



Bureau de la  
Responsabilité  
Financière de l'Ontario

# LE SECTEUR DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO

EXAMEN PRÉLIMINAIRE SUR L'INCIDENCE DE L'ÉCLOSION DE  
LA COVID-19 SUR LA CAPACITÉ DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO

The background of the lower half of the page features a complex data visualization. It includes a grid of green lines, a series of vertical bars of varying heights in shades of green and black, and a line graph with circular markers. The overall aesthetic is modern and analytical.

2020

## À propos du présent document

Établi en vertu de la *Loi de 2013 sur le directeur de la responsabilité financière*, le Bureau de la responsabilité financière (BRF) a pour mandat de fournir une analyse indépendante de la situation financière de la province, des tendances de l'économie provinciale et de toute autre question d'intérêt pour l'Assemblée législative de l'Ontario.

Le BRF produit une analyse indépendante à l'initiative du directeur de la responsabilité financière. Si un membre ou un comité de l'Assemblée en fait la demande, le directeur peut aussi exiger que le BRF entreprenne une recherche afin d'estimer les coûts financiers ou les avantages financiers pour la province de tout projet de loi ou proposition dont la compétence relève de la législature.

Ce rapport a été préparé à l'initiative du directeur de la responsabilité financière en réponse à une demande d'un membre de l'Assemblée législative. Conformément au mandat du BRF visant à fournir à l'Assemblée législative de l'Ontario une analyse économique et financière indépendante, ce rapport ne fait aucune recommandation.

Le présent rapport a été préparé par Matt Gurnham et Luan Ngo, qui ont travaillé sous la supervision de Jeffrey Novak. Il est fondé sur les données disponibles au 24 avril 2020.

Des évaluateurs externes ont commenté les premières ébauches du rapport. L'aide d'évaluateurs externes n'implique aucunement leur responsabilité en ce qui concerne le document final, laquelle repose entièrement sur le BRF.



Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario  
2, rue Bloor Ouest, bureau 900, Toronto (Ontario) M4W 3E2 | [fao-on.org](http://fao-on.org) | [info@fao-on.org](mailto:info@fao-on.org) | 416-644-0702  
Ce document est également disponible en format accessible et peut être téléchargé au format PDF depuis notre site Web.

ISBN 978-1-4868-4466-1 (en ligne)  
© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2020

# Table des matières

<b>1   Résumé</b>	<b>1</b>
Capacité des hôpitaux ontariens avant l'écllosion de COVID-19	1
Mesures visant à limiter la propagation de COVID-19 et à accroître la capacité des hôpitaux.	1
Effet des mesures sur la disponibilité des lits d'hôpital	1
Utilisation des lits d'hôpital disponibles par les patients atteints de la COVID-19	2
Réaffectation des ressources du secteur de la santé vers les secteurs vulnérables	3
Questions clés pour les députés provinciaux	3
<b>2   Contexte et objectif du rapport</b>	<b>1</b>
Capacité des hôpitaux avant l'écllosion de la COVID-19	1
Objet de ce rapport	2
<b>3   Survol de l'écllosion du nouveau coronavirus 2019</b>	<b>3</b>
<b>4   Réaction du gouvernement de l'Ontario</b>	<b>5</b>
Mesures visant à réduire la propagation de la COVID-19	6
Mesures visant à accroître la capacité et l'accessibilité aux hôpitaux	6
Effet des mesures sur la disponibilité des lits d'hôpital	8
<b>5   Incidence de l'écllosion de COVID-19 sur la capacité des hôpitaux</b>	<b>10</b>
L'écllosion en Ontario	10
Effets de la COVID-19 sur la capacité des hôpitaux	13
Résumé	15
Calendrier des mesures d'urgence : Analyse de scénarios	15
Propagation comparativement aux autres collectivités publiques	15
Scénario de confinement différé	16
Réallocation des ressources du secteur de la santé vers les régions vulnérables	17

<b>6   Questions clés pour les députés</b>	<b>19</b>
Quelles sont les conditions requises pour cesser les mesures de confinement?	19
Comment les mesures de confinement seront-elles levées?	19
Quels préparatifs le gouvernement met-il en place pour continuer à maîtriser la COVID-19?	21
Dépistage de masse	21
Surveillance et dépistage des contacts	21
Comment le système de santé de l'Ontario retournera-t-il à la normale et comment le financement supplémentaire sera-t-il requis?	22
<b>7   Annexes</b>	<b>25</b>
Annexe A : Comparaison internationale de capacité des hôpitaux et de leur taux d'occupation	25

# 1 | Résumé

## Capacité des hôpitaux ontariens avant l'écllosion de COVID-19

- En 2019-2020, on dénombrait 141 hôpitaux du réseau public pour desservir la province, disposant d'environ 34 700 lits. De ce nombre, 22 400 étaient des lits de soins actifs, dont 2012 adaptés pour les soins aux malades en phase critique<sup>1</sup>.
- En 2018-2019, le taux moyen d'occupation des lits de soins actifs de la province était de 96 %, et environ 28 hôpitaux affichaient un taux moyen d'occupation pour l'année de plus de 100 %<sup>2</sup>.
- Comparativement aux autres pays, le ratio du nombre de lits d'hôpital pour 1 000 habitants de l'Ontario est parmi les plus faibles des membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et le taux d'occupation de l'Ontario est le plus élevé.

## Mesures visant à limiter la propagation de COVID-19 et à accroître la capacité des hôpitaux.

- La COVID-19 a d'abord été détectée en Chine, dans la province de Hubei, en décembre 2019. La COVID s'est avérée particulièrement contagieuse et affiche un taux de mortalité plus élevé que celui de la grippe<sup>3</sup>.
- Sans une intervention destinée à limiter la propagation de la COVID-19 en Ontario, le virus aurait engendré une pression intense sur les services hospitaliers, et aurait pu faire dérailler le système de santé<sup>4</sup>.
- En conséquence, la province a annoncé la mise en place de mesures économiques et sociales strictes pour ralentir et restreindre la propagation du virus afin d'en infléchir la courbe de propagation, diminuant ainsi la pression exercée sur les hôpitaux. Parallèlement, le gouvernement a accru le financement du secteur de la santé et a pris d'autres mesures afin d'accroître la disponibilité de lits d'hôpital déjà existants, et d'ajouter de nouveaux lits d'hôpital ainsi que des ventilateurs.

## Effet des mesures sur la disponibilité des lits d'hôpital

- Le BRF évalue que tout juste avant l'écllosion de la COVID-19, la province disposait de 906 lits de soins actifs, de 357 lits pour les soins aux malades en phase critique et de 356 lits pour les soins aux malades en phase critique et pourvus d'un ventilateur, qui étaient toujours inoccupés (donc disponibles).
- En date du 14 avril, la province et les hôpitaux de l'Ontario avaient introduit des mesures qui ont rendu disponibles 9349 lits de soins actifs additionnels, 2077 lits de soins aux malades en phase critique et

<sup>1</sup> De plus, 1 319 des lits de soins aux malades en phase critiques étaient de ventilateurs mécaniques. La province conserve également des stocks de plus de 200 ventilateurs pour les périodes de pointe.

<sup>2</sup> En raison du manque de lits relativement au nombre de patients, certains hôpitaux ont eu recours à des mesures comme placer les patients dans les salles des urgences, les espaces non conventionnels (comme les couloirs) ou les civières. En moyenne, les hôpitaux ont signalé que 1 507 patients ont reçu des soins dans ces installations non conventionnelles chaque jour en 2018-2019.

<sup>3</sup> En moyenne, chaque personne infectée transmet le virus à 2,5 autres personnes sur une période de cinq jours.

<sup>4</sup> Le gouvernement du Canada nous avise que sans mesures visant à limiter la propagation de la COVID-19, il est prévu que le virus infecte entre 30 et 70 % des Canadiens et Canadiennes. En Ontario, cela signifierait entre 4 et 10 millions de cas d'infection, entraînant de 40 000 à 100 000 décès.

2075 lits de soins aux malades en phase critique pourvus de ventilateurs<sup>5</sup>. Parmi ces mesures :

- l'annulation des chirurgies non urgentes ainsi que d'autres mesures visant à libérer des lits existants (incluant le déplacement de patients d'hôpital vers des lieux de soins non traditionnels) ont eu pour effet la mise en disponibilité de 7849 lits de soins actifs et 585 lits de soins aux malades en phase critique (583 pourvus de ventilateurs);
- des mesures pour accroître la capacité, dont 0,3 milliard de dollars destiné au financement de nouveaux lits ainsi que d'autres actions entreprises par les hôpitaux, ont permis la création de 1500 lits de soins actifs et de 1492 lits de soins aux malades en phase critique;
- la province a déployé 1492 ventilateurs : 200 provenant de ses réserves et 1300 d'autres sources.

## Utilisation des lits d'hôpital disponibles par les patients atteints de la COVID-19

- Du 17 au 19 avril, le nombre total de patients atteints de la COVID-19 et hospitalisés a commencé à diminuer, seulement pour se mettre à croître à nouveau dès le 20 avril, vraisemblablement à cause d'une recrudescence des cas de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée. Le 23 avril, on comptait 910 patients hospitalisés atteints de la COVID-19, dont 243 nécessitaient des soins aux malades en phase critique. Malgré l'augmentation récente du nombre d'hospitalisations, la province dispose d'une capacité disponible considérable afin de traiter les cas d'hospitalisation dus à la COVID-19. Le 23 avril, on comptait approximativement 9 345 lits non occupés de soins actifs et 2 191 lits non occupés de soins aux malades en phase critique.

## Évaluation de la disponibilité des lits d'hôpital

	Soins actifs	Soins aux malades en phase critique	Soins aux malades en phase critique avec ventilateur
Nombre de lits disponibles	10 255	2 434	2 431
Lits disponibles occupés par des patients atteints de la COVID-19	910	243	193
Lits disponibles restants	9 345	2 191	2 238

Remarque : La catégorie des soins actifs comprend les lits pour malades en phase critique, et cette dernière catégorie comprend les lits pour soins aux malades en phase critique pourvus d'un ventilateur. Le « nombre de lits disponible » est valide en date du 14 avril. En raison des échéanciers, les chiffres relatifs aux lits de soins aux malades en phase critique disponibles restants peuvent ne pas correspondre à ceux des rapports quotidiens de Services ontariens des soins aux malades en phase critique.

Source : BRF.

- Pour illustrer l'importance du moment où les mesures d'urgence ont été mises en place en Ontario, le BRF a analysé l'impact potentiel sur les hospitalisations de malades en phase critique qu'auraient eu les mesures du 17 mars pour limiter la propagation de la COVID-19, si elles avaient été introduites cinq jours plus tard. Ce scénario révèle que le nombre de patients simultanément atteints de la COVID-19 jusqu'à maintenant qui nécessite des soins aux malades en phase critique aurait été de plus de 1100, plus de quatre fois plus que le nombre de patients dénombré le 23 avril<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Les lits de soins actifs incluent les lits de soins aux malades en phase critique ainsi que les lits de soins aux malades en phase critique et dotés d'un ventilateur.

<sup>6</sup> Cependant, la province disposerait tout de même d'un nombre suffisant de lits pour soins aux malades en phase critique en raison de l'accroissement de la capacité pour les soins aux malades en phase critique.

## Réaffectation des ressources du secteur de la santé vers les secteurs vulnérables

- Au moment de la rédaction de ce rapport, l'élément essentiel des actions entreprises par la province relativement à la COVID-19 s'articule autour de la redistribution des ressources pour gérer l'écllosion en pleine expansion dans les populations vulnérables, telles que les résidents des foyers de soins de longue durée. En date du 23 avril, au moins 30 % des nouveaux cas de COVID-19 répertoriés sont révélés grâce aux tests effectués auprès des résidents et du personnel des foyers de soins de longue durée, et plus de 60 % des décès liés à la COVID-19 en Ontario sont la conséquence d'éclussions dans les foyers de soins de longue durée de la province.
- Le 15 avril, la province a fait l'annonce de nouvelles mesures visant à juguler la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée<sup>7</sup>. De plus, on rapporte que certains foyers de soins de longue durée ont commencé à déplacer des résidents vers des hôpitaux locaux, utilisant ainsi des lits d'hôpital jusque-là inoccupés. Ces mesures avaient pour but de permettre aux foyers de soins de longue durée de mieux isoler les résidents non atteints et d'essayer de maîtriser plus efficacement la propagation de la COVID-19.

### Questions clés pour les députés provinciaux

À ce jour, les mesures déployées pour augmenter la capacité en matière de lits d'hôpital à disposition et pour limiter la propagation de la COVID-19 en Ontario ont permis aux hôpitaux de l'Ontario de faire face à la vague importante de patients atteints de la COVID-19. Cependant, en prospective, la propagation du virus et son effet sur la capacité des hôpitaux demeurent imprévisibles et seront tributaires des actions entreprises par la province en vue d'une levée des mesures de confinement et d'un retour à la normale pour l'économie et le secteur de la santé. Pour aider à l'examen des actions de la province par les députés, le BRF a préparé les questions clés suivantes, que les députés sont susceptibles de vouloir poser au gouvernement. Le BRF fournit, au chapitre 6, des informations additionnelles pour situer le contexte.

- Quelles sont les conditions requises pour la levée des mesures de confinement?
- De quelle façon les mesures de confinement seront-elles levées?
- Comment le gouvernement se prépare-t-il pour s'assurer que la COVID-19 soit bel et bien maîtrisée?
- Comment le système de santé de l'Ontario pourra-t-il revenir à la normale et quel financement additionnel sera requis pour y arriver?

