits en soins intensifs sont surtout sollicités dans les régions observant les plus fortes hausses des cas, ce qui signifie qu'il y a une forte concentration de lits occupés dans un petit nombre de collectivités. Par exemple, les régions comme Peel ont maintenant des problèmes considérables de dotation en personnel dans leurs unités de soins intensifs, qui requièrent du personnel hautement spécialisé.
- En raison de la nature intensive des soins, ces unités visent un taux d'occupation de moins de 100 %. Mais à mesure que les admissions et le temps de séjour des patientes et patients aux soins intensifs augmentent, l'Ontario pourrait voir un surpeuplement encore plus important dans ses unités de soins intensifs.

- La pandémie a causé une importante réduction de l'accès aux soins de santé pour les personnes qui ne sont pas atteintes de la COVID-19. Il y a certes eu des ajustements durant l'été, alors que l'on se trouvait au creux de la vague, mais l'accès aux soins de santé dans la province continue d'être bien en deçà des volumes de 2019. La situation est critique, car au lieu rattraper le déficit causé par la première vague, « nous [le] creusons petit à petit ». En résulteront des délais dans le traitement des cancers et des maladies cardiaques, entre autres, en plus d'un déclin de la capacité des unités de soins intensifs à prendre en charge les accidents de la route et autres urgences. En raison des fermetures de cliniques de soins primaires et de la réduction en nombre des procédures comme le dépistage et l'imagerie diagnostique, le déficit va au-delà des soins hospitaliers et aura des conséquences à long terme.
- Certaines personnes, comme en témoigne une batterie de graphiques, ont de plus grands risques de contracter la COVID-19 en raison de facteurs structurels de longue date. Afin de contrôler la pandémie, il faut « dépister, retracer, isoler et offrir du soutien », car ces facteurs les exposent au virus sans qu'elles puissent y faire quoi que ce soit. La hausse de cas est plus importante dans les collectivités comptant moins de logements adéquats (à savoir des logements où une personne peut s'isoler). À moins que du soutien ne soit offert, « la propagation se poursuivra ». La même tendance est présente dans les collectivités ayant davantage de logements multigénérationnels. Idem pour celles où un grand pan de la population occupe des emplois essentiels non liés à la santé (par exemple, en épicerie ou dans le secteur de la fabrication et des métiers spécialisés) : « Ces personnes sont celles qui ne peuvent s'isoler à la maison; elles doivent accomplir un travail tangible et sont souvent confrontées à la décision difficile d'aller ou non travailler, ou d'aller ou non se faire tester. » Les facteurs structurels qui entraînent les taux élevés de COVID-19 dans ces collectivités rendent difficile la prise d'effet des restrictions de santé publique, « sauf s'il y a un confinement complet ».
- En conséquence des restrictions actuelles de santé publique, « certaines répercussions » s'observent sur la mobilité en Ontario durant la deuxième vague, « mais pas autant qu'on le voudrait ».
- Selon un modèle mathématique élémentaire, si le R_e (le taux de reproduction) reste à 1,1, il s'ensuit une forte hausse des infections sur une courte période et « on perd rapidement le contrôle ». Si le R_e reste à 0,9, il en résulte un fort recul des infections sur une courte période. L'Ontario est dans une situation précaire, où l'on oscille légèrement d'un côté et de l'autre de 1,0 : « Si nous pouvons rester [...] du bon côté, nous pourrions rapidement prendre en main la situation. »

Discussion

Questions du Comité

La vice-première ministre et ministre de la Santé, le MHC de l'Ontario, et le D^r Brown ont répondu aux questions du Comité sur divers sujets, notamment ce qui suit :

- *Vaccination et immunité collective* – On a demandé aux témoins de donner « l'estimation du groupe des mesures de santé publique » quant au moment où l'Ontario « atteindrait l'immunité collective ». La vice-première ministre a répondu que « tout dépend » du calendrier de réception des vaccins et des quantités

