

Le devoir de faire autrement

PARTIE 1: Renforcer le rôle stratégique de la santé publique

Janvier 2022



**Mandat sur la performance des soins
et services aux aînés – COVID-19**

Le devoir de faire autrement

**PARTIE 1: Renforcer le rôle stratégique
de la santé publique**

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Commissaire à la santé et au bien-être

880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40
Québec (Qc) G1S 2L2

Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca

Révision linguistique

Tradèm

Édition

Direction des communications

Graphisme

Pro-Actif

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
ISBN : 978-2-550-90890-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Comité de pilotage

Joanne Castonguay

Commissaire à la santé et au bien-être

Mélanie Bourassa Forcier

Direction de la rédaction

Professeure titulaire et directrice des programmes de droit et politiques de la santé et droit et sciences de la vie à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke

Anne Lemay

Économiste spécialisée en évaluation de la performance en santé

Jean-Louis Denis

Professeur au département de gestion, d'évaluation et de politiques en santé de l'École de santé publique, à l'Université de Montréal

Commissaires adjoints

Denis Roy

Commissaire adjoint à l'évaluation

Susan Usher

Commissaire adjointe à l'éthique et aux politiques

Soutien à la rédaction

François Duranleau

MISE EN CONTEXTE

En aout 2020, le gouvernement a confié au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) le mandat d'évaluer la performance du système de santé et des services sociaux dans le contexte de la gestion de la première vague de pandémie de la COVID-19. Ce mandat touche particulièrement l'offre de soins et de services aux aînés et la santé publique.

Le rapport final issu de ce mandat, intitulé *Le devoir de faire autrement*, est publié en deux parties :

- Partie 1 : *Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*, qui porte sur la gestion globale de la pandémie par le gouvernement;
- Partie 2 : *Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens*, qui traite de la performance du système de soins et de services aux aînés hébergés en milieu de vie au moment de la première vague.

Ce rapport en deux parties donne suite à un rapport préliminaire du CSBE publié en septembre 2021, *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19*, qui jetait un premier regard sur la gouvernance des soins et services aux aînés vivant en milieu d'hébergement.

Ces trois publications regroupent l'ensemble des observations et des recommandations que retient le CSBE dans le cadre du mandat spécial qui lui a été confié. Ces publications sont complétées par une série d'études additionnelles (dont certaines sont à venir) réalisées par l'équipe du CSBE et par des équipes universitaires, à la demande de la Commissaire¹.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce rapport est le fruit de nombreuses collaborations et d'une mise en commun d'une variété d'expertises et de connaissances. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à son élaboration.

Tout d'abord, nous remercions les membres du comité de pilotage mis en place pour guider la réalisation de ce mandat complexe, ainsi que l'équipe du CSBE qui a travaillé avec acharnement pour produire des analyses de qualité.

Nous souhaitons aussi adresser notre très grande reconnaissance aux quelque 150 acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, dont des membres de regroupements, d'associations et d'organismes, qui ont participé généreusement à nos consultations, ainsi que les 456 personnes qui ont répondu à notre appel à témoignages.

Nous saluons également la précieuse contribution de chercheurs à qui nous avons confié des mandats particuliers.

Il importe également de mentionner la collaboration de plusieurs membres du personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'obtention des données et des informations requises pour réaliser notre mandat.

Enfin, nous remercions les personnes expertes consultées qui, grâce à leurs conseils généreux, nous ont permis de bonifier ce rapport.

¹ <https://www.csbe.gouv.qc.ca/aînés-covid19/mandat.html>

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	9
MOT DE LA COMMISSAIRE	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES	12
PRINCIPAUX MESSAGES POUR LES DÉCIDEURS	14
INTRODUCTION	20
1. MÉTHODOLOGIE	21
2. PORTRAITS DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC	22
2.1. Portrait de l'organisation et de la gouvernance du système de santé publique au québec.....	22
2.1.1. Rôle du système de santé publique.....	23
2.1.2. Acteurs en santé publique au Québec.....	23
2.1.3. Vue d'ensemble des acteurs de santé publique et des paliers de gouvernance.....	27
2.2. Portrait de l'allocation des dépenses en santé publique au québec et comparaison avec différentes régions.....	30
2.2.1. Dépenses en santé publique au Québec et comparaisons interprovinciales.....	30
2.2.2. Comparaisons internationales des dépenses en santé publique	32
2.2.3 En bref	33
2.3. Portrait de la planification des actions de santé publique en vue d'une crise sanitaire au québec.....	34
2.4. Portrait de la gestion de la première vague de la pandémie.....	37
2.4.1. Préparation du MSSS à la pandémie	37
2.4.2. Les acteurs en soutien à la prise de décision.....	38
2.4.3. Ligne du temps.....	39
3. DISPOSITIONS—NOUS DES FACTEURS DE RÉUSSITE DE GESTION D'UNE CRISE SANITAIRE ?	41
3.1. Plan d'urgence	42
3.1.1. Avoir un plan d'urgence et s'assurer qu'il soit applicable à la présente crise	42
3.1.2. Avoir mis à l'essai le plan d'urgence	42
3.2. Leadership fort et définition claire des rôles et responsabilités	43
3.2.1. Rôle de leader du MSSS et des acteurs de santé publique.....	43
3.2.2. Pouvoir de coordination des actions : sécurité civile, santé publique ou dirigeants d'établissements?	44
3.2.3. Rôle clair des directions régionales de santé publique en contexte de pandémie....	46

3.3. Leadership inclusif.....	48
3.3.1. Leadership collaboratif, rassembleur et collectif pour favoriser des directives adaptées à la réalité du terrain.....	48
3.3.2. L'intégration de la perspective éthique dans les décisions en période de crise sanitaire	52
a) La place de l'éthique dans le processus décisionnel en contexte pandémique	52
b) Une implication insuffisante des personnes concernées.....	53
c) Délaisser la qualité des soins et l'humanisme au profit de l'urgence.....	56
d) Âgisme et paternalisme envers les aînés.....	56
3.4. Communication cohérente et transparente.....	57
3.4.1. Communication interne et aux partenaires cohérente et efficiente	57
3.4.2. Transparence des communications, indépendance des acteurs de santé publique et confiance du public.....	58
3.5. Capacités d'action	62
3.5.1. Financement continu et constant du système de santé publique, vérification de la conformité et capacité de surveillance et de gestion des risques sanitaires.....	63
3.5.2. Formation en prévention et contrôle des infections.....	64
3.5.3. Mesures d'approvisionnement.....	65
3.5.4. Capacité de dépistage	66
3.5.5. Accès aux données.....	68
a) Accès aux données en temps réel	69
b) Accès à des données de qualité et suffisantes	70
3.6. Interventions rapides et fluides.....	71
3.6.1. Agilité et principe de précaution	72
a) Agilité.....	72
b) Principe de précaution.....	73
3.6.2. Prise en compte rapide des publications et données scientifiques	74
4. ENJEUX ET RECOMMANDATIONS	75
La préparation aux crises sanitaires	76
La place de la santé publique dans les stratégies d'amélioration de la performance du système en santé	79
La transparence et l'imputabilité.....	82
CONCLUSION	84
LISTE DES FIGURES	85
LISTE DES TABLEAUX	85
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	86
NOTES DE FIN DE DOCUMENT	94