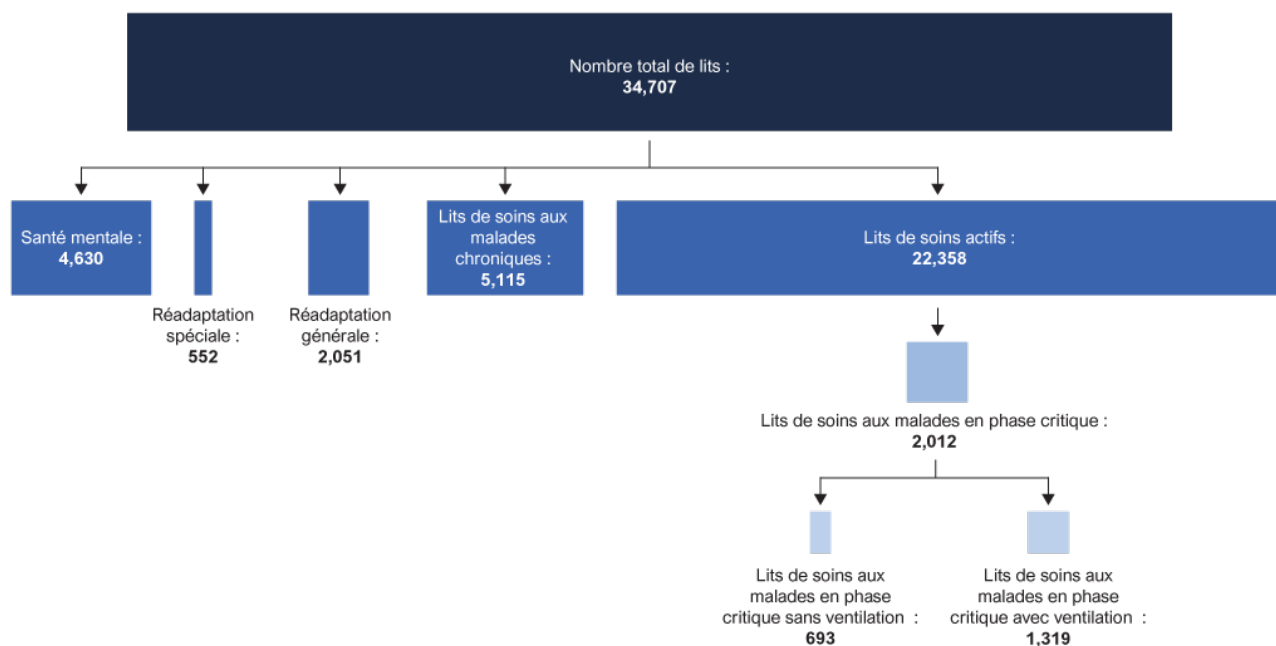
<sup>7</sup> Pour plus de détails, voir le chapitre 5.

# 2 | Contexte et objectif du rapport

## Capacité des hôpitaux avant l'écllosion de la COVID-19

Les hôpitaux en Ontario sont des corporations indépendantes du gouvernement de l'Ontario, bien qu'elles soient contrôlées et financées par la province<sup>8</sup>. En 2019-2020, on dénombrait 141 hôpitaux publics pour servir la province, comptant environ 34 700 lits. Du total de 34 700 lits disponibles dans la province, on comptait 22 400 lits de soins actifs, les 12 300 lits restants étant voués aux soins aux malades chroniques, à la réadaptation générale, à la réadaptation spéciale et à la santé mentale. Parmi les 22 400 lits de soins actifs, 2 012 lits sont aménagés pour les soins aux malades en phase critique<sup>9</sup> et 1 319 de ces lits pour les soins aux malades en phase critique sont équipés de ventilateurs mécaniques. En plus des ventilateurs dans les hôpitaux, la province détient un stock de plus de 200 ventilateurs pour les périodes de pression accrue sur nos capacités<sup>10</sup>.

Figure 2-1 : Répartition de l'ensemble des lits d'hôpital en Ontario, selon le type



Remarque : Les données relatives aux lits de soins actifs, aux lits pour les soins aux malades en phase critique et à la ventilation sont à jour en date de mars 2020. Les données relatives aux lits pour la santé mentale, la réadaptation générale et spéciale ainsi que les soins aux malades chroniques datent de 2018-2019.  
Source : Ministère de la Santé et Services ontariens des soins aux malades en phase critique (SOSMPC)

<sup>8</sup> La province est la principale source de revenus des hôpitaux, et représente de 85 à 100 % de leur revenus d'opération. Consulter la publication du BRF intitulée *Secteur de la santé de l'Ontario : analyse des perspectives à moyen terme et tendances des dépenses*, 2017, p. 45.

<sup>9</sup> Aussi appelés lits de soins intensifs.

<sup>10</sup> <https://criticalcareontario.com/covid-19-updates>.



En 2018-2019, le taux d'occupation moyen des lits de soins actifs tout comme celui de l'ensemble des lits d'hôpital était de 96 %, ce qui incluait approximativement 28 hôpitaux où le taux d'occupation moyen pour l'année était supérieur à 100 %<sup>11</sup>. En raison du nombre de patients supérieur au nombre de lits disponibles, certains hôpitaux ont dû loger certains patients dans des salles d'urgence, dans des espaces non conventionnels comme les couloirs, ou sur des civières. En 2018-2019, les hôpitaux rapportaient qu'à chaque jour en moyenne 1057 patients recevaient leurs soins dans un environnement non conventionnel.

Globalement, comparé aux autres pays, le ratio du nombre de lits d'hôpital pour 1000 habitants de l'Ontario est le plus faible de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), et le taux d'occupation de 96 % en Ontario est le plus élevé. Pour plus d'information, voir l'appendice A du document intitulé *International Comparison of Hospital Capacity and Occupancy* (Comparaison internationale des capacités et taux d'occupation des hôpitaux).

## Objet de ce rapport

L'objectif de ce rapport est de fournir aux députés provinciaux ontariens une évaluation préliminaire de l'incidence de l'écllosion de COVID-19 sur le secteur de la santé de l'Ontario, particulièrement la capacité des hôpitaux. D'entrée de jeu, ce rapport offre un survol de l'écllosion de COVID-19. Ensuite, le rapport examine les actions entreprises par la province pour limiter la propagation de la COVID-19 et accroître la capacité et l'accessibilité du secteur de la santé. Le rapport se penche ensuite sur l'écllosion de COVID-19 en Ontario et ses effets sur la capacité des hôpitaux. Finalement, posant son regard sur l'avenir, le BRF identifie les questions clés que les députés pourraient vouloir poser au gouvernement.

Ce rapport n'a pas pour but :

- de prévoir la propagation future de la COVID-19 en Ontario;
- d'évaluer les répercussions sur la santé publique découlant de l'écllosion de COVID-19.

<sup>11</sup> Selon des renseignements fournis par le ministère de la Santé.

# 3 | Survol de l'écllosion du nouveau coronavirus 2019

La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a d'abord été identifiée en Chine, dans la province de Hubei, en décembre 2019. Le virus qui entraîne la COVID-19 fait partie de la famille des coronavirus, qui inclue aussi le SRAS et le MERS, mais il est particulièrement contagieux et il affiche un taux de mortalité plus élevé que celui de la grippe.

Environ 80 à 90 % des individus qui contractent la COVID-19 en guérissent sans avoir besoin d'être hospitalisés<sup>12</sup>. Cependant, 10 à 20 % des personnes atteintes développent des symptômes plus sévères et nécessitent une hospitalisation. Environ un quart des patients hospitalisés entrent en détresse respiratoire et doivent être admis aux soins intensifs. Dans les cas les plus critiques d'admission aux soins intensifs, la réaction physiologique au virus entraîne l'accumulation de liquide dans les poumons et le patient doit être mis sous ventilateur mécanique pour assurer sa respiration<sup>13</sup>.

En moyenne, chaque personne infectée transmet le virus à 2,5 autres personnes tous les 5 jours<sup>14</sup>. Ce taux de transmission entraînerait une augmentation quotidienne du nombre de cas de l'ordre de 20 %, un doublement du nombre total de cas à tous les 4 ou 5 jours et, sur un horizon de 30 jours, la multiplication du nombre de cas par un facteur de 250.

Si ce rythme de croissance se maintient, le gouvernement du Canada nous avise qu'entre 30 et 70 % des Canadiens et Canadiennes seront infectés par la COVID-19<sup>15</sup>. Pour l'Ontario, cela représenterait de 4 à 10 millions de cas d'infection et entraînerait de 40 000 à 100 000 décès.

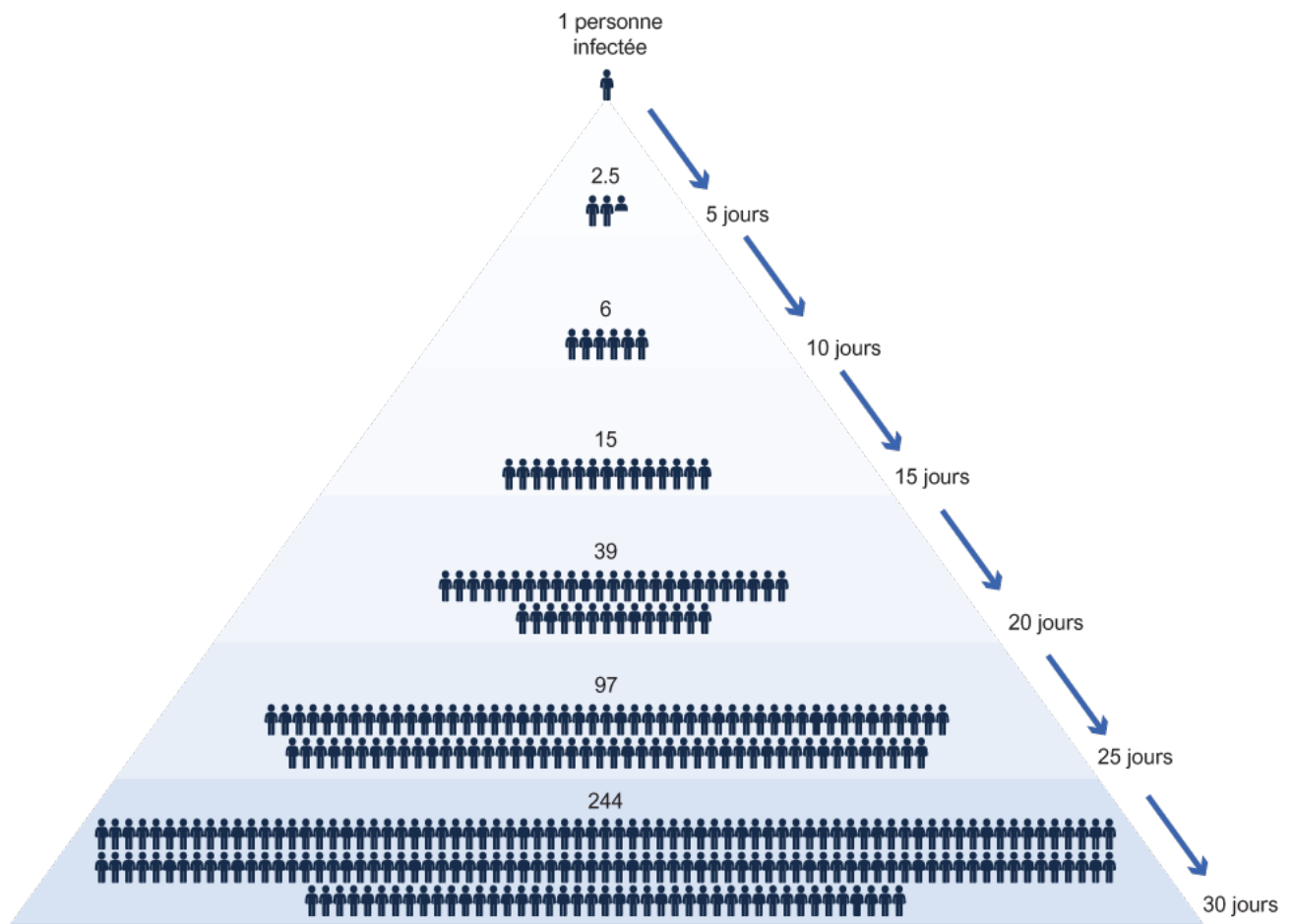
<sup>12</sup> <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>.

<sup>13</sup> Santé publique Ontario, Résumé épidémiologique de la COVID-19 en Ontario

<sup>14</sup> Organisation mondiale de la santé, Coronavirus Disease 2019 Situation Report – 46, March 6, 2020 and The Novel Coronavirus, 2019-nCoV, is Highly Contagious and More Infectious Than Initially Estimated, Steven Sanche, Yen Ting Lin, Chonggang Xu, Ethan Romero-Severson, Nick Hengartner, Ruiyan Ke, February 11, 2020.

<sup>15</sup> <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-between-30-and-70-per-cent-of-canadians-could-be-infected-with/>.

Figure 3-1 : Taux de propagation de la COVID-19

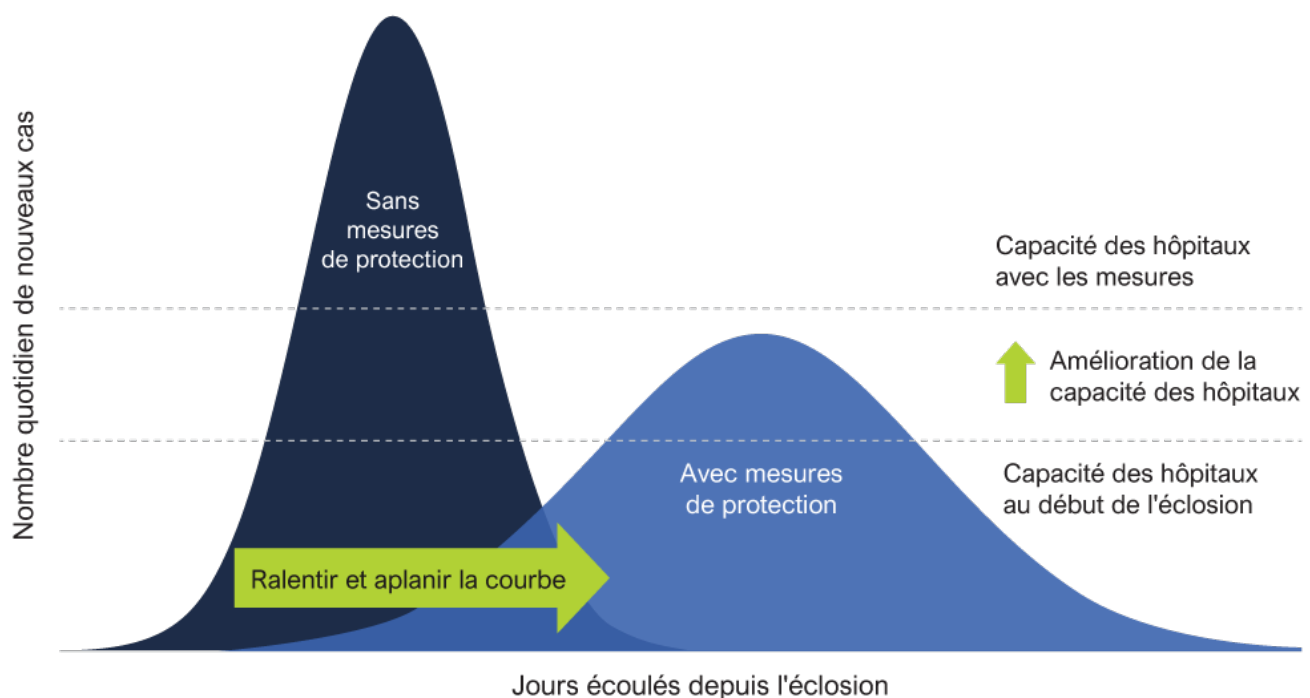


Source : Organisation mondiale de la santé : Coronavirus Disease 2019 Situation Report—46, March 6, 2020 and The Novel Coronavirus, 2019-nCoV, is Highly Contagious and More Infectious Than Initially Estimated, Steven Sanche, Yen Ting Lin, Chonggang Xu, Ethan Romero-Severson, Nick Hengartner, Ruian Ke, February 11, 2020.