reçues. Elle a ajouté que la province commencerait par recevoir un petit envoi du vaccin de Pfizer, qui permettra de « mettre à l'épreuve notre système afin de nous assurer d'être prêts à recevoir des quantités plus importantes », et qu'un « plus grand nombre de doses du vaccin de Pfizer » est attendu avant la fin de décembre. La vice-première ministre a précisé que le vaccin de Moderna ne sera expédié qu'après avoir reçu l'approbation de Santé Canada, et que « tout dépend donc du moment où cela arrivera ». Elle a fait allusion à son échange du 10 décembre avec la ministre fédérale de la santé, qui était du même avis. La vice-première ministre a également dit que les spécialistes de la santé « ne savent même pas s'il y a une immunité collective à ce stade-ci ». Pour sa part, le MHC a dit que les spécialistes de la santé s'efforcent de répondre à certaines questions, par exemple si la vaccination pourra mettre un frein à la transmission du virus. En ce qui concerne le moment où la province « arriverait à une masse critique » de vaccinations, le MHC a expliqué que « cela dépend de tous les nouveaux produits en attente d'approbation », et fait ce commentaire : « Pour le public, l'attente semble longue, mais pour dans l'univers de la vaccinologie, le rythme est en fait assez rapide. »

- *Vaccination et autres mesures de santé publique* – Puisque la vaccination pourrait ne pas empêcher la transmission, un membre du Comité a demandé s'il est juste d'affirmer que « le vaccin n'est pas la seule intervention de santé publique dont nous aurons besoin dans les prochains mois ». Le MHC a répondu que la priorité du programme de vaccination est « d'empêcher les gens de tomber gravement malades, d'être admis à l'hôpital, ou de mourir ». Il a reconnu que, dans le but d'abaisser le nombre de cas dans la population en général au cours des prochains mois, les autres mesures de santé publique demeureront la priorité, « et ce jusqu'en avril et mai ».
- *Vaccination et inadmissibilité clinique* – On a demandé aux témoins quel pourcentage de la population ontarienne n'est pas admissible cliniquement à la vaccination, et quels sont les plans en place pour celles et ceux qui veulent, mais ne peuvent pas, se faire vacciner. La vice-première ministre a répondu que la question des comorbidités pouvant empêcher certaines personnes de recevoir le vaccin est encore à l'étude. Le MHC a dit que les producteurs des vaccins « tentent d'élargir leurs essais cliniques afin d'inclure différents groupes d'âge ». Il a indiqué que, même pour le vaccin de Pfizer, « la monographie finale », « avec toutes les réserves », n'est pas encore disponible. Le Comité consultatif national de l'immunisation « examine les produits », et « nous apprendrons, pour ainsi dire, au fur et à mesure ». Le MHC a insisté sur le fait que l'Ontario se fera prudent, notamment en observant l'évolution de la situation tant au Canada que dans les autres pays.
- *Vaccination des enfants* – On a demandé aux témoins s'il y a « un plan précis quant à la vaccination des enfants et des élèves ». La vice-première ministre a répondu qu'à ce stade, ni le vaccin de Pfizer ni celui de Moderna ne doivent être administrés aux enfants. Elle a souligné que cinq ou six autres candidats-vaccins « sont en chemin ». Le MHC a fait écho aux commentaires de la vice-première ministre, en ajoutant que les Ontariennes et Ontariens devraient recevoir plus

d'information « en temps et lieu ». Il a affirmé que la priorité pour la vaccination sera donnée aux populations à haut risque, c'est-à-dire les adultes, principalement les personnes âgées, car elles « comptent un plus haut taux de mortalité ».