DÉDICACE

*«À la mémoire des 4 836 personnes hébergées en milieu de vie
qui ont été emportées par la première vague de la pandémie
au Québec»*

MOT DE LA COMMISSAIRE

C'est avec beaucoup d'humilité que je vous présente aujourd'hui le résultat du travail effectué par mon équipe et moi-même au cours des 18 derniers mois en réponse au mandat spécial qui nous a été confié par le gouvernement du Québec, soit d'évaluer la performance du système de santé et des services sociaux dans le contexte de la gestion de la première vague de la pandémie de COVID-19.

Notre rapport en deux parties présente un portrait de la réponse gouvernementale à cette première vague et évalue ses effets sur les aînés pour en tirer les leçons qui s'imposent. Il n'évalue cependant pas les mesures prises pour maîtriser les vagues subséquentes.

Au Québec, la pandémie de COVID-19 a frappé de plein fouet, particulièrement dans les milieux de vie où sont hébergés nos aînés les plus vulnérables. Au cours de la première vague, 5 718 décès sont survenus. De ceux-ci, 3 675 décès (64,3 %) ont été constatés en CHSLD, alors que les personnes qui y résident ne représentent que 0,49 % de la population québécoise. Pour les CHSLD, cela représente un excès de 2 361 décès par rapport aux années précédentes. Le bilan du Québec à cet égard est le pire au pays, et il laisse une trace indélébile dans notre mémoire collective.

Comme je l'ai exprimé dans le contexte de notre rapport préliminaire, je demeure persuadée que la principale responsabilité à l'égard de cette tragédie repose sur un échec collectif qui précède l'apparition de la COVID-19. Certes, des erreurs ont été commises pendant cette crise. La réalité est que le Québec n'était pas préparé à faire face à une épidémie, encore moins à une pandémie. Les milieux d'hébergement pour personnes âgées étaient déjà plus que vulnérables, la gestion des ressources humaines dans le réseau était défaillante, et c'est sans mentionner les lacunes des systèmes d'information en appui aux décisions. Nous le savions depuis très longtemps, et nous n'avons pas mis les efforts requis pour corriger ces situations.

Ce n'est pas la première fois qu'un acteur alerte le gouvernement sur la nécessité de corriger les lacunes du système et dénonce l'inertie à leur égard. Les conséquences de la première vague auraient été différentes si les enjeux soulevés antérieurement dans de nombreux rapports de commissions et d'experts avaient été résolus. Cette crise est donc un signal fort que nous ne pouvons plus remettre à plus tard les décisions devant mener aux évolutions importantes qui s'imposent.

Les orientations et les recommandations formulées dans ce rapport visent la réalisation d'une transformation profonde du système québécois de santé et de services sociaux afin qu'il réponde mieux aux besoins de la population. Sa première partie propose de renforcer le rôle stratégique de la santé publique. Sa seconde partie démontre la nécessité de réorienter la gouvernance du système vers des résultats qui comptent pour les gens.



Pour y arriver, nous devons tous démontrer, dans un esprit de respect et de collaboration, de la créativité et du courage pour opérer le changement de culture requis. C'est ainsi que nous éviterons qu'une telle catastrophe ne se reproduise. Le succès avec lequel le Québec est passé de bon dernier dans la gestion de la première vague de la pandémie au peloton de tête lors des vagues subséquentes démontre bien que nous en sommes capables.

Nous avons le devoir de faire autrement. Nous le devons à la mémoire de toutes les victimes et à ceux et celles qui se battent courageusement au quotidien pour endiguer la crise.

Je termine, en remerciant sincèrement les quelque 150 personnes — élus, dirigeants, intervenants — qui nous ont rencontrés en toute transparence pour partager leur vécu et leur expérience en lien avec la première vague. Merci également aux nombreux collaborateurs et experts pour leurs précieux conseils et leur travail de grande qualité. Je tiens aussi à souligner la collaboration de l'organisation du MSSS, qui a travaillé très fort pour mettre à notre disposition ses données et sa documentation, alors qu'elle était aux prises avec une pandémie à gérer. Enfin, je souhaite exprimer mon immense reconnaissance aux membres du comité de pilotage, qui a guidé la réalisation de ces travaux, ainsi qu'à mon équipe pour son travail remarquable et acharné, malgré les obstacles rencontrés.



Joanne Castonguay

Commissaire à la santé et au bien-être

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ACSP	Association canadienne de santé publique
CHSLD	centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	centre hospitalier universitaire
CINQ	Comité sur les infections nosocomiales du Québec
CISSS	centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
COR	Commissions et organismes régionaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DGAPA	Direction générale des aînés et des proches aidants
DGAUMIP	Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques
DGSP	Direction générale de la santé publique
DNSP	directeur national de santé publique
DRSP	directeur régional de santé publique
DSP	directeur des services professionnels
ÉPI	équipement de protection individuelle
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
LCSBE	<i>Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être</i>
LINESSS	<i>Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux</i>
LMSSS	<i>Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
LMRSSS	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i>
LSP	<i>Loi sur la santé publique</i>
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MSP	Ministère de la Sécurité publique

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAB	préposé(e) aux bénéficiaires
PCI	prévention et contrôle des infections
PNSP	Programme national de santé publique
RI	ressource intermédiaire
RPA	résidence privée pour aînés
RTF	ressource de type familial
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SAC	Services aux Autochtones Canada
SAPA	soutien à l'autonomie des personnes âgées

PRINCIPAUX MESSAGES POUR LES DÉCIDEURS

En août 2020, le gouvernement du Québec a confié au Commissaire à la santé et au bien-être le mandat d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux à l'égard de la prestation des services de santé et des services sociaux, y compris les interventions en matière de santé publique, effectuées en situation d'état d'urgence sanitaire vu la pandémie de la COVID-19.