# 4 | Réaction du gouvernement de l'Ontario

Sans une intervention destinée à limiter la propagation de la COVID-19 en Ontario, le virus aurait pu engendrer une augmentation en flèche de la demande en services hospitaliers, ce qui aurait pu faire dérailler le système de santé. En conséquence, la province a annoncé la mise en place de mesures strictes pour ralentir la propagation du virus et réduire le nombre maximal d'infections, diminuant ainsi la pression exercée sur les hôpitaux. Parallèlement, le gouvernement a accru le financement du secteur de la santé et a pris d'autres mesures afin d'accroître la capacité et l'accessibilité des hôpitaux.

Figure 4-1 : Effets des mesures gouvernementales sur la propagation de la COVID-19 et la capacité des hôpitaux



## Mesures visant à réduire la propagation de la COVID-19

La province a mis en place plusieurs mesures visant à ralentir la propagation de la COVID-19. En raison de la nature hautement contagieuse du virus, ces mesures ont été conçues pour réduire le nombre de contacts entre les personnes. Ces mesures comprennent les suivantes :

- Le 12 mars, la province a annoncé la fermeture des écoles publiques pour deux semaines après le congé de mars, et, le lendemain, le gouvernement a limité les visites dans les foyers de soins de longue durée et interdit les rassemblements de plus de 250 personnes.
- Le 17 mars, la province a déclaré l'état d'urgence puis a fermé les écoles publiques, les services de garde, les bars, les restaurants, les théâtres et salles de concert et a interdit la tenue d'événements publics réunissant plus de cinquante personnes et a encouragé les employeurs à faciliter le télétravail.
- Le 23 mars, la province a ordonné la fermeture de tous les milieux de travail non essentiels<sup>16</sup>.
- Le 28 mars, la province a interdit les rassemblements de plus de cinq personnes.
- Le 30 mars, la situation d'urgence a été prolongée jusqu'au 14 avril et élargie pour interdire toutes les installations d'activités récréatives à l'extérieur.
- Le 3 avril, la province a raccourci la liste des lieux de travail jugés essentiels, la faisant passer de 74 à 44.
- Le 14 avril, le gouvernement a prolongé l'état d'urgence jusqu'au 12 mai.
- Le 15 avril, le gouvernement a augmenté les tests auprès des membres du personnel et des résidents des foyers de soins de longue durée, a interdit au personnel de ces établissements de travailler dans plus d'un foyer ou établissement de santé à compter du 22 avril, et à redéployé des membres du personnel de la santé dans les foyers de soins de longue durée.

Le gouvernement fédéral a lui aussi implanté des mesures, en coordination avec les gouvernements provinciaux, pour limiter la propagation du virus. Ces mesures comprennent des restrictions aux voyageurs internationaux et exigent que tous les voyageurs de retour au pays s'astreignent volontairement à une quarantaine de 14 jours. De plus, le gouvernement fédéral a interdit l'accès aux transports aériens ou ferroviaires à toute personne qui démontre des symptômes de la COVID-19.

## Mesures visant à accroître la capacité et l'accessibilité aux hôpitaux

En plus des mesures visant à limiter la propagation de la COVID-19, le gouvernement de l'Ontario a mis en place à la mi-mars plusieurs mesures dans le but d'accroître les capacités du secteur de la santé ainsi que la disponibilité des ressources existantes. Ces mesures incluent l'annulation des chirurgies non urgentes et autres activités cliniques non urgentes, l'accroissement du nombre de lits de soins actifs et de lits de soins aux malades en phase critique, le déménagement de 1 000 patients hospitalisés vers d'autres établissements de soins et le déploiement des stocks provinciaux de ventilateurs mécaniques.

Financièrement, la province a annoncé l'injection de 3,3 milliards de dollars additionnels pour le financement du secteur de la santé en 2020-2021, comparativement aux prévisions inscrites au budget 2019 de l'Ontario pour

<sup>16</sup> <https://news.ontario.ca/opo/fr/2020/03/ontario-ferme-les-lieux-de-travail-non-essentiels-pour-protger-la-sante-et-la-securite.html>.

2020-2021. Conséquence de ce financement additionnel, il est prévu que les dépenses du secteur de la santé augmenteront de 5,4 % en 2020-2021, la plus importante augmentation annuelle en pourcentage depuis 2009-2010. Cependant, sur les 3,3 milliards de dollars d'argent frais, seulement 2,1 milliards de dollars sont réservés pour lutter contre la COVID-19. Le 1,2 milliard de dollars restant est destiné à juguler la pression que la demande exerçait déjà sur le secteur de la santé avant l'apparition de la COVID-19.

Répartition des 3,3 milliards de dollars de financement additionnel pour le secteur de la santé en 2020-2021 :

- 1,1 milliard de dollars sont destinés à financer d'autres mesures pour endiguer la COVID-19, notamment :
  - 341 millions de dollars seront consacrés à l'ajout de 1 500 lits de soins actifs (notamment 500 lits pour les soins aux malades en phase critique) et à la création de centres d'évaluation;
  - 243 millions de dollars sont affectés aux foyers de soins de longue durée pour aider au contrôle de l'infection, à l'achat de matériel relatif à la COVID-19 et pour augmenter le dépistage;
  - 120 millions de dollars pour augmenter la capacité en matière de soins communautaires et de soins à domicile;
  - 85 millions de dollars en financement supplémentaire des organismes de santé publique, en plus de l'annulation des compressions budgétaires décrites plus bas;
  - 75 millions de dollars pour l'acquisition d'équipement de protection individuelle supplémentaire;
  - 61 millions de dollars pour des services de médecin dans des centres d'évaluation et des ressources humaines en santé, notamment l'amélioration des services de médecin dans les collectivités éloignées;
  - 59 millions de dollars pour des consultations virtuelles avec un médecin et Télésanté Ontario.
- 1,0 milliard de dollars ira dans un fonds de prévoyance pour la santé, en lien à la COVID-19, destiné à être utilisé en 2020-2021.
- 1,2 milliard de dollars serviront à diminuer la pression exercée sur le secteur de la santé, sans lien avec la COVID-19, notamment :
  - 594 millions pour remédier à la pression que les coûts croissants exercent sur les hôpitaux et de nouvelles projections des dépenses des hôpitaux;
  - 200 millions de dollars en financement supplémentaire pour le paiement des médecins par l'Assurance-santé de l'Ontario dans le contexte d'une demande de services plus importante qu'initialement prévu;
  - 114 millions de dollars pour annuler la réduction des dépenses en santé publique prévue et annoncée dans le budget 2019 de l'Ontario<sup>17</sup>;
  - 92 millions de dollars pour remédier aux pressions actuelles et financer les projets mineurs d'immobilisation des centres de soins de longue durée;

<sup>17</sup> Dans le budget de l'Ontario 2019, la province a annoncé qu'elle réduira le nombre de bureaux de santé publique pour les faire passer de 35 à 10 et qu'elle réduira le budget des bureaux de santé publique de 200 millions de dollars d'ici 2020-2021.

- 61 millions de dollars pour financer des programmes d'immunisation;
- 34 millions de dollars pour soutenir la Société canadienne du sang et augmenter l'offre de produits sanguins.

## Effet des mesures sur la disponibilité des lits d'hôpital

Tel que mentionné plus tôt, l'Ontario affichait avant l'écllosion de COVID-19 un faible nombre de lits d'hôpital et un taux d'occupation élevé, au regard de collectivités publiques comparables. Le BRF évalue qu'avant la survenue de l'écllosion de COVID-19, la province disposait de seulement 906 lits disponibles pour les soins actifs, de 357 lits disponibles pour les soins aux malades en phase critique et de 198 lits disponibles pour les soins aux malades en phase critique pourvus de ventilateurs mécaniques.

Après le début de l'écllosion de la COVID-19, les mesures mises en place par la province et les hôpitaux ontariens ont entraîné une augmentation importante du nombre de lits disponibles pour les patients atteints de la COVID-19. Le BRF évalue que les hôpitaux de la province ont mis en disponibilité 9 349 lits de soins actifs supplémentaires, 2 077 lits de soins aux malades en phase critique et 2 075 lits de soins aux malades en phase critique pourvus d'un ventilateur mécanique. À la figure 4-2, le BRF présente ses estimations quant au nombre de lits disponibles avant et après les mesures adoptées par la province.

Figure 4-2 : Effets des mesures adoptées sur la disponibilité des lits d'hôpital

	Lits de soins actifs	Lits de soins aux malades en phase critique	Lits de soins aux malades en phase critique dotés d'un ventilateur
<b>Lits disponibles avant l'écllosion de COVID-19</b>			
Nombre total de lits	22 358	2 012	1 319
Lits déjà occupés	21 452	1 655	963
<b>Nombre total de lits disponibles avant l'écllosion de COVID-19</b>	<b>906</b>	<b>357</b>	<b>356</b>
<b>Mesures pour accroître la disponibilité des lits accessibles aux patients atteints de la COVID-19</b>			
Annulation des chirurgies non urgentes et autres mesures prises par les hôpitaux pour libérer des places existantes	6 849	585	583
Transfert de patients hospitalisés vers des lieux de soins non conventionnels	1 000		
Déploiement de nouveaux lits, grâce au nouveau financement	1 500	500	
Autres mesures d'accroissement de la capacité de soins aux malades en phase critique		992	
Déploiement de ventilateurs mécaniques additionnels			1 492
<b>Nombre total de nouveaux lits mis à disposition</b>	<b>9 349</b>	<b>2 077</b>	<b>2 075</b>
<b>Nombre total de lits disponibles pour les patients atteints de la COVID-19, au 14 avril</b>	<b>10 255</b>	<b>2 434</b>	<b>2 431</b>

Remarque : La catégorie des soins actifs comprend les lits de soins aux malades en phase critique, et la catégorie des soins aux malades en phase critique comprend les lits dotés d'un ventilateur. Le terme « lits disponibles » désigne le total des lits disponibles pour tous les patients atteints de la COVID-19, notamment ceux qui occupent déjà ces lits, et non le nombre de lits qui n'étaient pas occupés au 14 avril. Autrement dit, ce terme se définit comme la capacité totale du système de traiter tous les patients atteints de la COVID-19.

Source : les estimations du BRF se fondent sur les données du ministère de la Santé, du ministère des Finances et des Services ontariens des soins aux malades en phase critique.

Avant l'écllosion, 96 % des 22 358 lits de soins actifs étaient occupés, ne laissant que 906 lits pour les patients atteints de la COVID-19. Le 15 mars, les hôpitaux ont instauré des mesures pour accroître la disponibilité des lits de soins actifs, comme l'annulation des chirurgies non urgentes, qui a suffi selon nos estimations à libérer 6 849 lits de soins actifs. De plus, la province a annoncé le financement de 1500 nouveaux lits de soins actifs (lesquels comprennent 500 lits de soins aux malades en phase critique) ainsi que le transfert de 1000 patients vers d'autres établissements de soins. Selon l'estimation du BRF, ces mesures ont fait en sorte qu'en date du 14 avril, 10 255 lits de soins actifs étaient disponibles pour accueillir des patients atteints de la COVID-19.

De même, avant l'écllosion de la COVID-19, on estime que 357 lits de soins pour malades en phase critique étaient inoccupés sur un total d'environ 2012 lits. Le BRF évalue que l'annulation des chirurgies non urgentes et les autres mesures adoptées par les hôpitaux ont libéré 585 places pour les soins aux malades en phase critique. De plus, la province a débloqué de nouveaux fonds pour la création de 500 lits additionnels pour les soins aux malades en phase critique et les hôpitaux ont déployé 992 lits additionnels pour les soins aux malades en phase critique en puisant à d'autres sources. Conséquemment, le BRF évalue qu'en date du 14 avril, 2 434 lits pour les soins aux malades en phase critique étaient à la disposition des patients atteints de la COVID-19.

Enfin, lors de l'écllosion de COVID-19, la province disposait de 1319 lits pour les soins aux malades en phase critique dotés d'un ventilateur, dont environ 356 étaient encore inoccupés. Le BRF évalue que l'annulation des chirurgies électives et les autres mesures adoptées par les hôpitaux ont libéré 583 lits pour les soins aux malades en phase critique et dotés de ventilateurs. En outre, la province a déployé 1492 ventilateurs additionnels (200 provenant de son stock, 600 nouvelles acquisitions et approximativement 700 d'autres sources). En conséquence, le BRF évalue qu'en date du 14 avril, on disposait de 2431 lits pour les soins aux malades en phase critique et pourvus de ventilateurs pour les patients atteints de la COVID-19.