- *Plans pour vaincre la réticence face au vaccin* – Un membre du Comité a demandé ce qu'il en était des plans du gouvernement pour vaincre la réticence face au vaccin. La vice-première ministre a soutenu que la vaccination se fera sur une base volontaire. Elle a dit qu'un certain pan de la population s'oppose à la vaccination « en toutes circonstances », tandis qu'un autre veut bien se faire vacciner, « mais ne souhaite pas faire partie du premier groupe, car il veut pouvoir constater les effets sur les autres d'abord ». La vice-première ministre a dit que le groupe de travail prépare la communication et la mobilisation communautaire nécessaire pour « apaiser l'anxiété de la population », et « prépare aussi des réponses convenant à différents groupes ». Elle a mentionné le besoin de communiquer avec les communautés autochtones, de même qu'avec toutes les personnes qui sont nouvellement arrivées en Ontario et peuvent se buter à des barrières linguistiques.
- *Plans pour la distribution des vaccins* – On a demandé aux témoins s'il y a un plan pour veiller à ce que le personnel ainsi que les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée reçoivent le vaccin de façon prioritaire; également, on a demandé si les résidentes et résidents seraient transportés dans les hôpitaux ou d'autres sites pour l'administration du vaccin. La vice-première ministre a répondu qu'un plan est en place. Elle a dit que parce que le vaccin de Pfizer doit être conservé à une température extrêmement froide, les spécialistes ont conseillé de le « garder à l'endroit même où il sera administré ». Pfizer livrera donc les doses à des sites précis où le personnel des foyers de soins de longue durée devra se rendre pour être vacciné. Elle a ajouté qu'en raison de l'inquiétude entourant le transport des résidentes et résidents des foyers, il est fort probable que ces derniers reçoivent le vaccin de Moderna, qui est plus facilement transportable.
- *Prise en charge de la distribution du vaccin* – Un membre du Comité a demandé si les bureaux de santé publique locaux seraient chargés de la distribution des vaccins pour chaque région, soulignant que le groupe de travail sur la distribution des vaccins d'Ottawa a été structuré de sorte que la santé publique agisse en tant que « responsable ». Le membre du Comité a fait valoir que les bureaux de santé publique ont l'expérience des campagnes de vaccination, et qu'ils peuvent être « une voix digne de confiance en région ». Le MHC a répondu : « Il s'agit d'un partenariat. » Il a également dit que durant la première phase de la vaccination, Pfizer n'autorise que deux sites de vaccinations; les sites choisis par le gouvernement, pour accueillir les congélateurs ultrafrais nécessaires, sont des hôpitaux. Il a ajouté que cette première phase est menée par le groupe de travail sur la distribution des vaccins, et pas nécessairement par la santé publique, par Santé Ontario ou par les hôpitaux. Le groupe de travail « autorisera plus [de sites] », et « à mesure que [le rayon de vaccination] s'élargira, les choses changeront ». Le membre du Comité a demandé que le gouvernement envisage d'inclure une figure de leadership en santé publique « dans le groupe de travail sur la vaccination et dans le travail à l'échelle régionale ».

- *Vaccins pour la région de Peel* – Un membre du Comité a demandé pourquoi la région de Peel, qui « enregistre l'un des plus hauts comptes de cas par habitant », a été exclue des premières distributions du vaccin. La vice-première ministre a répondu que le gouvernement annoncerait les lieux exacts, mais « que l'on envisage d'inclure les régions en confinement, car ces communautés ont besoin d'un coup de main et que l'on veut évidemment protéger les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée ». Elle a précisé que ces derniers recevraient probablement le vaccin de Moderna « en raison de la complexité du transport du vaccin de Pfizer ».
- *Confinement et petites entreprises* – Les membres du Comité ont demandé pourquoi les grands détaillants et les magasins à grande surface peuvent demeurer ouverts à l'achat en personne alors que les petites entreprises sont fermées. Le MHC a répondu qu'en plus d'offrir de la nourriture et d'autres articles essentiels, de nombreux grands détaillants disposent d'une plus grande superficie pour disperser les consommatrices et consommateurs. Il a ajouté que les magasins doivent limiter le nombre de personnes permises à l'intérieur et « prévoir une supervision aux portes », en plus de prendre des mesures pour contrôler la circulation dans les allées. Il a dit que le magasinage dans les petites boutiques tend à créer davantage de « va-et-vient à l'extérieur », rendant le port du masque et la distanciation physique difficiles à contrôler. Si les détaillants ont tenté d'imposer des restrictions, ils ont de la difficulté à empêcher les consommatrices et consommateurs d'entrer en contact étroit. Le D^r Brown a soulevé que « c'est une question très difficile, puisque de nombreux facteurs entrent en ligne de compte ». Il a montré au Comité les données de téléphones cellulaires des États-Unis (plus précisément de Chicago) pour la période allant du 1^{er} mars au 2 mai 2020. Il a expliqué que les chercheuses et chercheurs ont utilisé ces données pour faire le lien entre le lieu d'habitation des gens et où ils sont allés; ils ont ensuite utilisé un processus complexe de cartographie et d'algorithmes « pour déterminer qu'est-ce qui semble être associé à l'amplification des infections », et plus précisément pour « découvrir où la transmission a possiblement eu lieu ». Le D^r Brown a expliqué qu'il est « très, très clair » que les restaurants, les gymnases et les casse-croûtes présentent un risque considérable d'augmentation des infections. Il a dit : « Mais pour d'autres types d'établissements, ces chiffres peuvent passablement diminuer. » Le D^r Brown a fait écho aux commentaires du MHC comme quoi, si un magasin est ouvert qui respecte peu les mesures de santé publique, celui-ci pourrait se retrouver bondé et déclencher « un événement de superpropagation ».
- *Situation de Toronto* – Une membre du Comité a fait référence à une diapositive de la présentation du D^r Brown illustrant le pourcentage de nouveaux cas par semaine sans lien épidémiologique dans les différents bureaux de santé publique. Elle a demandé que l'on explique « ce qui se passe à Toronto », la ville lui paraissant être une exception extrême. Elle a dit que, malgré l'argent alloué pour embaucher du personnel de recherche de contacts supplémentaire, « les résultats n'y ont jamais été meilleurs que 50 % ». Le MHC a convenu que « beaucoup de chercheuses et chercheurs de contacts » sont venus s'ajouter dans Toronto, et que du personnel est déployé « pour porter main forte dans toute la circonscription sanitaire, qui