Cette première partie de notre rapport final porte sur la gestion du système de santé en contexte de crise lors de la première vague pandémique. Le CSBE résume ici ce qui s'est passé, pourquoi cela s'est passé et comment éviter que cela se passe à nouveau.

Que s'est-il passé?

- Au cours de la première vague, 5 718 décès sont survenus au Québec. De ceux-ci, 64,3 %, soit 3 675 décès, ont été constatés en CHSLD, alors que les personnes qui y résident ne représentent que 0,49 % de la population québécoise. Au cours de la même période, le nombre de décès a été de 944 en résidence privée pour aînés (RPA) et de 217 dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). C'est donc 40 % des résidents de CHSLD infectés qui sont décédés, alors que ce taux était de 25 % dans les RPA, de 23 % dans les RI-RTF et de 2,2 % dans la population en général.
- Malgré l'expérience de crises antérieures, le Québec ne s'était pas bien préparé pour affronter une crise sanitaire. Au moment de la déclaration d'état d'urgence sanitaire, le 13 mars 2020 (Décret 77-2020), la mise en place des mesures s'est déployée avec un plan de lutte qui n'était pas adapté à la gestion d'une pandémie.
- La surveillance active des risques sanitaires n'a pas suscité le déclenchement en temps opportun d'une réponse à la crise permettant de minimiser l'impact de la pandémie et de protéger les personnes les plus susceptibles d'en souffrir.
- Malgré les dispositions de la *Loi sur la santé publique*, du Programme national de santé publique, du Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza et de son annexe COVID-19, les responsables de la santé publique et les responsables de la sécurité civile n'ont pu jouer pleinement les rôles qui leur étaient dévolus.
- Le retard dans l'intégration des preuves sur la propagation asymptomatique du virus, la prise en compte insuffisante de la vulnérabilité des personnes âgées au SARS-CoV-2 ainsi que les lacunes des systèmes d'information et des projections épidémiologiques ont mené à des directives initiales qui étaient mal adaptées aux risques sanitaires.
- La transmission communautaire du virus et la mobilité du personnel ont favorisé la propagation de l'infection dans les milieux de vie pour aînés, principalement en région métropolitaine. Les aînés ont manqué de soins médicaux sur place et, en vertu d'une directive ministérielle, n'ont pas été transférés pour des soins en milieu hospitalier, ce qui a conduit à un taux de décès très élevé chez les résidents atteints de la COVID-19.
- L'interdiction de toute visite de proches aidants dans les milieux de vie a conduit à l'isolement des résidents pendant des mois, avec des conséquences néfastes sur leur santé et leur bien-être et ce, même dans les régions qui avaient peu ou pas de cas.
- Les dirigeants des établissements n'avaient pas la marge de manœuvre requise pour adapter les directives émises centralement lorsque celles-ci n'étaient pas adaptées à leur réalité épidémiologique ou à leurs contextes particuliers.

- La population a collaboré de façon exemplaire aux directives de santé publique, grâce, en partie, aux activités de communication assidues des autorités gouvernementales.
- Il y a eu un dévouement exceptionnel de la grande majorité des intervenants auprès des personnes âgées hébergées, ainsi que de la part des équipes de santé publique.

Pourquoi est-ce arrivé?

- Le Québec est l'un des États qui dépensent le moins per capita en santé publique. Contrairement aux autres provinces canadiennes, le Québec a vu sa part de ces dépenses ainsi que son montant per capita diminuer de 2010 à 2019. Le Québec est ainsi entré dans la pandémie avec des équipes réduites en santé publique.
- Les modes de gouvernance du réseau n'ont pas permis aux responsables de santé publique d'exercer le leadership inscrit dans leur mandat légal.
- L'évaluation des études scientifiques effectuée par le CSBE démontre que le succès d'une gestion de crise sanitaire repose sur six principaux facteurs de réussite, soit : 1) plan d'urgence à jour et mis à l'essai; 2) leadership fort et définition claire des rôles et responsabilités; 3) leadership inclusif; 4) communication cohérente et transparente; 5) capacité d'action; 6) interventions fluides en temps opportun.
- Considérant l'application de ces facteurs de réussite lors de la première vague de la pandémie, le CSBE formule plusieurs constats. Parmi ceux-ci, soulignons :
 - L'absence d'un plan de pandémie à jour, mis à l'essai périodiquement et adapté à tous les milieux, y compris les milieux d'hébergement pour personnes âgées;
 - Les rôles et responsabilités de chacun des acteurs, particulièrement ceux qui sont impliqués dans la chaîne de commandement, étaient mal définis dans le plan pandémique de 2006 (y compris l'annexe COVID-19), générant une confusion quant à ces rôles et responsabilités dans le cadre de la réponse à la crise sanitaire;
 - Une méconnaissance du rôle de leadership qui incombe aux responsables de la santé publique (tant au niveau national que régional) en contexte de pandémie;
 - Un manque de transparence dans l'élaboration des directives ministérielles;
 - La sous-représentation de la réalité des milieux de vie et des besoins des personnes âgées, découlant de l'absence d'experts en la matière au sein du comité central ministériel, lesquels auraient contribué à une prise de décision éclairée;
 - Le faible recours aux scientifiques et aux experts œuvrant à l'extérieur du système institutionnel de santé publique;
 - Une planification déficiente des réserves d'ÉPI pour faire face à une pandémie par la structure de sécurité civile centrale;
 - L'absence d'outils informatisés intégrés permettant l'accès aux données nécessaires à une gestion efficace de la pandémie;
 - Un manque d'agilité des organismes publics ne disposant pas d'un processus décisionnel adapté à la complexité du contexte d'urgence;
 - Un recours limité au principe de précaution par les autorités de santé publique afin de réduire les risques à des moments où des avis scientifiques n'étaient pas disponibles.

- Certains de ces constats avaient été faits à la suite de la pandémie de grippe H1N1 de 2009 et avaient fait l'objet de recommandations, en 2012, par la Direction de l'évaluation du MSSS. À la lumière des consultations et de l'expérience de la présente pandémie, il appert que les conclusions de ce rapport n'ont pas été intégrées aux pratiques du MSSS.

Comment éviter que cela se passe à nouveau ?

Le présent rapport contient trois recommandations qui visent à améliorer la préparation aux crises sanitaires, à faire évoluer la place de la santé publique dans les stratégies d'amélioration du système de santé et à accroître la transparence et l'imputabilité. Des actions précises sont mises de l'avant et les instances responsables sont dument identifiées.