# 5 | Incidence de l'écllosion de COVID-19 sur la capacité des hôpitaux

## L'écllosion en Ontario

Le 23 avril 2020, 13 519 personnes au total avaient reçu un diagnostic COVID-19 en Ontario, desquelles 7 087 se sont rétablies, 763 sont décédées et 5 669 sont toujours atteintes<sup>18</sup>.

Lorsqu'on analyse les tendances relatives aux cas de COVID-19 en Ontario, il est important de noter que le dépistage des nouveaux cas et des cas actifs dépend du nombre de personnes testées par la province. Les cas dépistés représentent vraisemblablement une petite proportion des personnes infectées<sup>19</sup> seulement, et les modifications des modalités des tests font que le nombre de cas n'est pas directement comparable d'une journée à l'autre.

Lorsque la province a déclaré une situation d'urgence le 17 mars, il y avait 189 cas confirmés de COVID-19 en Ontario et on dénombrait approximativement 30 nouveaux cas par jour. La période d'incubation de la COVID-19 peut aller jusqu'à 14 jours; par conséquent, il peut prendre jusqu'à deux semaines pour constater l'effet des mesures de confinement sur la propagation du virus. Au cours des deux semaines qui ont suivi la déclaration de situation d'urgence, le nombre quotidien de nouveaux cas a augmenté rapidement pour atteindre plus de 400 nouveaux cas par jour au début d'avril. Durant cette période, l'effet des mesures de confinement a commencé à se manifester et le taux de croissance de nouveaux cas a commencé à chuter relativement au nombre total de cas.

Le 10 avril, la province a annoncé un plan d'augmentation du nombre de tests pour atteindre 14 000 par jour au 29 avril, une hausse par rapport aux 4 300 tests par jour qui ont été effectués du 1<sup>er</sup> au 12 avril<sup>20</sup>. Le 23 avril, la province traitait approximativement 12 000 tests par jour, et on a ciblé les groupes prioritaires comme les travailleurs de la santé et les résidents des foyers de soins de longue durée avec le niveau de tests le plus élevé. À l'heure actuelle, les nouveaux cas de COVID-19 augmentent d'approximativement 600 par jour, cependant une proportion croissante des cas confirmés en Ontario sont associés avec des écllosions dans des foyers de soins de longue durée. Le BRF estime que du 13 au 23 avril, plus de 30 % des nouveaux cas en Ontario sont survenus dans des foyers de soins de longue durée. Globalement, le taux de croissance des cas en Ontario a chuté graduellement tout le mois d'avril, malgré l'augmentation du nombre de tests de dépistage. Cependant, la réduction du taux de croissance des cas de COVID-19 dans la collectivité est contrebalancée par l'augmentation croissante du nombre de cas dans des milieux collectifs comme les foyers de soins de longue durée.

<sup>18</sup> Selon la base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (iPHIS) de la province.

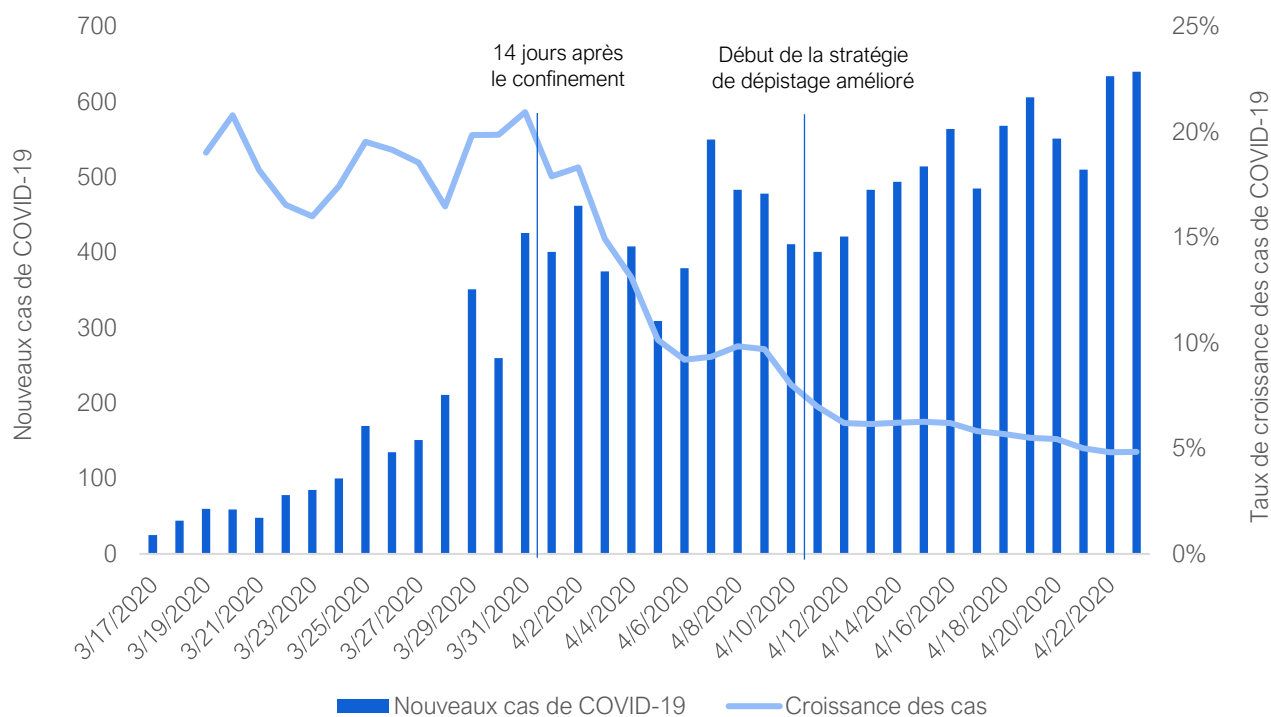
<sup>19</sup> Selon une étude de Bommer et Vollmert, le taux de détection des cas de COVID-19 au Canada au 31 mars était approximativement de 5%.

Consulter : <https://reason.com/wp-content/uploads/2020/04/Bommer-Vollmer-2020-COVID-19-detection-April-2nd.pdf>

<sup>20</sup> Le 15 avril, la province a modifié la manière dont elle déclare les tests de dépistage afin d'indiquer le nombre total de tests plutôt que le nombre de patients testés.

Pour l'avenir, l'augmentation du nombre de nouveaux cas de COVID-19 en Ontario demeure incertaine et dépend fortement du nombre de personnes testées et de la réussite des mesures actuelles afin de prévenir la propagation du virus.

**Figure 5-1 : Nouveaux cas de COVID-19 par jour en Ontario et taux de croissance des cas de COVID-19**



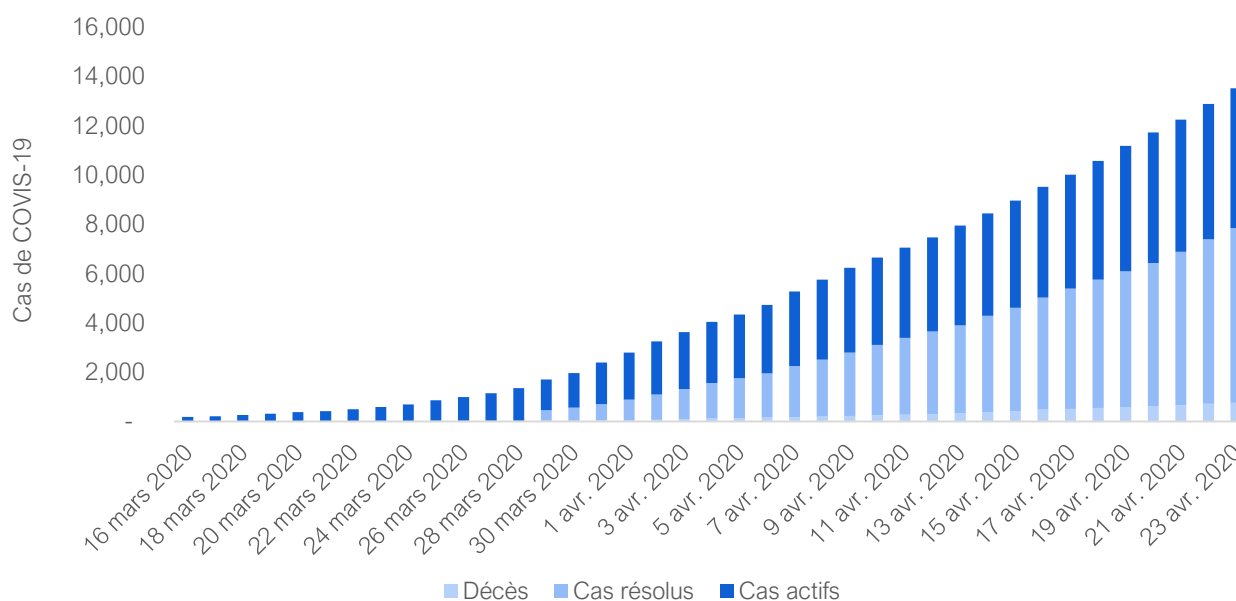
Remarque : La croissance des nouveaux cas est une moyenne de trois jours et représente les nouveaux cas proportionnellement au nombre total de cas existants.  
Source : Mises à jour quotidiennes sur la COVID-19 du gouvernement de l'Ontario et BRF.

Le graphique suivant montre comment le nombre de cas confirmés de COVID-19 en Ontario a évolué dans le temps. Les cas sont considérés comme actifs s'ils n'ont pas encore été classés comme étant résolus ou fatals. Les cas non fatals sont classés comme étant résolus 14 jours après la survenue des symptômes, pourvu qu'il ne s'agisse pas d'un cas d'hospitalisation<sup>21</sup>. Au 23 avril, on comptait au total 13 519 cas confirmés de COVID-19 en Ontario. De ces cas, 5 669 demeuraient actifs, 7 087 étaient résolus et on comptait 763 décès.

Le nombre de cas actifs a augmenté d'approximativement 16 % par jour au cours des deux semaines suivant la déclaration de situation d'urgence. Depuis ce temps, le nombre de cas actifs a continué d'augmenter, cependant, le taux de croissance des cas actifs a chuté en raison de l'augmentation plus lente des nouveaux cas et de l'augmentation du nombre de rétablissements enregistré chaque jour. L'Ontario n'a pas encore connu une diminution du nombre total de cas actifs et, au 23 avril, le nombre de cas actifs augmente d'approximativement 150 à 200 par jour, tandis que le nombre de nouveaux cas confirmés continue d'excéder celui des nouveaux rétablissements.

<sup>21</sup> Les cas peuvent également être classés comme résolus s'ils sont déclarés comme un rétablissement dans la base de données du Système intégré d'information sur la santé publique.

Figure 5-2 : Cas de COVID-19 en Ontario, par état



Source : Mises à jour quotidiennes sur la COVID-19 du gouvernement de l'Ontario et BRF.

Approximativement 12 % des cas confirmés de COVID-19 en Ontario ont nécessité une hospitalisation et 3 % des cas ont été suffisamment sévères pour nécessiter une admission au service des soins aux malades en phase critique. Le nombre d'hospitalisations est moins vulnérable aux distorsions attribuables aux tests étant donné que les cas sévères sont plus susceptibles d'être diagnostiqués. Par conséquent, les tendances en matière d'hospitalisation peuvent fournir une indication légèrement meilleure de la progression du virus que le nombre de cas nouveaux ou actifs.

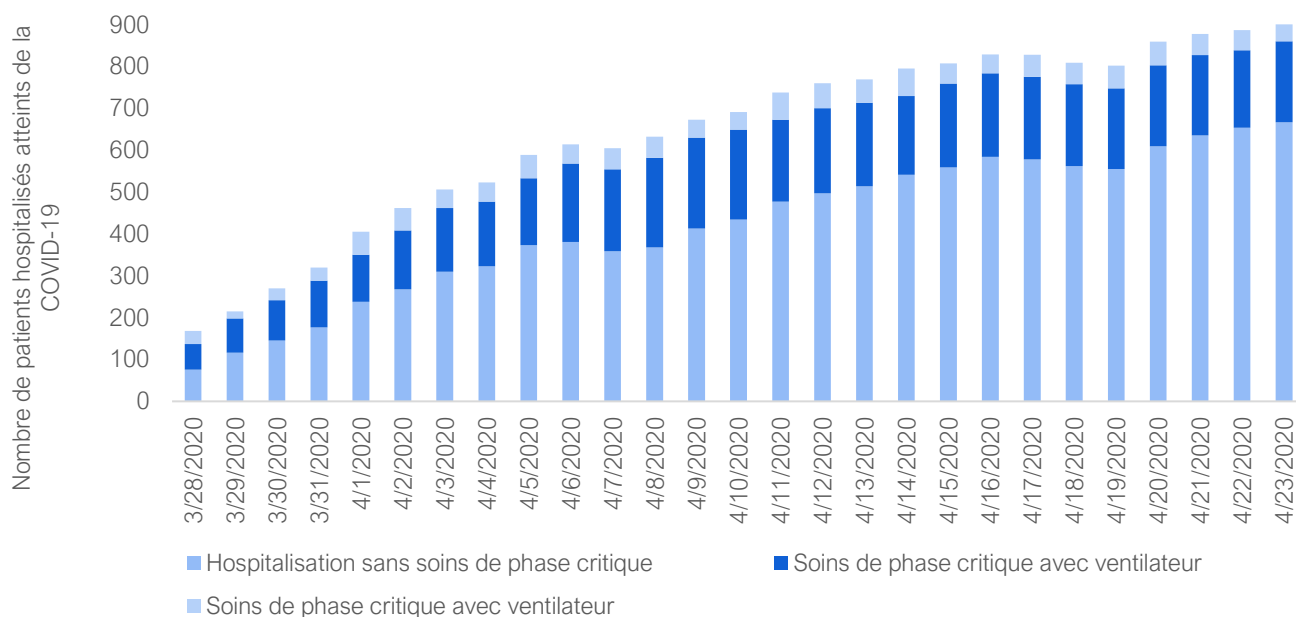
Le 28 mars, la province a commencé à présenter des rapports quotidiens sur les hospitalisations liées à la COVID-19. À cette date, on estimait que 168 patients hospitalisés étaient atteints de la COVID-19 et que 92 d'entre eux occupaient une place de soins aux malades en phase critique.