commence à être débordée ». Il a expliqué que les personnes répondant aux questions des chercheuses et chercheurs de contacts pourraient ne pas se souvenir, « ou ne pas avoir envie de divulguer », où elles sont allées et quels contacts elles ont eus. « Si ces personnes n'en ont aucun souvenir, nous ne pouvons pas faire grand-chose. » En outre, il a signalé qu'à Toronto, la réponse à la question « vous êtes-vous trouvé dans un endroit bondé? » a de fortes chances d'être positive. Après tout, Toronto comporte bon nombre « de constructions en hauteur » où les gens ont « de grands risques de contact, et peu de contrôle à ce sujet, » par exemple dans les ascenseurs.

- *Taux de Re et interventions de santé publique* – Une membre du Comité a fait remarquer que, selon la présentation du D^r Brown, l'Ontario se situe présentement à un taux de Re d'environ 1,1 (moyennant des fluctuations au-dessus et au-dessous de ce niveau). Elle a demandé au D^r Brown s'il serait exact de supposer que, sans les mesures de santé publique qui ont été mises en place, le taux Re de l'Ontario augmenterait considérablement, causant « toute sorte de problèmes ». Le D^r Brown a manifesté son accord, soulignant que la province a vu une hausse très rapide de la COVID-19, « mais qu'elle a perdu en intensité. C'est probablement le résultat de nos interventions ». Il a indiqué que la modélisation porte à croire que sans ces interventions, « vu le type d'augmentation foudroyante que nous avons vu au printemps », les unités de soins intensifs auraient rapidement pu être débordées et le taux de mortalité, devenir bien plus élevé.
- *Congés de maladie payés* – On a demandé au D^r Brown si les congés de maladie payés influençaient un tant soit peu le nombre élevé de cas positifs à la COVID-19 enregistrés chez les travailleuses et travailleurs essentiels dans des postes non liés aux soins de santé. Est-ce que quelqu'un étudiait précisément la différence entre les travailleuses et de travailleurs ayant droit à des congés de maladie payés et celles et ceux qui n'en ont pas? Le D^r Brown a répondu qu'à sa connaissance, l'Ontario ne « collecte aucune information permettant de faire une telle association ». Il a dit que bien qu'il ne puisse pas fournir de « données probantes fondées sur des essais », il croyait fortement « que l'ensemble complet d'interventions ayant permis à la population de rester en sécurité à la maison », y compris les congés de maladie et la protection contre les évictions, entre autres choses, sont primordiaux au soutien de ces travailleuses et travailleurs.
- *Vacances de Noël* – Les membres du Comité se sont interrogés sur les difficultés que représentent les Fêtes, qui sont à nos portes. Peut-on s'attendre à voir un « bond » dans les cas positifs en Ontario (qui mènerait possiblement à l'un des pires scénarios projetés)? Le MHC a dit que la « saison des Fêtes » représente toujours un risque. La question est de savoir si la population a « appris la leçon », à savoir qu'il faut restreindre les déplacements et limiter les rassemblements aux membres du ménage. Il a dit que le gouvernement diffuse des messages à propos du magasinage à l'avance et des commandes en ligne, et rappelle aux gens « qu'ils n'ont pas toujours besoin de commander chez les [...] grandes entreprises ». En ce qui concerne la modélisation, le D^r Brown a expliqué qu'il y a des forces concurrentes : d'un côté, la population passe plus de temps à la maison,

et les écoles et entreprises sont fermées; de l'autre, les familles peuvent vouloir se rassembler. S'il n'y a aucune circulation à l'extérieur de la maison (et aucun rassemblement de multiples ménages), « il y aurait probablement une réduction des cas ». À l'inverse, s'il y a d'importants rassemblements privés à l'intérieur, cela pourrait mener à des événements de superpropagation. Le MHC a insisté sur le fait que les messages diffusés rappelleront à la population de rester chez soi avec sa petite famille et de s'adonner à des visites virtuelles pour voir les autres : « Cette année, Noël sera différent. »