1. En vue d'améliorer la performance du système de santé et des services sociaux dans la gestion de crise sanitaire, le CSBE recommande de :

PRÉVOIR DES INVESTISSEMENTS DANS LA SURVEILLANCE, LA PRÉPARATION ET LA MISE À L'ESSAI PÉRIODIQUE D'UN PLAN DE GESTION DE CRISE

CECI IMPLIQUE QUE :

- A) LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, élabore une Stratégie nationale intégrée de préparation aux risques sanitaires et aux maladies infectieuses, en collaboration avec le directeur national de santé publique et les différentes parties prenantes. Cette Stratégie nationale devrait être approuvée par le Gouvernement et inclure :
 - a. La formalisation d'un mécanisme de vigie en vue de procéder à une analyse des risques en continu, la mobilisation des expertises scientifiques intersectorielles pertinentes (*task force*) sous la direction du directeur national, et la prise en compte des enjeux qu'ils posent pour le système de santé et services sociaux et ses interdépendances avec d'autres systèmes pour le bon fonctionnement de la société québécoise;
 - b. L'élaboration d'un plan de gestion de crise sanitaire qui :
 - définit la « chaîne de commandement » en précisant les rôles, les responsabilités et les fonctions de l'ensemble des acteurs, dont ceux de la sécurité civile, de la santé publique aux niveaux national et régional et celui des dirigeants des établissements de santé et services sociaux;
 - prévoit la création d'une cellule de gestion de crise au sein du MSSS sous la direction du directeur national, un processus de concertation clairement établi au sein du ministère et le recours à des experts désignés en éthique;
 - prévoit un processus décisionnel d'urgence qui inclut les instances susceptibles d'être sollicitées, dont l'INSPQ, l'INESSS, l'Office des professions du Québec, les Premières Nations du Québec et les Inuits;
 - précise les modalités de déploiement et d'encadrement du dépistage, notamment en définissant les rôles et responsabilités des différents acteurs concernés (services professionnels, laboratoires, directions régionales de santé publique) et en identifiant les laboratoires pouvant être réquisitionnés en cas de crise sanitaire ainsi que les modalités d'accès aux résultats des tests et l'interopérabilité des systèmes informatiques;

- précise les adaptations essentielles pour répondre aux singularités administratives, politiques, juridiques, identitaires et linguistiques des Premières Nations et des Inuits;
 - est élaboré en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés (du système de santé et de services sociaux, y compris les Premières Nations du Québec et les Inuits, et des experts en éthique) ou susceptibles d'être touchés (par exemple, des représentants d'usagers du réseau, de milieux de vie, de ressources autochtones, de municipalités, d'organismes communautaires et des autres ministères);
 - est public, diffusé et facilement accessible, tant pour les décideurs, les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires que le citoyen;
 - doit être mis à jour aux trois ans.
- c. La mise à l'essai annuelle du plan de gestion de crise sanitaire par les acteurs de santé publique, de sécurité civile et tous les autres acteurs du réseau de la santé chargés de la planification et de la coordination des actions en cas de crise sanitaire, non seulement en milieu hospitalier, mais aussi dans tout milieu de vie offrant des soins et des services de santé et autres milieux pertinents. Cette mise à l'essai devrait faire l'objet d'une confirmation annuelle, auprès du ministre, par le directeur national;
- d. L'élaboration de directives applicables au secteur des approvisionnements au MSSS assurant i) une réserve d'ÉPI en vue d'une pandémie; ii) la mise en place d'un processus contractuel d'approvisionnement en matériel médical et de protection (notamment en ÉPI) qui s'intègre dans une saine gestion de risques; et iii) la révision des contrats conclus avec les fournisseurs afin que ces contrats comprennent des clauses qui permettent d'anticiper les actions en contexte de crise sanitaire. Le CSBE encourage la collaboration avec les fournisseurs privés afin d'examiner les options les plus réalistes à ce sujet;
- e. Des principes directeurs encadrant la prise de décision, y compris le recours au principe de précaution lorsque les preuves scientifiques sont lacunaires ou que les avis scientifiques ne sont pas encore disponibles.
- B) LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX rend compte périodiquement au gouvernement des résultats d'une évaluation indépendante de la Stratégie nationale intégrée de préparation aux risques sanitaires et aux maladies infectieuses.

2. En vue d'améliorer la performance du système de santé et de services sociaux, le csbe recommande de :

PLACER LA SANTÉ PUBLIQUE AU CŒUR DES STRATÉGIES PRIORITAIRES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CECI IMPLIQUE QUE :

- C) LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX mandate un groupe de travail afin de mener un chantier de réflexion stratégique sur l'évolution souhaitable de la mission de santé publique face aux grands enjeux de société, notamment en ce qui concerne le rôle de l'État, des milieux d'expertises et des autres partenaires de la société civile, y compris les citoyens. Ce chantier devrait :
- préciser les enjeux stratégiques sur lesquels l'action de santé publique devrait porter en priorité d'ici 2030;
 - préciser l'évolution souhaitable de l'action de santé publique au sein du gouvernement, y compris en matière d'élaboration des politiques publiques;
 - préciser les modalités visant à renforcer le rôle des partenaires de la société civile en matière de santé publique, y compris celui des citoyens;
 - préciser le positionnement et la contribution attendus des institutions de santé publique et la manière d'optimiser les rôles respectifs des acteurs et, plus largement, de leur positionnement et de leur interaction avec le gouvernement;
 - préciser l'évolution souhaitable des infrastructures informationnelles permettant d'assurer l'accès aux données nécessaires à l'exercice du mandat de santé publique;
 - comprendre des recommandations sur l'évolution du rôle du directeur national, notamment en ce qui concerne les dimensions professionnelle, administrative et politique de son rôle, et ce, afin de lui conférer l'indépendance et l'influence nécessaires à la réponse aux enjeux contemporains en matière d'amélioration, de surveillance, de prévention et de protection de la santé.
- D) LE GOUVERNEMENT rehausse les capacités du système de santé publique, ses ressources humaines, informationnelles et financières à la hauteur des besoins et des résultats visés, à un niveau minimalement comparable à ce qui est observé ailleurs au Canada et à l'international. Il devrait, plus précisément :
- prévoir des cibles prioritaires et mesurables en matière de protection et d'amélioration de la santé de la population avec une attention particulière aux personnes vulnérables;
 - assurer un budget annuel exclusif et sécurisé de façon à investir dans les activités de promotion, de prévention, de protection, de surveillance, d'évaluation et de recherche en santé publique;
 - prévoir la possibilité de reporter un budget annuel non utilisé sur une période de trois ans (possibilité de revenu reporté) pour soutenir la programmation à moyen et à long terme nécessaire aux activités de santé publique;
 - assurer l'accès aux ressources informationnelles intégrées et contemporaines et aux données qui permettent aux acteurs de la santé publique d'anticiper l'arrivée d'une pandémie, de mesurer autant que possible son ampleur et de mieux saisir l'état de santé de la population ainsi que les vulnérabilités du système de santé;