L'Ontario a subi une augmentation constante du nombre de patients hospitalisés atteints de la COVID-19 du 28 mars au 17 avril, date à laquelle la province a connu son premier jour où le nombre d'hospitalisations était inférieur à la veille. À compter du 20 avril, le nombre total d'hospitalisations a commencé à augmenter de nouveau et, le 23 avril, on comptait 910 patients hospitalisés atteints de la COVID-19. L'augmentation récente du nombre d'hospitalisations peut découler des éclosions de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée; selon certains rapports, les hôpitaux commencent à admettre des résidents des foyers de soins de longue durée<sup>22</sup>.

Malgré l'augmentation récente du nombre global d'hospitalisations, le nombre maximal de patients aux soins aux malades en phase critique est survenu le 8 avril, soit 264. Le 23 avril, on comptait 243 patients atteints de la COVID-19 dans les services de soins aux malades en phase critique.

<sup>22</sup> <https://globalnews.ca/news/6847727/kitchener-forest-heights-long-term-care-coronavirus-residents-hospital/>.

Figure 5-3 : Nombre de patients hospitalisés atteints de la COVID-19, par jour



Source : Rapports quotidiens de Services ontariens des soins aux malades en phase critique et BRF

## Effets de la COVID-19 sur la capacité des hôpitaux

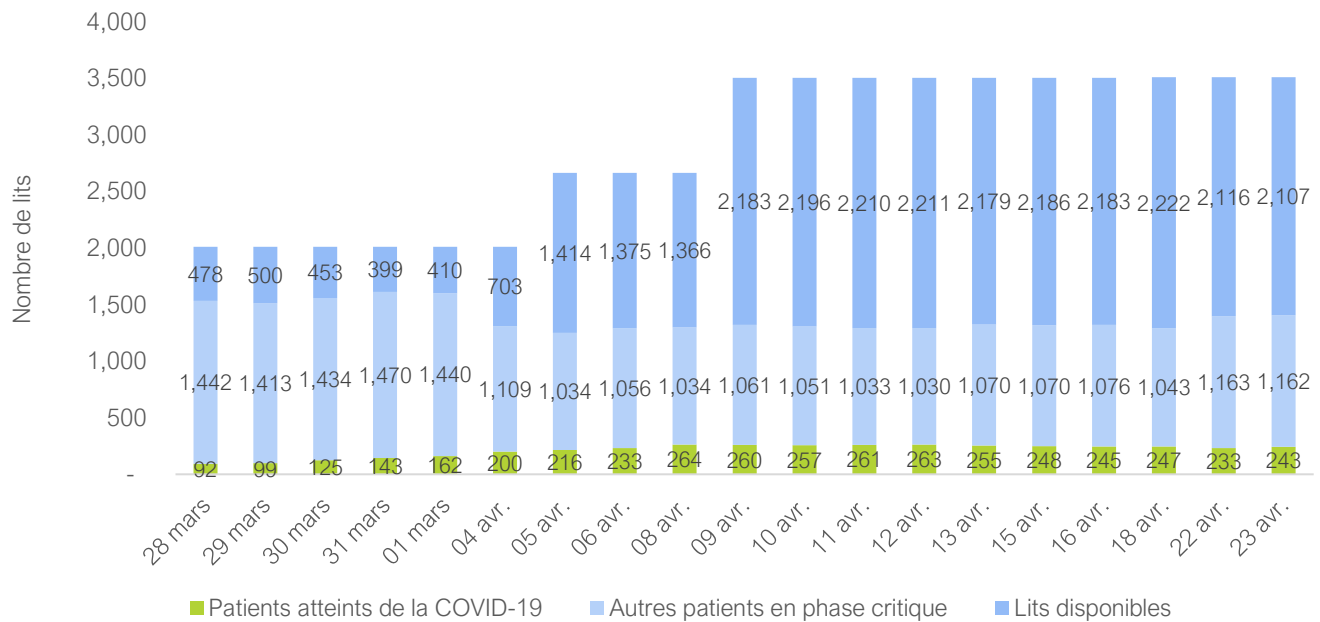
La pandémie de COVID-19 a entraîné des contraintes importantes sur les ressources du secteur de la santé dans de nombreuses régions du monde, présente un risque significatif que le système hospitalier de l'Ontario soit entièrement débordé par une survenue de patients atteints de la COVID-19. Dans les hôpitaux, les places de soins aux malades en phase critique, particulièrement les places dotées d'un ventilateur, constituent la première contrainte sur le plan des ressources.

Au chapitre 4, le BRF a décrit les mesures prises par la province afin d'augmenter la capacité et la disponibilité du secteur de la santé, particulièrement les lits de soins actifs et les lits de soins aux malades en phase critique. Jusqu'à maintenant, les mesures prises par la province ont dégagé une disponibilité suffisante pour traiter tous les patients atteints de la COVID-19 nécessitant une hospitalisation.

Tel que signalé dans le chapitre 4, avant l'écllosion de la COVID-19, la province disposait pour les patients atteints de la COVID-19 uniquement de 906 lits de soins actifs, de 357 lits de soins aux malades en phase critique ainsi que de 356 lits de soins aux malades en phase critique équipés d'un ventilateur. Le 14 avril, les effectifs pour les patients atteints de la COVID-19 avaient augmenté pour passer à 10 255 lits de soins actifs, à 2 434 lits de soins aux malades en phase critique ainsi qu'à 2 431 lits de soins aux malades en phase critique équipés d'un ventilateur.

L'augmentation importante de la capacité disponible en soins aux malades en phase critique est survenue en raison d'une combinaison du nombre plus faible de patients n'étant pas atteints de la COVID-19 qui occupent des places de soins aux malades en phase critique, ainsi que la mise en service de 1 500 lits supplémentaires dotés d'un ventilateur. Du 28 mars au 23 avril, le nombre total de places de soins aux malades en phase critique non occupées en Ontario a augmenté pour passer de 478 à plus de 2 100. Au cours de la même période, le nombre maximal de patients atteints de la COVID-19 traités dans les services de soins aux malades en phase critique était de 264.

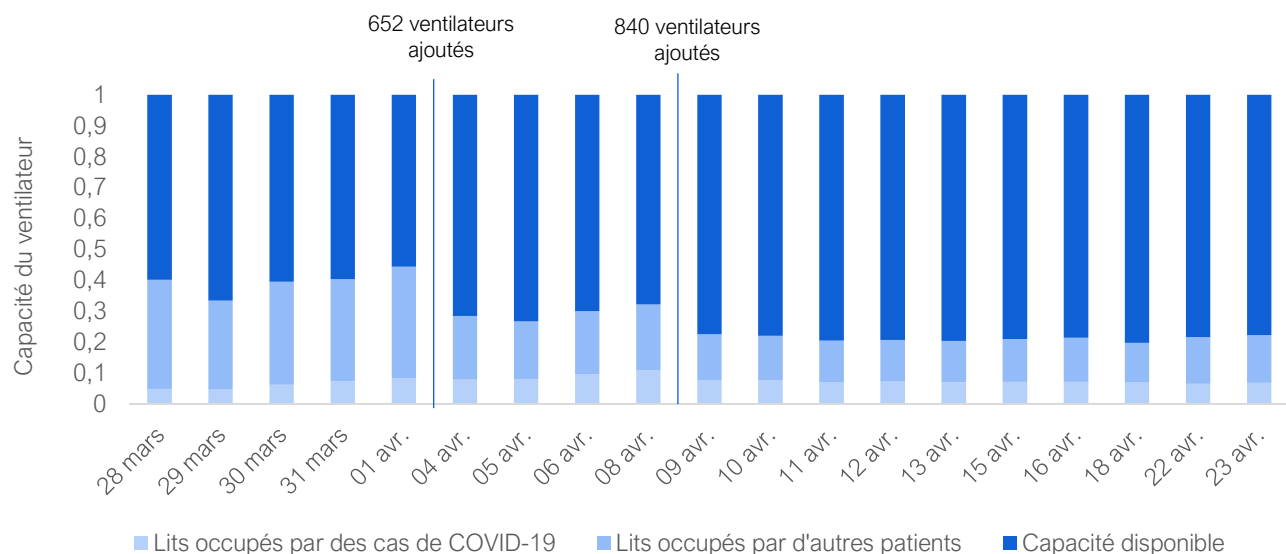
Figure 5-4 : Capacité de soins aux malades en phase critique, places occupées ou disponibles



Source : Rapports quotidiens de Services ontariens des soins aux malades en phase critique.

Dans la plupart des cas sévères de COVID-19, les patients nécessitent une assistance mécanique à la respiration et doivent être placés dans un ventilateur. Approximativement les deux tiers des patients atteints de la COVID-19 admis dans un service de soins aux malades en phase critique en Ontario ont été placés sous ventilation. À ce jour, le nombre le plus élevé de patients sous ventilateur s'élevait à 217, le 9 avril. À cette date, près de 2 000 lits dotés d'un ventilateur étaient disponibles pour les patients atteints de la COVID-19. Le 23 avril, environ 80 % des lits dotés d'un ventilateur en Ontario étaient disponibles.

Figure 5-5 : Capacité des ventilateurs, places occupées ou disponibles



Source : Rapports quotidiens de Services ontariens des soins aux malades en phase critique.

Remarque : Les patients soupçonnés d'être atteints de la COVID-19 qui sont traités par ventilation ne sont pas signalés séparément et, par conséquent, sont inclus dans la catégorie Autres patients.

## Résumé

Du 17 au 19 avril, le nombre total de patients hospitalisés atteints de la COVID-19 a commencé à chuter, puis à commencer à augmenter encore à compter du 20 avril, vraisemblablement en raison de l'éclosion croissante de COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée. Le 23 avril, on comptait 910 patients hospitalisés atteints de la COVID-19; de ce nombre, 243 patients nécessitaient des soins aux malades en phase critique. Malgré l'augmentation récente des hospitalisations, la province dispose encore d'une importante capacité disponible pour traiter les hospitalisations de patients atteints de la COVID-19. Le 23 avril, on comptait approximativement 9 345 lits de soins actifs et 2 191 lits de soins aux malades en phase critique.

Figure 5-6 : Estimation de la disponibilité des lits d'hôpital

	Soins actifs	Soins aux malades en phase critique	Soins aux malades en phase critique (avec ventilateur)
Nombre total de lits disponibles	10 255	2 434	2 431
Lits disponibles occupés par des patients atteints de la COVID-19	910	243	193
Lits restants disponibles	9 345	2 191	2 238

Remarque : La catégorie des soins actifs comprend les lits de soins aux malades en phase critique, et la catégorie des soins aux malades en phase critique comprend les lits dotés d'un ventilateur. Le « Nombre total de lits disponibles » est le nombre existant le 14 avril. En raison des échéanciers, les chiffres relatifs aux lits de soins aux malades en phase critique disponibles restants peuvent ne pas correspondre à ceux des rapports quotidiens de Services ontariens des soins aux malades en phase critique.

Source : BRF.

Il est important de remarquer que, bien qu'il existe à l'heure actuelle une capacité hospitalière adéquate pour traiter les patients atteints de la COVID-19, dans certaines régions de la province, la demande dépasse la capacité de soins aux malades en phase critique. Par exemple, avant le déploiement de ventilateurs supplémentaires par la province, dans le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) Centre-Ouest, on signalait un dépassement de la capacité de traiter des patients sous ventilation<sup>23</sup>. Le déploiement de ventilateurs supplémentaires dans la région a augmenté le nombre de lits dotés de ventilateurs pour les faire passer de 26 à 105, ce qui a été suffisant pour traiter le maximum de 37 patients sous ventilation qui ont été soignés au RLISS Centre-Ouest jusqu'à maintenant.

## Calendrier des mesures d'urgence : Analyse de scénarios

Au chapitre 4, le BRF fait état des mesures mises en œuvre par la province pour ralentir et limiter la propagation de la COVID-19. Cette section met en évidence comment le calendrier de mise en œuvre de ces mesures peut avoir influé sur les hospitalisations de patients atteints de la COVID-19.

### Propagation comparativement aux autres collectivités publiques

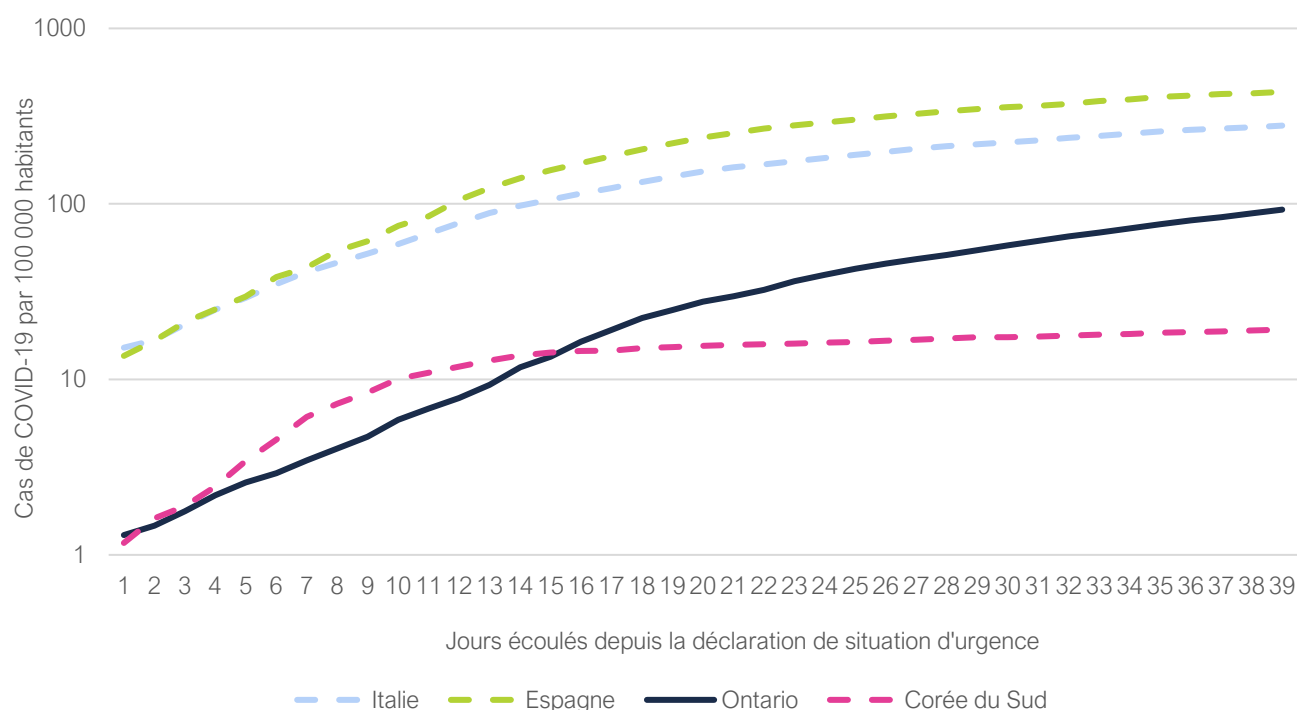
Le graphique suivant compare l'augmentation du nombre de cas de COVID-19 par 100 000 habitants de l'Ontario relativement à d'autres collectivités publiques qui ont déclaré la situation d'urgence avant l'Ontario. Lorsque l'Ontario a déclaré une situation d'urgence, on comptait approximativement 1,5 cas par 100 000 habitants dans la province. Ce nombre peut être comparé aux 14 cas par 100 000 habitants en Espagne, aux 15 cas par

<sup>23</sup> Rapports quotidiens sur la COVID-19 de Services ontariens des soins aux malades en phase critique.