- *Centres d'isolement pour les travailleuses et travailleurs essentiels* – Une membre du Comité a demandé si, au vu des données disponibles, il serait bénéfique de fournir un endroit où les travailleuses et travailleurs essentiels non liés aux soins de santé pourraient aller pour s'isoler. Le D^r Brown a confirmé que cette mesure non seulement augmenterait les chances d'« éliminer les obstacles à la prévention présents dans les collectivités, mais atténuerait aussi les effets ressentis à l'échelle de la province ». La membre du Comité a également demandé si le gouvernement provincial serait disposé à financer les centres d'isolement, en soulignant que deux centres existants de ce genre sont financés par le gouvernement fédéral. La vice-première ministre a dit que le gouvernement a ciblé 14 quartiers dans les zones confinées qui nécessitent un « coup de pouce », et qu'elle s'est entretenue avec la ministre fédérale afin d'obtenir de l'aide à établir davantage de zones de quarantaine et d'isolement pour « commencer à faire diminuer le nombre de cas – car nous savons que dans plusieurs de ces collectivités, ce n'est pas une mince tâche ». Elle a affirmé que le gouvernement fédéral s'est révélé être un partenaire disposé, mais que « si, pour une raison quelconque, le fédéral ne débloque pas les fonds, nous pourrions certainement considérer d'offrir ce financement au provincial ».
- *Cibler les ressources dans les collectivités durement touchées* – Un membre du Comité a interrogé la vice-première ministre sur le moment où les collectivités « durement touchées » – comme la circonscription de ce membre au nord-ouest de Toronto – « recevront des options additionnelles d'isolement ». La vice-première ministre a indiqué que bien qu'elle ne puisse pas fournir de date précise, « il s'agit d'une priorité pour nous, car nous savons que les collectivités comme la vôtre ont besoin d'aide ». Elle a souligné qu'il y a eu des discussions avec la ministre fédérale de la Santé à propos de l'aide fédérale dans cette région.
- *Restriction des déplacements entre les zones* – Une membre du Comité s'est dite préoccupée par les membres du public se déplaçant des régions confinées à celles moins restreintes pour visiter les boutiques et les restaurants. Elle a demandé : « Quelles directives avez-vous pour ces personnes et pour les gens d'affaires de ma collectivité? » Le MHC a expliqué que le message envoyé au public est qu'il n'y a pas de « réel obstacle » aux déplacements dans la province. L'objectif est de décourager la population de se déplacer de régions à haut risque vers des régions au risque moins élevé, sauf pour des raisons essentielles. Si le déplacement est essentiel, les gens doivent « prendre les précautions et respecter la collectivité locale ». En ce qui concerne le magasinage, il a dit : « nos groupes continueront d'utiliser leur pouvoir d'application de la réglementation, et limiteront les

rassemblements de même que le nombre de personnes. » Selon lui, si les gens s'y prennent d'avance, « la course au magasinage ne devrait pas se produire ».