- renforcer les collaborations avec les chercheurs universitaires, notamment par un accès facilité aux données, afin de mieux préparer le système pour une prochaine pandémie.
- E) LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX mette en œuvre un plan d'amélioration de la prévention et du contrôle de la PCI. Ceci implique que le ministre :
- établisse et maintienne à jour des normes nationales de PCI et qu'il voit à leur mise en application dans tous les milieux sous la responsabilité du MSSS, lesquelles devraient s'inscrire dans le programme national de santé publique;
 - établisse, en collaboration avec les ordres professionnels, associations et regroupements, un mécanisme de certification des compétences en PCI des professionnels et des intervenants dans les différents milieux;
 - confie aux réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) le mandat de partager les meilleures pratiques organisationnelles en matière de PCI avec les établissements de leur territoire.

3. En vue d'améliorer la confiance du public et la performance des interventions en santé publique, le csbe recommande de :

DÉVELOPPER UNE CULTURE DE TRANSPARENCE EN MATIÈRE DE POLITIQUES ET DÉCISIONS RELATIVES À LA SANTÉ DES POPULATIONS

CECI IMPLIQUE QUE :

- F) LE DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE puisse rendre publics ses avis et recommandations, ainsi que leurs principales justifications;
- G) LE GOUVERNEMENT prévoie un processus qui permet la transparence des avis et recommandations provenant du directeur national et des experts de la santé publique;
- H) LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC confie au directeur national de santé publique le mandat de rendre compte annuellement des résultats de ses réalisations découlant des recommandations qui précèdent, et plus particulièrement :
- de l'analyse continue des risques;
 - des processus et services de vigie et de dépistage;
 - de l'application des normes nationales en PCI et du plan de rehaussement des normes actuelles;
 - des résultats des grandes initiatives entreprises par le gouvernement pour améliorer et protéger l'état de santé de la population;
 - du développement des compétences et des partenariats scientifiques du système de santé publique.

INTRODUCTION

Les étagères des archives de l'ONU et des capitales nationales sont remplies de rapports et d'études sur les précédentes crises sanitaires. Si les avertissements qu'ils contiennent avaient été pris en compte, nous aurions évité la situation catastrophique dans laquelle nous sommes aujourd'hui. La fois prochaine, les choses devront être différentes. Ellen Johnson Sirleaf, coprésidente de l'Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response de l'OMS (2021).

La pandémie a mis à l'épreuve les systèmes de santé et les gouvernements de plusieurs États. Même si certains pays (dont Taïwan, la Nouvelle-Zélande et la Corée du Sud) ont connu une gestion plus efficace de la première vague de la pandémie et limité rapidement les dommages qui en ont résulté, plusieurs pays à haut revenu ont été considérés comme affectés ou très affectés par la pandémie (Pittet, Boone, Moulin, Briet, et Parneix, 2021). En date du 30 juillet 2021, on rapportait 196 754 624 cas et 4 198 964 décès à l'échelle mondiale (Center for Systems Science and Engineering, 2021). À lui seul, le Canada comptait, en date du 29 juillet 2021, 1 429 577 cas de COVID-19 et 26 575 décès attribués à cette maladie (Gouvernement du Canada, 29 juillet 2021). Au Québec, on observe 377 172 cas rapportés de COVID-19 et 11 240 décès à cette même date (Gouvernement du Québec, 29 juillet 2021).

L'analyse de la réponse des gouvernements et des systèmes de santé à la pandémie reste partielle et exigera des études plus approfondies. Il n'en demeure pas moins que plusieurs rapports ont mis en lumière les lacunes et les bons coups dans la gestion de la propagation du virus et de l'évolution de la pandémie. En voici quelques exemples.

L'éditeur en chef du *Lancet*, Dr Richard Horton, a publié *The COVID-19 Catastrophe : What's Gone Wrong and How to Stop It Happening Again*, ouvrage dans lequel il qualifie la réponse à la pandémie d'échec inégalé et global sur le plan des politiques publiques. Il décline cet échec en six dimensions qui, réunies, ont mené à une réponse tardive et inadéquate à la pandémie :

1. l'échec des conseils techniques;
2. l'échec du processus politique après avoir reçu des conseils de scientifiques;
3. l'échec flagrant du leadership politique : incapacité à établir la confiance dans la population et à agir de manière décisive;
4. l'échec catastrophique de la préparation, du processus d'acquisition de fournitures et d'équipement de protection individuelle (ÉPI), de l'établissement des capacités clinique et diagnostique de surtension nécessaire et pour protéger les travailleurs de la santé;
5. l'échec de la mise en œuvre;
6. l'échec de communication : trop peu, trop tard.

Le rapport de l'Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), intitulé *COVID-19 : Making It the Last Pandemic*, souligne l'importance d'intervenir rapidement en situation de crise sanitaire, de disposer des préparatifs nécessaires et de développer les capacités requises pour faire face à une pandémie et réagir en fonction de son évolution.

Le rapport sur la gestion de la crise sanitaire en France (Pittet et al., 2021) fait aussi état de réactions tardives à la pandémie et de stratégies de gestion du déconfinement n'ayant pas réussi à contenir suffisamment la transmission du virus.

Dans ce rapport, le CSBE porte une attention particulière au rôle des différents acteurs impliqués dans la gestion de cette pandémie, ce qui comprend, nécessairement, les intervenants en santé publique. Plus précisément, nous tentons d'évaluer si, dès le début de la pandémie, notre système de santé disposait des facteurs de réussite d'une gestion de crise sanitaire. Pour les fins du présent rapport, nous identifions les six facteurs suivants : 1) plan d'urgence à jour et mis à l'essai; 2) leadership fort et définition claire des rôles et responsabilités; 3) leadership inclusif; 4) communication cohérente et transparente; 5) capacité d'action; 6) interventions fluides en temps opportun.

Au-delà de ces facteurs, notons que la littérature est claire sur le fait que la réussite d'un État dans un contexte de gestion de crise sanitaire sera aussi fortement liée à, d'une part, la santé de sa population et, d'autre part, à la « santé » de son système de santé, qui le prépareront à « encaisser » le coup d'une pandémie. Nous soulignons, par ailleurs, que la sécurité des travailleurs pendant la pandémie ainsi que l'analyse des actions de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) qui, souvent, ont été réalisées de concert avec les intervenants en santé publique, ne sont pas abordées dans le présent rapport, bien qu'elles aient pu avoir, nous le reconnaissons, une influence souvent positive sur la gestion de la première vague de la pandémie.