100 000 habitants en Italie et aux seulement 1,2 cas par 100 000 habitants en Corée du Sud<sup>24</sup>.

De nombreux facteurs influencent la propagation de COVID-19. Cependant, il appert que la mise en œuvre relativement précoce des mesures de confinement en Ontario a contribué à éviter les résultats beaucoup plus graves qui sont survenus en Espagne et en Italie. Inversement, la croissance du nombre de cas en Ontario a été plus élevée que celle de la Corée du Sud. La Corée du Sud a décrété le niveau d'alerte maximal lorsqu'elle comptait un cas de COVID-19 par 100 000 habitants, soit un calendrier semblable à celui de l'Ontario. Cependant, la Corée du Sud a également utilisé une stratégie très efficace pour maîtriser la propagation de la COVID-19 en utilisant des tests de dépistage de masse et le dépistage des contacts.

Figure 5-7 : Nombre de cas de COVID-19 par 100 000 habitants



Remarque : Pour la Corée du Sud, le BRF considère que ce pays a augmenté son niveau d'alerte pour atteindre le niveau le plus élevé le 23 février, une mesure comparable à celle de la déclaration de situation d'urgence.

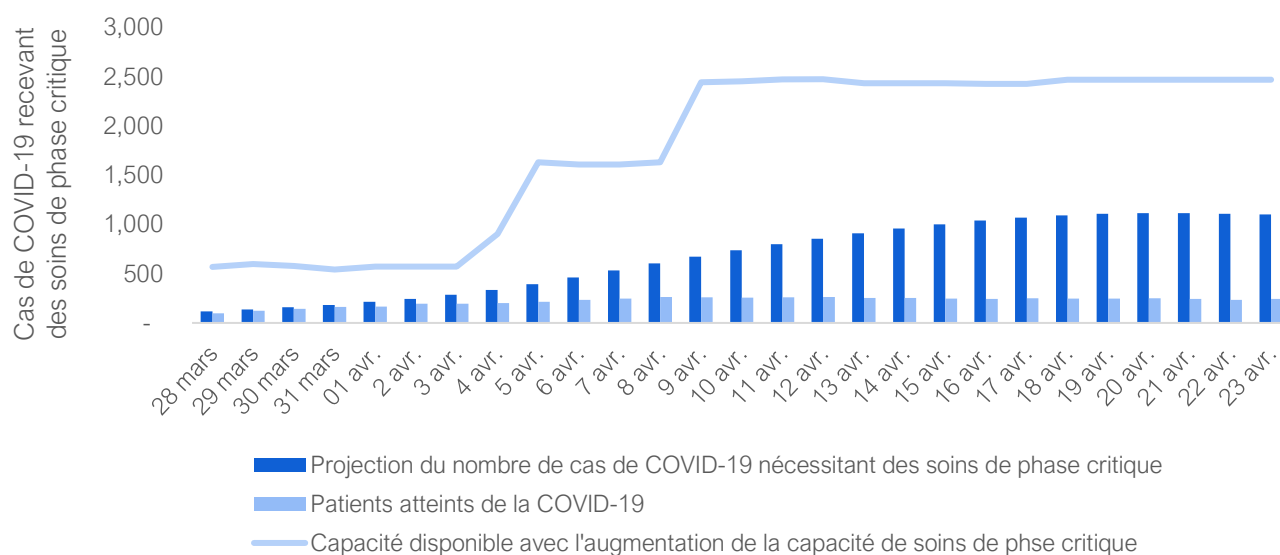
Source : Johns Hopkins University Center for Systems Science and Engineering et gouvernement de l'Ontario.

## Scénario de confinement différé

Pour illustrer l'effet d'une déclaration précoce de situation d'urgence en Ontario, le BRF a analysé l'incidence potentielle sur la capacité disponible des soins aux malades en phase critique si les mesures de confinement visant à limiter la propagation de la COVID-19 mises en œuvre le 17 mars l'avaient été cinq jours plus tard. Dans un tel scénario, le nombre de patients atteints de la COVID-19 qui nécessitent, tous en même temps, des soins aux malades en phase critique aurait été de plus de 1 100 jusqu'à maintenant, soit près de quatre fois plus que le nombre de cas survenus au 23 avril. Cependant, la province aurait encore disposé d'un nombre suffisant de lits de soins aux malades en phase critique en raison de l'expansion de la capacité des soins aux malades en phase critique.

<sup>24</sup> Pour la Corée du Sud, le BRF considère que ce pays a augmenté son niveau d'alerte pour atteindre le niveau le plus élevé le 23 février, une mesure comparable à celle de la déclaration de situation d'urgence. <https://www.nytimes.com/2020/02/23/world/asia/china-coronavirus.html>.

**Figure 5-8 : Scénario de patients atteints de la COVID-19 recevant des soins aux malades en phase critique comparativement la capacité disponible si le confinement avait été instauré cinq jours plus tard**



Source : Services ontariens des soins aux malades en phase critique et BRF.

## Réallocation des ressources du secteur de la santé vers les régions vulnérables

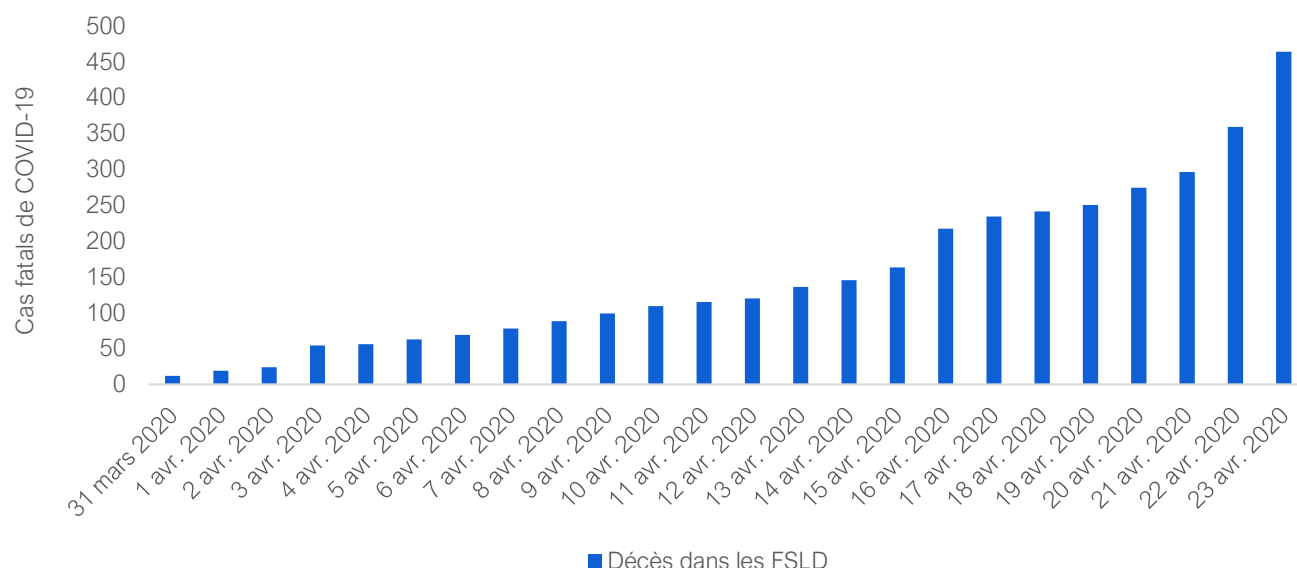
Le 20 avril, la province a publié des données issues de modèles qui indiquaient que la propagation de la COVID-19 dans la collectivité pouvait avoir atteint son maximum et que les hôpitaux disposaient d'une capacité disponible suffisante pour traiter les cas prévus dans un futur proche. Cependant, la province a également indiqué que la propagation de la COVID-19 continuait d'augmenter dans les milieux collectifs comme les foyers de soins de longue durée et les maisons de retraite. Le 23 avril, au moins 30 % des nouveaux cas signalés découlent de tests menés auprès de résidents et des membres du personnel des foyers de soins de longue durée. Au moment de rédiger le présent rapport, le point de mire de la réponse de la province contre la COVID-19 consiste maintenant à rediriger les ressources pour maîtriser l'éclosion croissante auprès des populations vulnérables comme les résidents des foyers de soins de longue durée.

Les personnes âgées sont exposées à un risque beaucoup plus élevé de complications graves découlant de la COVID-19. La plupart des résidents des foyers de soins de longue durée en Ontario ont plus de 75 ans et vivent dans des conditions qui ont altéré leur santé. L'âge des résidents, associé aux conditions de vie communautaires, signifie que les résidents des foyers de soins de longue durée sont une population à risque élevé de contracter la COVID-19.

Plus de 60 % des cas de COVID-19 fatals en Ontario ont découlé d'éclosions dans les foyers de soins de longue durée de la province. Au 23 avril, les 626 foyers de soins de longue durée de l'Ontario ont présenté 143 éclosions et représentent 3 085 des 13 519 cas confirmés de COVID-19 en Ontario.



Figure 5-9 : Cas de COVID-19 fatals dans les foyers de soins de longue durée



Source : Résumés épidémiologiques quotidiens de la COVID-19 en Ontario.

Remarque : Ce graphique présente des données de la base de données du Système intégré d'information sur la santé publique (IPHIS). La province a indiqué qu'il peut survenir un certain délai dans le signalement des décès dans le système IPHIS.

Le 15 avril, la province a annoncé de nouvelles mesures pour lutter contre la propagation de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée, notamment :

- fournir une expertise en santé publique et en lutte contre les infections, notamment une formation supplémentaire pour les membres du personnel des foyers de soins de longue durée qui travaillent dans des conditions d'éclosion;
- obliger les membres du personnel à uniquement travailler dans un seul foyer de soins de longue durée, à compter du 22 avril;
- redéployer du personnel des hôpitaux et des soins communautaires et à domicile vers les foyers de soins de longue durée afin de lutter contre les éclosions, en plus du recrutement de nouveaux effectifs;
- augmenter les tests de dépistage dans les foyers de soins de longue durée et d'autres milieux de vie communautaires comme les refuges pour sans-abri, les maisons de retraite et les prisons.

De plus, on a signalé que certains foyers de soins de longue durée ont commencé à transférer des résidents vers des hôpitaux locaux, ce qui utilise ainsi des lits non occupés<sup>25</sup>. Cela peut permettre aux foyers de soins de longue durée de mieux isoler les résidents restants pour tenter de maîtriser plus efficacement l'éclosion de COVID-19.

<sup>25</sup> <https://globalnews.ca/news/6847727/kitchener-forest-heights-long-term-care-coronavirus-residents-hospital/>.

# 6 | Questions clés pour les députés

Jusqu'à maintenant, les mesures visant à augmenter la capacité disponible des lits d'hôpital et de limiter la propagation de la COVID-19 en Ontario ont permis aux hôpitaux de la province d'absorber l'augmentation en flèche du nombre de patients atteints de la COVID-19. Cependant, à l'avenir, la propagation du virus et son incidence sur la capacité des hôpitaux demeurent incertaines et seront influencées par les actions prises par la province pour lever les mesures de confinement et reprendre le cours normal des choses dans le secteur de la santé et l'économie. Pour appuyer l'examen des actions de la province par les députés, le BRF a rédigé les questions clés suivantes que les députés pourraient souhaiter poser au gouvernement. Pour chaque question, le BRF présente des renseignements supplémentaires à titre de contexte.

## Quelles sont les conditions requises pour cesser les mesures de confinement?

Les experts ont suggéré que les critères pour alléger le confinement devraient être fondés sur une combinaison des éléments suivants<sup>26</sup> :

- Réduction du nombre de nouveaux cas : les experts ont suggéré que 14 jours de réduction soutenue du nombre de nouveaux cas confirmeraient que le virus est en voie d'être maîtrisé. De plus, le nombre de nouvelles infections par jour doit être gérable en tenant compte de la capacité du système de santé (voir ci-dessous).
- Capacité des hôpitaux de traiter les cas de COVID-19 et d'autres maladies : même si le taux de nouveaux cas diminue, les hôpitaux doivent avoir la capacité de traiter les cas existants de COVID-19 et d'effectuer les interventions normales (comme les chirurgies non urgentes) avant la levée des mesures d'urgence.
- Capacité des organismes de santé publique d'effectuer des tests et le dépistage des contacts : le taux de nouveaux cas ne doit pas excéder la capacité des organismes de santé publique de mener des enquêtes, d'isoler et de retracer les contacts des nouveaux cas.