- *Couvre-feux* – Une membre du Comité a demandé si le gouvernement pourrait envisager d'imposer des couvre-feux ainsi que de prendre d'autres mesures que l'on voit ailleurs, « si demander à la population de respecter les règles » ne fonctionne pas. En réponse à cette interrogation, le MHC a insisté sur le fait « que la majorité du public maintient le cap ». Il a dit que le gouvernement ne cherche pas à imposer de couvre-feu pour le moment, ajoutant que celui-ci a besoin de la coopération du public plus qu'il n'a besoin de « le contrôler, car nous ne pouvons pas être partout et surveiller tout le monde à tout moment, et nous avons besoin de bonne volonté ».
- *Occupation des unités de soins intensifs* – Une membre du Comité a relayé de ses entretiens avec le personnel des unités de soins intensifs que ces gens travaillent avec acharnement auprès de patientes et patients gravement malades. Elle a demandé ce qui se passera quand les unités de Toronto seront à pleine capacité. Le D^r Brown a répondu que la membre du Comité avait raison de dire que « la situation est très, très délicate ». Il a souligné que, selon la modélisation, lorsque les unités de soins intensifs sont à pleine capacité, « les répercussions se font sentir dans d'autres types de soins ». Par exemple, des patientes et patients devraient renoncer à leurs chirurgies pour des cancers ou cardiopathies, et les victimes d'accidents de la route recevraient difficilement des soins : « Nous serions témoins d'une croissance de la mortalité en général, et pas que de la COVID-19. » Le MHC a dit que Santé Ontario gère parfois les problèmes d'occupation des unités de soins intensifs en « déplaçant certains cas, certaines patientes et certains patients ». Il a également dit qu'un autre problème avec lequel les unités de soins intensifs sont aux prises est que les membres du personnel se font infecter dans la communauté, ce qui réduit les ressources humaines disponibles.
- *Écarts entre les unités de soins intensifs* – Cette même membre du Comité a également fait remarquer que les unités de soins intensifs de la province n'ont pas tous les mêmes installations, et ne sont donc « pas toutes égales ». Elle a soulevé le fait que certaines personnes résidant dans les circonscriptions du Nord dépendent des hôpitaux de Toronto, et a demandé si ces hôpitaux pourraient bientôt être dans l'incapacité d'admettre les patientes et patients du Nord (puisqu'ils seraient déjà pleins). Le D^r Williams a répondu : « Ce serait de cette façon que le système commencerait à s'engorger. » Il a dit que dans cette éventualité, l'idée serait d'aller chercher de la capacité dans les autres unités de soins intensifs de la province, « mais que le système est de plus en plus éprouvé » en raison à la fois des éclosions et des pénuries de personnel. Il a insisté que « c'est pourquoi nous tentons de faire comprendre au public que bien que le nombre de cas ne semble pas élevé, il a des répercussions puisque cela vient engorger tout le système ».
- *Retards en chirurgie* – On a demandé aux témoins si l'Ontario fait la surveillance des répercussions de ces retards, comme « les personnes qui décèdent parce qu'elles n'ont pas eu leur chirurgie ». Le D^r Brown a indiqué que deux études sont

en cours : la première se concentre sur le traitement des cancers, et la seconde, sur celui des maladies cardiaques. Pour l'instant, les résultats sont préliminaires. Il a ajouté qu'une analyse plus poussée fera probablement la lumière sur le sujet ainsi que sur d'autres effets pour la santé, par exemple dans l'immunisation à des maladies autres que la COVID-19.

- *Soutien pour les services de transport* – On a demandé à la vice-première ministre si le gouvernement s'engagerait à fournir des fonds additionnels aux services de transport, comme la Commission de transport de Toronto, pour ajouter des véhicules sur les trajets achalandés. Un membre du Comité a fait valoir que les autobus dans lesquels les usagères et usagers sont « serrés comme des sardines », dans les collectivités où la transmission est élevée, sont des « endroits où la population est à haut risque de contracter la COVID ». Il a également demandé si la transmission du virus dans les transports en commun avait été abordée « par le groupe des mesures de santé publique ». La vice-première ministre a répondu qu'elle « en discuterait avec la ministre Mulroney et la ministre Surma », puisque la question relèverait de leur compétence. En ce qui concerne les discussions du groupe des mesures de santé publique, elle a mentionné : « Nous n'avons pas tenu de discussions portant précisément sur les autobus, mais nous pouvons certainement le faire. »
- *Mesures de santé publique dans d'autres territoires de compétence* – On a demandé aux témoins de faire part au Comité de la comparaison entre les mesures de santé publique prises en Ontario et celles prises ailleurs, et de traiter de « certaines des leçons apprises » des autres territoires de compétence. Le MHC a répondu que « notre comité fédéral-provincial-territorial national » ainsi que l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada « font des analyses de ce qui se fait ailleurs », en examinant les mesures « qui ont eu du succès et celles qui ont échoué ». Des questions sont ensuite soumises au Ontario COVID-19 Science Advisory Table à savoir si les différentes approches seraient « valides ou non dans notre contexte ». Le MHC a insisté sur le fait qu'il s'agit d'un processus d'apprentissage continu. En ce qui concerne les leçons apprises, le D^r Brown a dit « que le travail doit se faire tôt ou tard – et s'il se fait sur le tard, c'est beaucoup plus difficile ». Par exemple, il a souligné que dans certaines régions de l'Australie et ailleurs, « quand la transmission était hors de contrôle », les mesures prises ont inclus des couvre-feux, « une présence policière dans la rue », des restrictions sur les déplacements, et « exactement le type de mesure de confinement incroyablement stricte que nous n'avons même pas abordée lors de la première vague ». Il a par la suite souligné que divers pays, notamment le Canada, « ont attendu encore et encore avant d'agir, ce qui a mené à la prise de mesures plus strictes et difficiles ». Le D^r Brown a conclu en informant les membres du Comité que les expériences des autres pays ont démontré que « plus les gouvernements se donnent dans le volet de soutien de leur travail, meilleurs sont les résultats ».
- *Rendre publiques les données de modélisation de la COVID-19* – Une membre du Comité a demandé si d'autres provinces divulguent les données de modélisation ou si elles font régulièrement le point au public sur les projections comme l'Ontario le