Dans le cadre de son mandat, le CSBE a constaté qu'en début de pandémie, certaines décisions ont été prises à la hâte dans un contexte de préparation insuffisante. De même, comme nous le verrons dans ce rapport, la négligence de certains aspects de la gestion de la pandémie est attribuable à la centralisation des décisions de même qu'à la focalisation sur les opérations médico-hospitalières.

La contribution des instances de santé publique a été déterminante dans la conduite de la gestion de la pandémie. Il nous paraissait donc nécessaire de lui consacrer entièrement la première partie de notre rapport final et d'ainsi porter un regard approfondi sur ce système lui-même configuré à l'intérieur du grand système de santé et services sociaux. Nos recommandations dans cette première partie du rapport final portent sur la présence des facteurs de réussites quant à la gestion d'une crise sanitaire et l'élimination des vulnérabilités du système de santé publique du Québec en vue de mieux répondre aux défis posés par les prochaines pandémies ou crises sanitaires.

1. MÉTHODOLOGIE

L'approche méthodologique employée dans le présent rapport varie en fonction des quatre principales sections : portraits, analyse de l'expérience de la population et des intervenants, analyse documentaire, constats et recommandations.

Les portraits ont été réalisés en fonction d'une analyse de données produites par diverses instances, de la législation en vigueur au moment de la rédaction du présent rapport et de la littérature grise.

L'expérience de plus de 150 intervenants a été colligée (à partir de 104 entrevues semi-dirigées) réalisées par le CSBE auprès d'acteurs au cœur de la gestion du système pendant la crise sanitaire de la COVID-19, dont des gestionnaires du réseau et du MSSS, des représentants d'associations professionnelles et d'ordres professionnels, des membres de syndicats, des membres de regroupement, des experts et des décideurs, anciens ou présents. Le CSBE a, par

ailleurs, rencontré près de 14 représentants issus de différentes nations et organisations des Premières Nations du Québec afin de mieux cerner certains enjeux propres à celles-ci qui ont découlé de la première vague de la pandémie pour les Premières Nations du Québec.

Afin d'avoir un portrait plus exhaustif de la situation et de mettre en perspective la portée des résultats des consultations pour la gouvernance et l'organisation de la santé publique au Québec, le CSBE a mandaté une équipe de recherche pour faire l'analyse des organisations de santé publique dans cinq provinces canadiennes (CSBE 2021, Champagne, Denis, Allin et Smith) et consulter la littérature scientifique sur la gouvernance en santé publique. L'objectif n'était pas de réaliser une revue systématique de cette littérature, mais bien de mobiliser des travaux récents et pertinents susceptibles d'informer les orientations proposées par le CSBE.

Enfin, une consultation auprès d'un panel d'experts en santé publique a également été réalisée en septembre 2021 afin de valider la première ébauche de ce rapport. Leurs commentaires et suggestions ont été pris en compte afin d'enrichir le contenu du rapport.

2. PORTRAITS DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC

Cette partie présente d'abord de courts portraits descriptifs du système de santé publique qui résument son organisation, sa gouvernance, le financement de ses dépenses et la planification de ses activités en cas de crise sanitaire. Enfin, un dernier portrait présente également la chronologie des principaux événements permettant de mieux évaluer la gestion de la pandémie par le gouvernement et ses impacts sur les personnes âgées hébergées dans les milieux de vie. Plus de détails seront fournis dans les documents de références qui seront publiés par le CSBE dans les prochains mois.

2.1. Portrait de l'organisation et de la gouvernance du système de santé publique au québec

L'expression «système de santé publique» désigne l'ensemble des acteurs et organisations, tant au niveau national que régional, qui interviennent dans la réalisation des quatre fonctions essentielles de la santé publique.

Le CSBE considère ici les acteurs du système de santé publique, c'est-à-dire ceux relevant de l'autorité formelle du ministre, à l'exclusion des organismes autonomes des milieux communautaire ou associatif. Au cœur de ce système de santé publique se retrouvent les autorités de santé publique qui ont le mandat légal d'exercer les fonctions de leadership formel en santé publique, nommément le ministre, le directeur national de santé publique (ci-après, «directeur national») et les directeurs régionaux de santé publique. Ces derniers portent une double imputabilité, puisqu'ils relèvent des PDG des CISSS/CIUSSS où ils exercent leur rôle administratif, et du directeur national dans leur rôle professionnel.

Bien que le rôle du gouvernement fédéral soit pertinent dans le contexte d'une pandémie, notamment en ce qui concerne les frontières, les mesures de quarantaine ou encore la vigie internationale, nous nous intéressons ici exclusivement au rôle du système québécois de santé publique, conformément au mandat confié au CSBE par le gouvernement. Ce portrait présente donc le rôle du système de santé publique du Québec, les principaux acteurs qui exécutent ce rôle ainsi que leurs responsabilités respectives et les différents paliers de gouvernance.

2.1.1. Rôle du système de santé publique

Au Québec, les actions en santé publique ont «pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général» (*Loi sur la santé publique*, art. 1).

Conformément à la *Loi sur la santé publique* (ci-après, «LSP») et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après, «LSSSS»), les acteurs de santé publique exercent quatre fonctions distinctes pour remplir leur rôle, soit 1) la surveillance continue de l'état de santé de la population, 2) la promotion de mesures visant l'amélioration de l'état de santé de la population, 3) la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population, et 4) la protection de la santé de la population¹ (MSSS, 2015). Pour ce faire, les acteurs de santé publique sont investis de plusieurs pouvoirs et responsabilités qui sont accrus lors d'une déclaration d'état d'urgence sanitaire.

2.1.2. Acteurs en santé publique au Québec

Il existe plusieurs acteurs de santé publique au Québec. Certains de ces acteurs sont qualifiés d'«autorités de santé publique» en raison des pouvoirs légaux que leur confère la loi. Au palier national, il s'agit du ministre de la Santé et des Services sociaux et du directeur national de santé publique, et au palier régional, des directeurs régionaux de santé publique. Le principal lien de communication entre ces acteurs est la Table de concertation nationale en santé publique, où siègent les 18 directeurs régionaux, le directeur national et des représentants de l'INSPQ; le ministre n'y est pas.

Le palier national

Le ministre de la Santé et des Services sociaux (ci-après, «le ministre»), à titre de responsable de l'administration du MSSS, est responsable d'assurer la protection et l'amélioration de la santé de la population. Le ministre assure par ailleurs la coordination des actions de santé publique et la concertation avec différents acteurs, dont l'INSPQ.