Depuis que la croissance du taux de survenue des nouveaux cas en Ontario diminue et que d'autres pays ont publié leurs plans de levée des mesures de confinement, les députés peuvent souhaiter demander au gouvernement quelles seront les conditions appropriées pour commencer à alléger les mesures de confinement liées à la pandémie de COVID-19?

## Comment les mesures de confinement seront-elles levées?

Pour assurer le maintien de la suppression du virus, les pays qui commencent à alléger les mesures de confinement ont indiqué qu'elles le seront lentement et non entièrement. Les points suivants décrivent la manière dont certains pays allègent leurs mesures de confinement<sup>27</sup> :

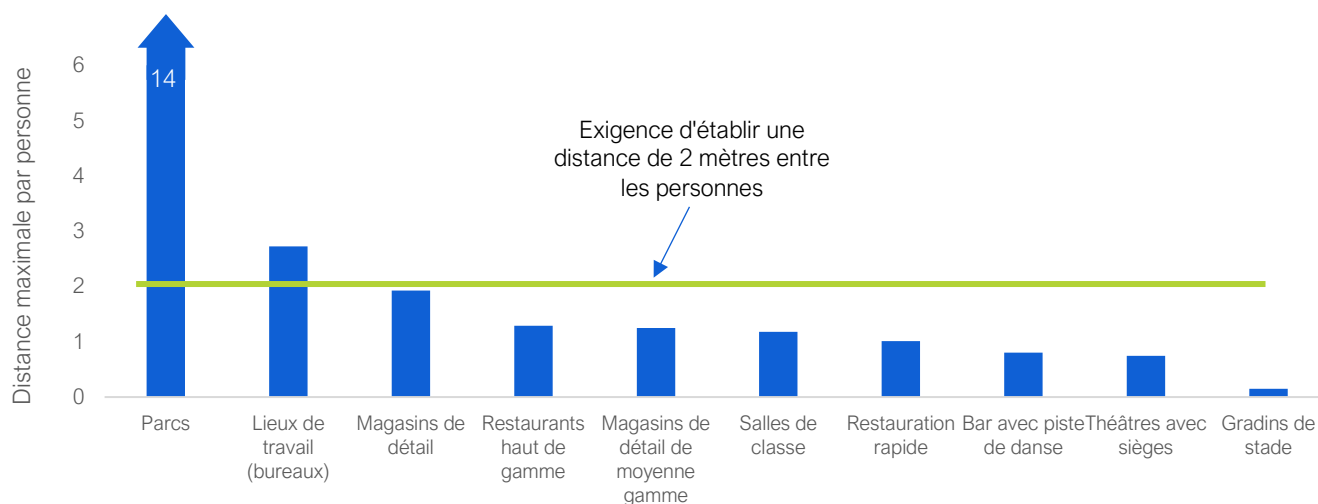
<sup>26</sup> American Enterprise Institute, *National coronavirus response: A road map to reopening*, 2020 et Organisation mondiale de la Santé, *Strategic preparedness and response plan for the new coronavirus*, 14 avril 2020.

<sup>27</sup> Les exemples suivants sont fondés sur un examen des cas du Danemark, de l'Allemagne, de l'Italie, de l'Espagne et du Royaume-Uni.

- Ouverture échelonnée de certaines entreprises et lieux publics choisis : des pays permettent à certains magasins et autres lieux publics de rouvrir graduellement. Le choix des lieux qui pourront rouvrir dépend de leur importance pour la société et la mesure à laquelle les gens peuvent maintenir la distanciation sociale dans ces lieux (voir la Figure 6-1). Les lieux qui peuvent être rouverts comprennent les quincailleries et d'autres grandes surfaces, parcs et sentiers. Des lieux plus petits et exigus comme des bars, des restaurants, des cafés, des stades et des théâtres pourront demeurer fermés plus longtemps puisque les gens ne peuvent pas y maintenir une distance entre eux. Certains pays ont affirmé qu'ils allaient rouvrir leurs écoles.
- Maintien des règles d'éloignement physique, limitation de la taille des rassemblements et promotion des mesures d'hygiène personnelle : des pays ont affirmé s'attendre à ce que le public maintienne les mesures d'éloignement physique, porte un masque en public et se lave soigneusement les mains, et se voie interdire de se réunir en grands groupes.
- Protection des groupes à risques : on peut demander à ces groupes, comme les personnes âgées ou les personnes dont le système immunitaire est compromis, de demeurer en isolation jusqu'à ce que le risque d'infection soit réduit davantage.
- Modification du mode de vie : afin de promouvoir l'éloignement physique, les écoles et les lieux de travail peuvent avoir recours à des horaires séparés ou échelonnés. Il pourrait être nécessaire de réduire le nombre maximal d'occupants dans les établissements et les transports en commun pour permettre le maintien de l'éloignement physique entre les personnes.

Les députés peuvent désirer demander au gouvernement comment les mesures de confinement seront allégées et selon quel échéancier.

Figure 6-1 : Distance estimative par endroit comparativement à la norme d'éloignement physique de deux mètres



Remarque : Les estimations sont fondées sur le nombre réglementaire maximal d'occupants, le nombre moyen de visiteurs quotidiens ou les règles empiriques de l'industrie. Ces calculs sont fondés sur le fait que les établissements ne modifient pas le nombre maximal d'occupants pour permettre l'éloignement physique. Le terme distance par personne représente la racine carrée de l'espace moyen ou maximal par personne pour chaque lieu, mesuré en mètres carrés.

Source : Estimations du BRF.

## Quels préparatifs le gouvernement met-il en place pour continuer à maîtriser la COVID-19?

Étant donné que l'éradication complète du virus est peu probable sans vaccination, le gouvernement devra prendre des mesures pour continuer à maîtriser le virus. Si l'on se fie aux exemples d'autres pays, les deux principales manières de maîtriser la COVID-19 tout en évitant un confinement complet sont des tests de masse et une stratégie efficace pour dépister, isoler et retracer les contacts des personnes infectées par la COVID-19.

### Dépistage de masse

Le 24 avril, l'Ontario effectuait approximativement 12 300 tests de dépistage par jour, soit 84 tests par 100 000 habitants. La province limite actuellement les tests aux patients symptomatiques hospitalisés, à tous les résidents des foyers de soins de longue durée et aux travailleurs dans les établissements de santé et les foyers de soins de longue durée ainsi qu'aux premiers répondants<sup>28</sup>.

La province a établi l'objectif d'effectuer 14 000 tests de dépistage par jour (95 par 100 000 habitants) d'ici le 29 avril<sup>29</sup>, mais cet objectif demeure inférieur à celui d'autres pays. En comparaison, l'Allemagne met sur pied une capacité de dépistage d'environ 200 000 personnes par jour<sup>30</sup> (241 par 100 000 habitants) et le R.-U. vise le dépistage de 100 000 personnes par jour<sup>31</sup> (151 par 100 000 habitants) et la France vise le dépistage d'approximativement 70 000 personnes par jour (107 par 100 000 habitants)<sup>32</sup>. L'augmentation de la capacité de dépistage en Ontario permettrait aux responsables de la santé publique d'élargir les lignes directrices de dépistage afin de capturer une plus grande section de la population générale, ce qui aiderait à repérer et à contenir le virus.

Les députés pourraient demander au gouvernement une mise à jour sur sa stratégie de tests de dépistage et comment le dépistage s'intègre dans sa stratégie élargie de maîtrise de la COVID-19.

### Surveillance et dépistage des contacts

Les bureaux de santé locaux sont responsables de l'évaluation du risque, de la surveillance, du dépistage des cas, du dépistage des contacts, de l'immunisation et de la lutte contre les infections. Le budget total des bureaux de santé locaux en Ontario s'élevait à 923 millions de dollars en 2018, soit légèrement moins qu'à son maximum de 936 millions de dollars en 2015<sup>33</sup>. Dans sa mise à jour économique et financière de l'Ontario de mars 2020, la province a augmenté le financement de la santé publique de 85 millions de dollars en 2020-2021<sup>34</sup>, et a annulé une compression budgétaire prévue de 114 millions de dollars.

Afin de maîtriser la COVID-19, la province devra s'assurer que les bureaux de santé locaux ont la capacité nécessaire pour effectuer une surveillance et un dépistage des contacts efficaces. Jusqu'à maintenant, les bureaux de santé locaux n'ont pas été en mesure d'enquêter sur tous les cas de COVID-19 signalés dans la province. Le 22 avril, on comptait 12 245 cas signalés en Ontario, et on a pu déterminer leur origine dans

<sup>28</sup> <https://news.ontario.ca/opo/fr/2020/04/ontario-renforce-considerablement-le-depistage-de-la-covid-19.html>.

<sup>29</sup> <https://news.ontario.ca/opo/fr/2020/04/ontario-renforce-considerablement-le-depistage-de-la-covid-19.html>.

<sup>30</sup> <https://www.spectator.co.uk/article/how-germany-has-managed-to-perform-so-many-covid-19-tests>.

<sup>31</sup> <https://www.bbc.co.uk/news/uk-52140376>.

<sup>32</sup> <https://www.euronews.com/2020/04/21/covid-19-number-of-infected-in-france-not-enough-to-prevent-second-wave-warn-scientists>.

<sup>33</sup> Comprend le financement provincial et municipal. Rapport d'information financière, ministère des Affaires municipales et du Logement.

<sup>34</sup> Il n'est pas possible de déterminer exactement quelle portion de ces 85 millions de dollars sera affectée à Santé publique Ontario ou aux organismes de santé publique.

seulement 40 % des cas<sup>35</sup>.

À l'extérieur du Canada, par exemple, la Corée du Sud a associé le dépistage de masse avec une stratégie ambitieuse de dépistage des contacts des personnes infectées, laquelle repose sur des entretiens, des systèmes de caméras en circuit fermé, les données des GPS des téléphones intelligents et en divulguant l'historique des déplacements des patients atteints de la COVID-19. Bien qu'elle soit efficace, la stratégie de la Corée du Sud a également fait l'objet de critiques étant donné qu'elle porte atteinte à la vie privée<sup>36</sup>.

Dans d'autres pays, les organismes de santé publique prévoient d'augmenter de manière importante les équipes de dépistage des contacts afin de maîtriser le virus. Aux États-Unis, les experts demandent le recrutement de 100 000 dépisteurs de contacts, tandis qu'il y en a seulement 2 000 en poste à l'heure actuelle<sup>37</sup>. De même, le Royaume-Uni recrute 18 000 dépisteurs de contacts supplémentaires afin de contribuer à l'allègement de ses mesures de confinement<sup>38</sup>.

Les députés peuvent souhaiter demander comment le gouvernement prévoit élargir les capacités de surveillance et de dépistage des contacts des organismes de santé publique locaux (p. ex. combien de nouveaux membres du personnel en santé publique seront nécessaires pour faire le dépistage des cas de COVID-19) et le montant du financement additionnel qui sera requis.

## Comment le système de santé de l'Ontario retournera-t-il à la normale et comment le financement supplémentaire sera-t-il requis?

Durant l'éclosion, les hôpitaux de l'Ontario ont connu une chute importante du nombre de patients en raison de l'annulation des chirurgies non urgentes par les hôpitaux et de la baisse du nombre de personnes qui se présentent dans les hôpitaux, même en cas de nécessité médicale<sup>39</sup>.

Souvent, les interventions non urgentes ne sont pas facultatives. Ces interventions ne sont pas requises immédiatement ou, selon un professionnel de la santé, il est plus risqué de les effectuer durant la pandémie qu'après<sup>40</sup>. Ces chirurgies non urgentes comprennent certaines interventions oncologiques, des interventions vasculaires<sup>41</sup>, certaines interventions cardiaques, des interventions à la vésicule biliaire et de traitement des hernies, des arthroplasties de la hanche<sup>42</sup>, ainsi que des chirurgies de la cataracte et des chirurgies esthétiques<sup>43</sup>.

De plus, les temps d'attente dans les salles des urgences ainsi que les listes d'attentes ont diminué

<sup>35</sup> Selon le nombre total de cas par type d'exposition. Sur les 12 245 cas, les origines de 4 929 cas font encore l'objet d'une enquête. <https://files.ontario.ca/moh-covid-19-report-en-2020-04-22.pdf>.

<sup>36</sup> <https://www.bbc.com/news/world-asia-51733145>.

<sup>37</sup> [https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/pubs\\_archive/pubs-pdfs/2020/200410-national-plan-to-contact-tracing.pdf](https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/pubs_archive/pubs-pdfs/2020/200410-national-plan-to-contact-tracing.pdf) et <https://www.politico.com/news/2020/04/21/tracking-coronavirus-workforce-does-not-exist-197622>.

<sup>38</sup> Matt Hancock, Secretary of State for Health and Social Care, point de presse quotidien du 23 avril.

<sup>39</sup> <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-emergency-departments-canada-1.5510778>.

<sup>40</sup> Consulter : [https://www.huffingtonpost.ca/entry/elective-surgery-cancelled-coronavirus-canadians\\_ca\\_5e72351ec5b6eab779404903](https://www.huffingtonpost.ca/entry/elective-surgery-cancelled-coronavirus-canadians_ca_5e72351ec5b6eab779404903) et <https://nationalpost.com/health/kind-of-scared-preparing-for-possible-covid-19-wave-hospitals-delay-surgeries-clear-out-wards>.