fait. Le MHC a répondu que certaines provinces « avaient diffusé leurs données de modélisation à différents stades et de différentes manières ». Il a souligné que l'Ontario COVID-19 Science Advisory Table fait le suivi de cette information. Selon le D^r Brown, assurer la transparence en diffusant les données au public « est réellement primordial ». Il a précisé que la modélisation se veut un effort pour prédire l'avenir, mais « sera toujours inexacte ». Il a expliqué que les membres de son équipe « modélisent bel et bien l'évolution des choses, et s'intéressent à la progression de la situation dans les autres provinces » – une mesure qu'il estime importante « puisqu'elle nous montre d'abord comment nous pouvons améliorer nos méthodes, et aussi comment nous nous situons par rapport à l'efficacité prédictive de nos modèles. Aussi, nous pouvons constater quelles sont les répercussions dans les autres provinces ». Il a déclaré au Comité ce qui suit : « Je suis porté à croire que plus la modélisation est solide et indépendante, plus notre position dans la lutte contre la pandémie est avantageuse. »

- *Pourcentage de positivité* – On a demandé au D^r Brown ce qui fait du pourcentage de positivité est un indicateur important. Il a répondu : « Si l'on a un nombre croissant à la fois de tests de dépistage et de cas positifs, la question se pose toujours : découvrons-nous plus de cas uniquement en raison du dépistage, ou constatons-nous une propagation du virus? » Il a expliqué que si les tests et les cas sont en hausse, mais que le pourcentage de positivité est en baisse, « il se peut que la découverte de cas ne soit que l'effet du dépistage, et non forcément d'une flambée du virus. Mais si ce pourcentage n'est pas en baisse, c'est le signe qu'il y a propagation ». Il a ajouté qu'il est important de regarder le nombre de cas, le dépistage et la positivité comme un tout « afin de comprendre la trajectoire réelle de la pandémie ».
- *Restrictions locales de santé publique* – Une membre du Comité a demandé à quel point il importe, au chapitre du Cadre pour l'intervention contre la COVID-19 de l'Ontario, que les responsables de la santé publique locaux soient en mesure « d'adapter les restrictions » à leur collectivité en vertu de l'article 22 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Elle a également demandé que l'on explique comment le Cadre aide la population « à anticiper dans quelle direction se dirige leur région ». Le MHC a répondu que chaque niveau du Cadre établit « la fondation » sur laquelle les médecins hygiénistes locaux peuvent bâtir : ils peuvent ajouter des restrictions en fonctions de la situation unique de leur région, mais pas en enlever. En ce qui concerne la population, il estime que le Cadre vient la responsabiliser : comme elle « peut concrètement voir les chiffres », elle voit aussi qu'il faut y mettre du sien pour « abaisser le nombre de cas » afin de passer à un niveau de restrictions inférieur.
- *Publication de rapport sur l'avancement de la vaccination* – La question de s'il est prévu d'informer régulièrement le public sur l'avancement de la campagne de vaccination a été adressée à la vice-première ministre, mais puisque cette dernière a dû s'absenter avant la fin de la réunion du Comité, c'est le MHC qui a répondu que le gouvernement « met en place des systèmes » pour recueillir l'information, par exemple sur les personnes qui ont été vaccinées. Il a dit que ces données sont

nécessaires pour garantir que chacune reçoive les deux doses prescrites, ainsi que pour faire le suivi de « tout incident thérapeutique ».