Le ministre doit également mettre au point le Programme national de santé publique (PNSP); il est responsable de l'actualisation et de l'évaluation des résultats de ce programme. Il doit, en outre, être consulté pour tout projet de loi ou de règlement ayant un impact important sur la santé de la population. Le ministre est le conseiller du gouvernement en matière de santé publique.

Le directeur national de santé publique est nommé par le gouvernement pour assister et conseiller le ministre et le sous-ministre du MSSS dans leurs fonctions liées à la santé publique. Il doit être un médecin titulaire d'un certificat de spécialiste en santé communautaire. Le directeur national de santé publique cumule par ailleurs les fonctions de sous-ministre adjoint et de directeur de la DGSP, conférant à ce poste un rôle à la fois administratif et scientifique.

En cas de déclaration d'état d'urgence sanitaire, il est prévu que le directeur national de santé publique assiste le ministre. Ce faisant, il doit s'assurer 1) de «la coordination des interventions et de la cohérence des messages de santé publique» entre le directeur national de santé publique, les directeurs régionaux de santé publique et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), et 2) de «la cohérence des interventions et des messages avec les autres directions du MSSS» (MSSS, 2019).

¹ Dans la littérature, certains auteurs font mention de trois fonctions puisqu'ils regroupent en une seule fonction la promotion de la santé et la prévention des maladies.

La fonction de directeur national de santé publique au Québec est de type «*Loyal Executive*» (Fafard, McNena, Susek, et Hoffman, 2018), soit un rôle typique de fonctionnaire qui consiste à «soutenir et conseiller le ministre et le gouvernement en général, et concevoir et exécuter les fonctions de santé publique du gouvernement» (Fafard et al., 2018). Dans ce type de modèle, que l'on retrouve aussi en Alberta et en Nouvelle-Écosse, le directeur national de santé publique (ou le médecin-hygiéniste en chef) n'a généralement pas l'indépendance requise pour informer de son propre chef le public; comme haut fonctionnaire, il est soumis à l'autorité administrative de son ministre et de son sous-ministre (Fafard et al., 2018).

Le palier régional

Les directeurs régionaux de santé publique sont à la tête de la direction de santé publique du CISSS/CIUSSS de leurs régions respectives. À Montréal, en Montérégie et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, soit les régions où il y a plus d'un CISSS/CIUSSS, les directeurs régionaux de santé publique sont affectés à un seul établissement, soit celui qui est responsable de la mission régionale de santé publique pour l'ensemble de la région. Le cas échéant, les directeurs régionaux doivent coordonner les activités de santé publique avec les autres CIUSSS/CIUSSS de leurs territoires respectifs, lesquels peuvent compter des équipes de santé publique qui relèvent du directeur régional.

Les directeurs régionaux de santé publique doivent mettre sur pied un plan d'action régional de santé publique et s'acquitter de la responsabilité populationnelle qui leur incombe. En collaboration avec l'INSPQ, ils doivent également préparer un rapport sur l'état de santé de la population de leur région.

Il en résulte que les directeurs régionaux de santé publique, en qualité de médecins formés en santé publique et en médecine communautaire, en plus de veiller à l'application de leur expertise et à la prestation de services en santé publique, doivent assurer la gestion d'un groupe de médecins, professionnels et techniciens ayant des expertises diverses. Cette particularité est une richesse qui présente certes des avantages, mais qui s'accompagne aussi, comme nous le verrons, de certains risques d'ambiguïté des rôles lorsqu'il est question de la conduite des interventions en situation d'urgence.

Le mandat légal des directeurs régionaux de santé publique prévoit que ceux-ci doivent favoriser les actions intersectorielles et prendre des mesures pour favoriser ces actions afin de prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population. En pratique, les directeurs régionaux ont peu de liens avec les milieux cliniques, notamment en ce qui a trait au soutien aux pratiques préventives ou à la promotion de la santé individuelle.

Sur le plan administratif, les directeurs régionaux de santé publique relèvent de la direction du CISSS/CIUSSS de leurs régions respectives. Ce positionnement dans l'organisation administrative des CISSS/CIUSSS n'affecte pas les responsabilités qui incombent au directeur régional de santé publique, car il s'agit de responsabilités qui lui sont attribuées directement par la loi. Ainsi, il appert que les directeurs régionaux de santé publique ont une double imputabilité. D'une part, ils rendent des comptes sur le plan administratif à la direction de leur CISSS/CIUSSS, qui est notamment responsable d'accorder les ressources nécessaires et, d'autre part, ils rendent des comptes sur le plan professionnel au directeur national de santé publique et au ministre, en fonction des résultats atteints dans le cadre du PNSP et de l'exécution de leur mandat.

Les instituts et organismes en soutien à la prise de décision

L'INSPQ est le centre d'expertise de santé publique au Québec. Il fournit l'information scientifique requise aux autorités de santé publique et formule des recommandations. Lors d'une pandémie ou autre crise sanitaire, l'INSPQ est donc un acteur clé du système. L'INSPQ administre également le Laboratoire de santé publique du Québec, dont le rôle est primordial dans une crise sanitaire liée aux maladies infectieuses.

L'Institut d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) peut également, dans certaines circonstances, appuyer le MSSS dans sa mission de santé publique. Son apport vise principalement l'usage optimal des technologies et des médicaments, dont les services de dépistage. La distinction des rôles de ces deux instituts en dehors de la crise sanitaire ainsi que durant la pandémie de la COVID-19 est explicitée à l'annexe A. L'expertise de l'INSPQ et de l'INESSS peut également être complétée par celle du milieu universitaire.

Sur le plan de la santé et sécurité au travail, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) joue un rôle important non seulement dans la production scientifique, mais également dans la formulation de recommandations en santé et sécurité au travail et en santé publique, tant à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) qu'aux acteurs de santé publique. L'IRSST est financé par la CNESST. À titre d'exemple, l'IRSST a procédé à l'analyse d'ÉPI pour évaluer des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) appliquées au plus fort de la première vague, lorsque les masques N95 étaient insuffisants et ont dû être centralisés par le MSSS.

La sécurité civile

Le rôle des acteurs de sécurité civile est d'optimiser la mise en place des interventions en s'assurant de la coordination, de la collaboration et de l'efficacité de l'opération (MSSS, 2016b). Les acteurs de sécurité civile considèrent qu'ils remplissent un rôle de soutien et de coordination opérationnelle (p. ex., collaboration à l'opérationnalisation du dépistage communautaire).