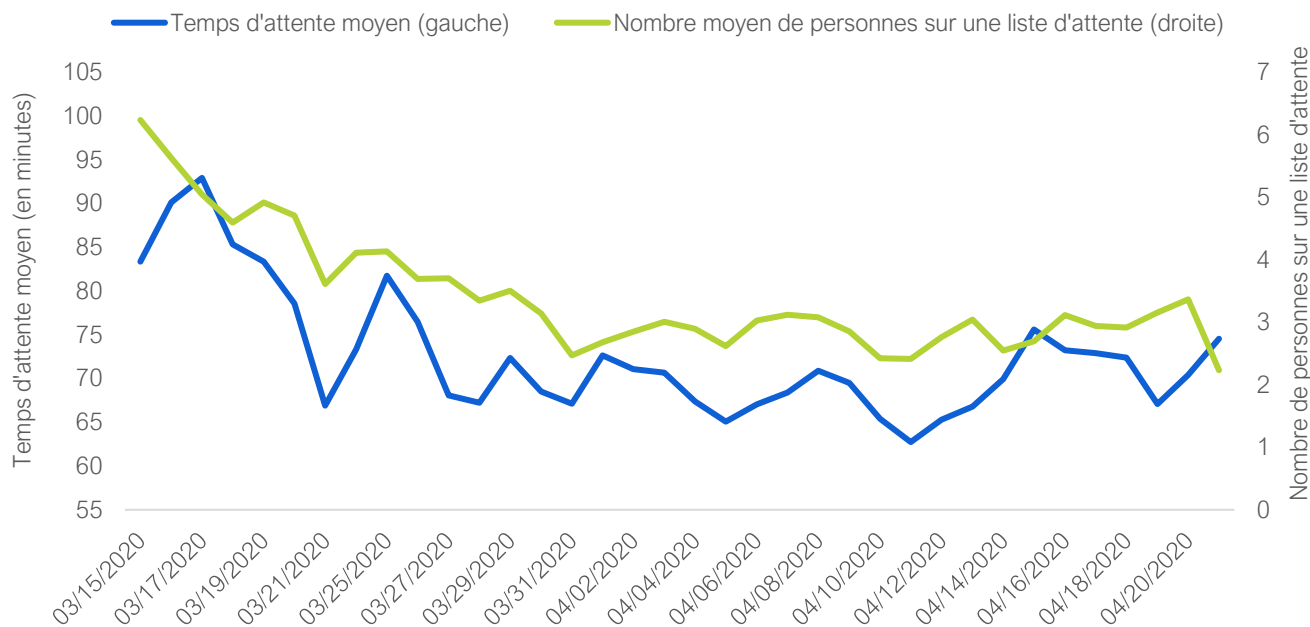
<sup>41</sup> [https://www.huffingtonpost.ca/entry/elective-surgery-cancelled-coronavirus-canadians\\_ca\\_5e72351ec5b6eab779404903](https://www.huffingtonpost.ca/entry/elective-surgery-cancelled-coronavirus-canadians_ca_5e72351ec5b6eab779404903).

<sup>42</sup> <https://nationalpost.com/health/kind-of-scared-preparing-for-possible-covid-19-wave-hospitals-delay-surgeries-clear-out-wards>.

<sup>43</sup> <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/canadian-hospitals-take-drastic-measures-amid-covid-19-crisis-1.4855849>.

considérablement depuis le début de l'écllosion<sup>44</sup>. Bien que certains médecins ont indiqué que la baisse de la demande dans les hôpitaux peut être partiellement due aux mesures d'isolation sociale, les médecins ont également indiqué que certaines personnes qui nécessitent des soins médicaux, par exemple en raison d'un infarctus mineur ou d'un accident vasculaire cérébral, décident parfois de ne pas effectuer une visite à l'hôpital, bien qu'elle soit nécessaire sur le plan médical<sup>45</sup>.

Figure 6-2 : Temps d'attente dans les salles des urgences et listes d'attente pour certains hôpitaux de l'Ontario



Remarque : Les chiffres représentent une moyenne mobile de deux jours des temps d'attente et des listes d'attente pour certains hôpitaux de l'Ontario seulement. Les temps d'attente représentent la moyenne pondérée des temps d'attente pour l'hôpital général de St. Catharines, l'hôpital général du grand Niagara, l'hôpital de Welland County, l'hôpital Douglas Memorial, l'hôpital de Port Colborne, l'hôpital général de Hamilton, l'hôpital et centre oncologique Juravinski, l'hôpital St. Joseph's Healthcare Hamilton, l'hôpital Charlton Campus, l'hôpital West Lincoln Memorial, l'hôpital de Markham Stouffville, l'hôpital de Sault Area, l'hôpital de Cambridge Memorial, l'hôpital de Grand River. La liste d'attente représente la moyenne pour les établissements de St. Catharines, du Grand Niagara, de Welland, Douglas Memorial et de Port Colborne. La liste d'attente représente le nombre de patients qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation initiale par une infirmière praticienne ou un médecin. Les temps d'attente désignent le temps écoulé entre l'évaluation par une infirmière responsable du triage et la consultation auprès d'un médecin ou d'une infirmière praticienne.

Sources : Données colligées depuis les sites Web des hôpitaux. Par exemple, les temps d'attente de Niagara Health peuvent être consultés ici : <https://www.niagarahealth.on.ca/site/waiting-times>

En raison de l'annulation des chirurgies non urgentes et du fait que moins de personnes se présentent dans les hôpitaux, le taux d'occupation de tous les lits d'hôpitaux est passé de 96 % avant l'écllosion à 69 % le 13 avril 2020; au total, 11 200 lits d'hôpital ne sont pas occupés<sup>46</sup>. Par conséquent, le BRF estime que du 15 mars au 22 avril 2020, plus de 52 700 interventions ont été annulées ou évitées et que, pour chaque semaine ou l'écllosion de COVID-19 se poursuit, plus de 12 200 interventions supplémentaires sont retardées<sup>47</sup>.

Bien que la baisse de la demande pour les services hospitaliers crée une disponibilité immédiate de ressources

<sup>44</sup> Le BRF a colligé les temps d'attente des salles des urgences et les listes d'attente depuis les sites Web des hôpitaux. En raison des données limitées, les chiffres représentent les temps d'attente et les listes d'attente de certains hôpitaux de l'Ontario seulement.

<sup>45</sup> <https://nationalpost.com/news/eerily-quiet-ers-before-covid-19-surge-could-mean-problems-down-the-road-doctors-say>.

<sup>46</sup> <https://news.ontario.ca/opo/fr/2020/04/lontario-augmente-considerablement-la-capacite-des-hopitaux-pour-se-preparer-a-tout-scenario-devolut.html>.

<sup>47</sup> Le nombre d'interventions annulées ou évitées est estimé selon le nombre de jours écoulés depuis les 15 mars, la durée moyenne d'un séjour pour une chirurgie non urgente (estimée à 4,8 jours pour des soins actifs), et le nombre de lits qui ont été libérés au 22 avril.

hospitalières pour les patients atteints de la COVID-19, elle mènera également à long terme à une augmentation importante des pressions pesant sur les hôpitaux. Puisque la plupart des interventions retardées sont nécessaires sur le plan médical, plus les procédures sont remises à plus tard, plus les résultats de santé des Ontariennes et les Ontariens pourraient s'aggraver<sup>48</sup>, et plus il sera difficile pour les hôpitaux d'arriver à rattraper le retard accumulé au niveau des interventions. De plus, comme il a été mentionné précédemment, le calendrier de l'allègement des mesures de confinement en raison de la COVID-19 dépendront de bon nombre de facteurs, notamment la capacité des hôpitaux d'effectuer des procédures normales.

Les députés peuvent demander au gouvernement comment il prévoit aborder le problème de la liste d'attente pour les chirurgies non urgentes qui a été créé par la pandémie de COVID-19 et à combien s'élève le financement supplémentaire qui sera affecté au secteur de la santé afin de rattraper le retard accumulé au chapitre des chirurgies non urgentes et rétablir le fonctionnement normal des hôpitaux.

<sup>48</sup> Par exemple, les chercheurs ont mis en garde que l'annulation des interventions de diagnostic et de traitement du cancer pourraient entraîner une épidémie de cette maladie à l'avenir. <https://www.irishexaminer.com/breakingnews/ireland/covid-focus-could-lead-to-cancer-epidemic--researchers-995267.html>.

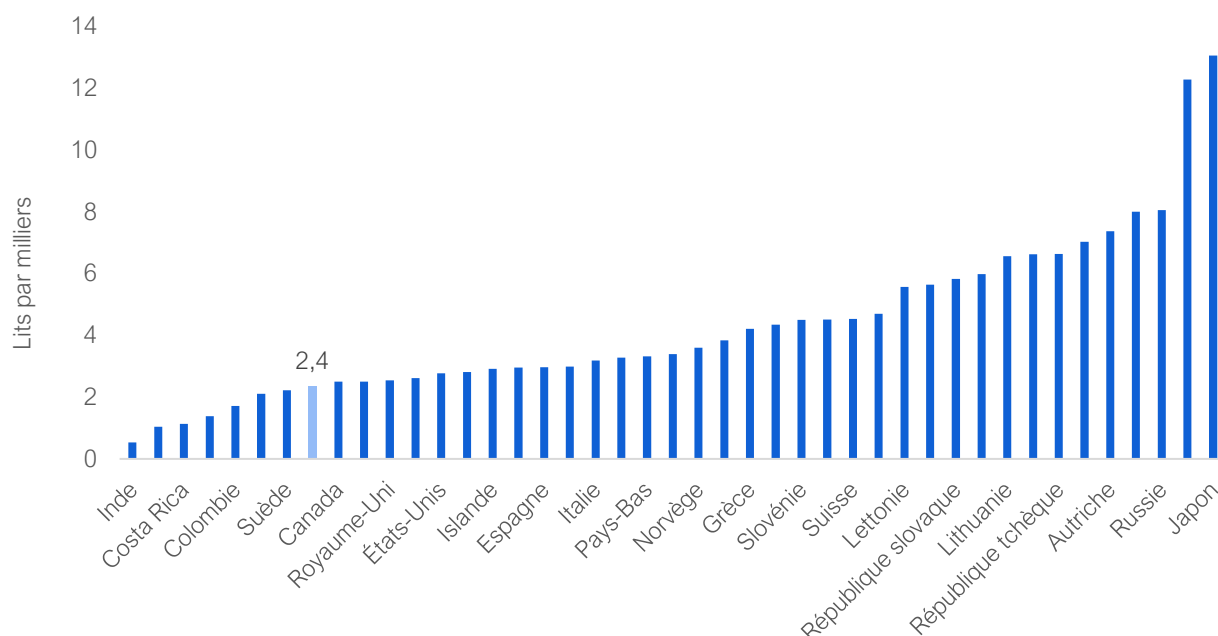
# 7 | Annexes

## Annexe A : Comparaison internationale de capacité des hôpitaux et de leur taux d'occupation

Relativement à la population, l'Ontario dispose au total de 2,4 lits d'hôpital par 1 000 habitants, ce qui représente le 8<sup>e</sup> ratio le plus faible parmi les collectivités publiques de 42 pays de l'OCDE. Certains des pays présentant le nombre le plus faible de lits d'hôpital par 1 000 habitants comprennent le Royaume-Uni (2,5), les États-Unis (2,8) et l'Irlande (3,0). Les pays comptant le nombre le plus élevé de lits d'hôpital par tranche de 1 000 habitants sont le Japon (13,1), la Corée du Sud (12,3), la Russie (8,1) et l'Allemagne (8,0).

Le nombre de lits par 1 000 habitants est partiellement lié à la démographie. Les pays présentant un nombre de lits élevé ont généralement une population plus âgée. Par exemple, en 2018, la proportion des personnes de 65 ans et plus était de 28 % au Japon et de 22 % en Allemagne, comparativement 17 % en Ontario et à 16 % aux États-Unis<sup>49</sup>.

Figure 7-1 : Comparaison du nombre de lits d'hôpital par 1 000 habitants dans les pays de l'OCDE



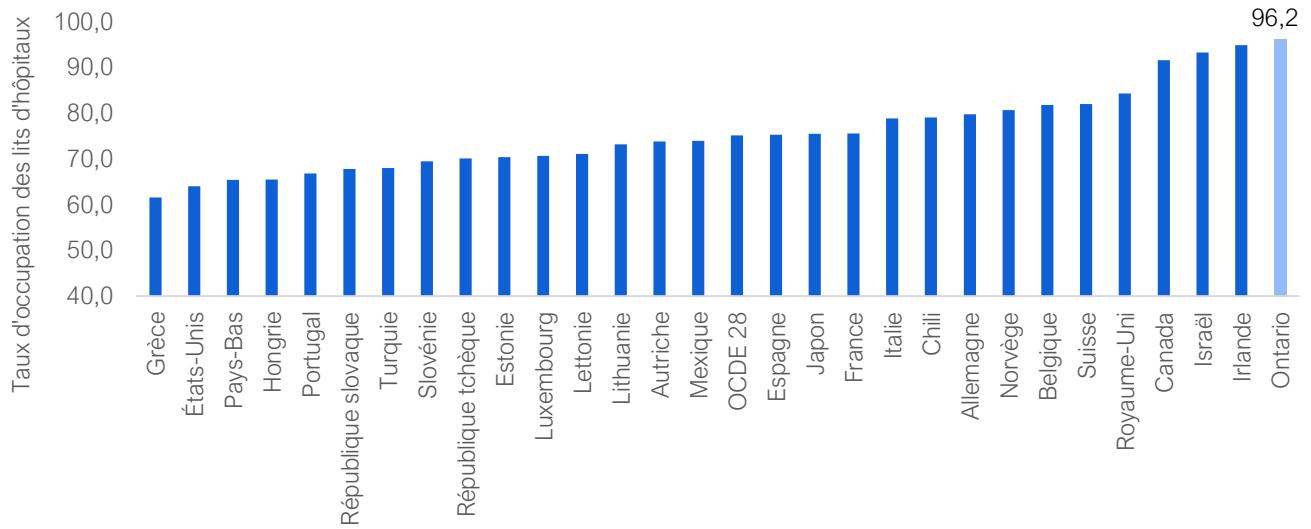
Source : OCDE et ministère de la Santé.

Le taux d'occupation des lits d'hôpital total moyen de l'Ontario, soit 96 % en 2018-2019, est le plus élevé des pays de l'OCDE. Les prochains taux d'occupation les plus élevés des pays de l'OCDE sont ceux de l'Irlande (95 %), d'Israël (93 %) et du Canada (92 %).

<sup>49</sup> Statistiques de l'OCDE de la population active, 2019.



Figure 7-2 : Comparaison du taux d'occupation des lits d'hôpital dans certains pays de l'OCDE



Remarque : Le taux d'occupation de l'Ontario est celui de 2018-2019, tandis que les taux des pays de l'OCDE sont ceux de 2017 ou proviennent des données les plus récentes.

Source : OCDE et ministère de la Santé.