- *Utilisation de la capacité existante en soins de longue durée* – Un membre du Comité a demandé si le MHC et le groupe des mesures de santé publique ont envisagé, ou seraient prêts à envisager, de recourir à certaines dispositions des lois de santé publique pour permettre d’empiéter sur les lits de soins de longue durée disponibles. Il a mentionné les 120 chambres individuelles vacantes dans sa circonscription, faisant remarquer que la situation « met la pression sur nos hôpitaux et nos collectivités ». Il a ajouté « qu’il y a des dispositions de santé publique qui permettent, dans les circonstances, d’admettre des patients durant une éclosion, moyennant certaines conditions ». Comme la vice-première ministre et le MHC avaient alors tous deux quitté la réunion, le D^r Brown a dit qu’il ne pouvait pas « se prononcer sur le groupe chargé des mesures de santé ou le gouvernement ». Il a dit que bien qu’il ne connaisse pas la situation précise de la circonscription du membre du Comité, « les éclosions en maisons de soins infirmiers sont largement déterminées par le niveau d’infection dans la collectivité; la mortalité, elle, est corrélée avec l’âge des résidentes et résidents et le taux d’occupation de l’établissement ainsi que son appartenance ou non à une chaîne ». Le D^r Brown a conclu en indiquant qu’il transmettrait les commentaires du membre du Comité au MHC.
- *Campagne de sensibilisation du public sur la vaccination* – Au sujet de la vaccination et de la réticence à son propos, on a demandé au D^r Brown s’il savait « quand la campagne de sensibilisation allait débiter, et comment elle allait se dérouler ». Il a indiqué qu’il n’avait pas de réponse à la question, et que le MHC serait mieux placé pour y répondre, mais conclu : « Je souscris entièrement à l’importance de l’éducation du public. »

ANNEXE A MANDAT*

Qu'un Comité spécial de la surveillance de la gestion des situations d'urgence soit nommé pour recevoir les rapports oraux du premier ministre, ou de sa, son ou ses mandataires, concernant la prorogation des décrets d'urgence liés à la COVID-19 par la lieutenante-gouverneure en conseil et les raisons de ces prorogations;

Que le Comité soit composé d'au plus onze membres, ainsi répartis :

- jusqu'à sept députées ou députés du parti au pouvoir;
- jusqu'à trois députées ou députés de l'opposition officielle;
- jusqu'à une députée indépendante ou un député indépendant;

Que la ou le leader parlementaire de chaque parti reconnu désigne par écrit au greffe de l'Assemblée législative les membres de son parti qui siégeront au Comité;

Que la ou le leader parlementaire du gouvernement, de concert avec les députées indépendantes et députés indépendants, désigne par écrit au greffe de l'Assemblée législative la députée indépendante ou le député indépendant qui siègera au Comité;

Que la date limite pour désigner les membres du Comité au greffe de l'Assemblée législative soit fixée au jeudi 20 août 2020;

Que le Comité se réunisse sur convocation de la présidente ou du président, avec ceci pour ordre du jour :

- déclaration d'ouverture du premier ministre ou de sa, son ou ses mandataires (maximum de 30 minutes).;
- questions des députées et députés des partis reconnus au premier ministre ou à sa, son ou ses mandataires, en trois tours de 10 minutes par parti (maximum de 60 minutes);
- questions de la députée indépendante ou du député indépendant au premier ministre ou à sa, son ou ses mandataires, en deux tours de cinq minutes chacun (maximum de 10 minutes);
- rédaction d'un rapport à huis clos;

Que la greffière ou le greffier du Comité tienne la première réunion au plus tard le jeudi 27 août 2020 afin d'élire la présidente ou le président et la vice-présidente ou le vice-président. Toutefois, aucun sous-comité ne sera constitué;

Que dans le cadre des travaux réalisés en vertu de la présente ordonnance, les alinéas 38 b), c) et d), et 134 c) et d) du Règlement soient suspendus;

Que le Comité soit autorisé à présenter des rapports provisoires résumant chaque audience à l'Assemblée ou à déposer de tels rapports auprès de la greffière ou du greffier, si l'Assemblée ne siège pas;

Que le rapport final du Comité soit une compilation des rapports provisoires;

Que le Comité soit dissous 30 jours après que la ou le leader parlementaire du gouvernement aura indiqué par écrit à la présidente ou au président de l'Assemblée que son existence n'est plus requise;

Que le rapport final du Comité soit déposé auprès de l'Assemblée, ou de la greffière ou du greffier si l'Assemblée ne siège pas, avant la dissolution du Comité;

Que si le Comité échoue à respecter ce délai, les rapports provisoires combinés soient considérés comme constituant le rapport final du Comité et réputés avoir été déposés à la date de la dissolution du Comité;

Qu'une fois le rapport final du Comité présenté à l'Assemblée, un ordre soit inséré au Feuilleton et avis pour discussion du document par l'Assemblée.

** Procès-verbaux, 15 juillet 2020, 42^e législature, 1^{re} session*