Durant une pandémie, plusieurs acteurs de sécurité civile sont également impliqués dans la gestion de la crise sanitaire. Même si ceux-ci ne sont pas à proprement parler des acteurs de santé publique, ils jouent un rôle de premier plan durant une crise sanitaire comme une pandémie. Le MSSS est responsable de la mission Santé du Plan national de sécurité civile (MSSS, 2021). Cette mission Santé est composée d'un volet transversal de communication et des six volets de réponse représentés dans la figure ci-dessous. Il est à noter que l'un de ces volets porte précisément sur les risques liés à la santé publique.

Figure 1 : La mission Santé du Plan national de sécurité civile



La mission *Santé* du PNSC est constituée de six volets de réponse aux conséquences d'un sinistre :

- préhospitalier d'urgence ;
- hospitalier ;
- santé de première ligne ;
- sociosanitaire spécifique ;
- psychosocial ;
- santé publique.

Elle comprend également un volet transversal : les communications.

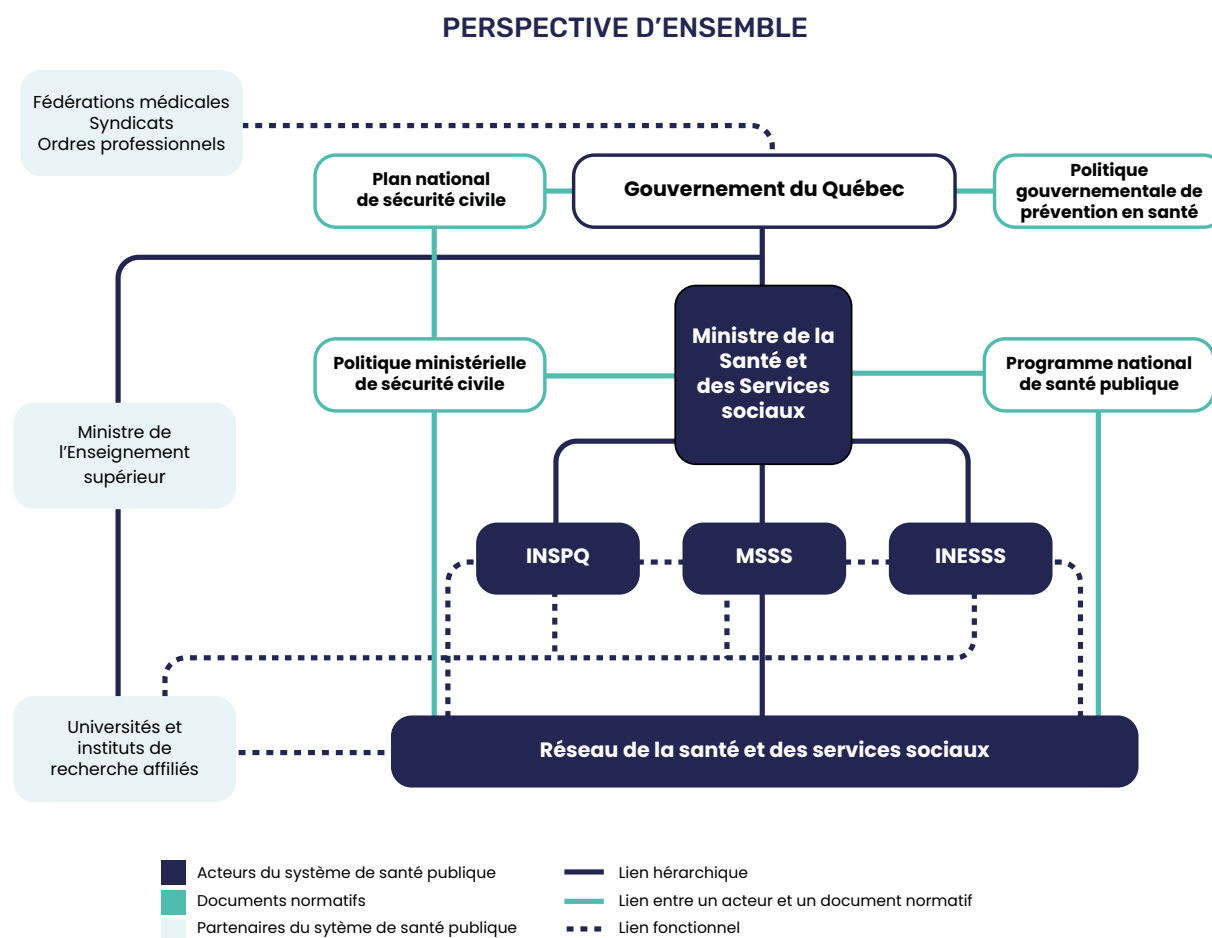
Source : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-860-16W.pdf>

Étant donné la nature des volets de la mission Santé, les acteurs de sécurité civile du MSSS doivent collaborer avec diverses directions pour s'acquitter de leur mandat, dont la direction générale de santé publique. Le MSSS s'est ainsi doté d'une structure interne de sécurité civile. La structure de sécurité civile du MSSS n'est pas utilisée seulement lors de crises sanitaires, elle est également utile lorsque le réseau de la santé est impliqué dans des situations exceptionnelles telles que des sinistres ou des catastrophes naturelles. Chaque CISSS/CIUSSS doit nommer une coordonnatrice ou un coordonnateur en sécurité civile et veiller à l'élaboration d'un plan de sécurité civile (MSSS, 2016b).

2.1.3. Vue d'ensemble des acteurs de santé publique et des paliers de gouvernance

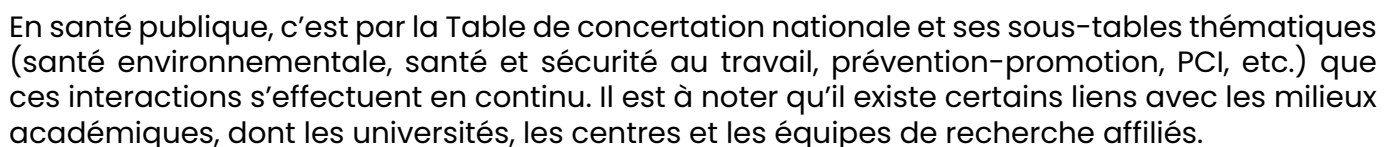
La figure 2 représente les principaux acteurs œuvrant dans la santé publique et les paliers de gouvernance dans une perspective d'ensemble et met l'accent sur la présence de liens fonctionnels au sein de ce système.

Figure 2 : Principaux acteurs œuvrant dans la santé publique et paliers de gouvernance



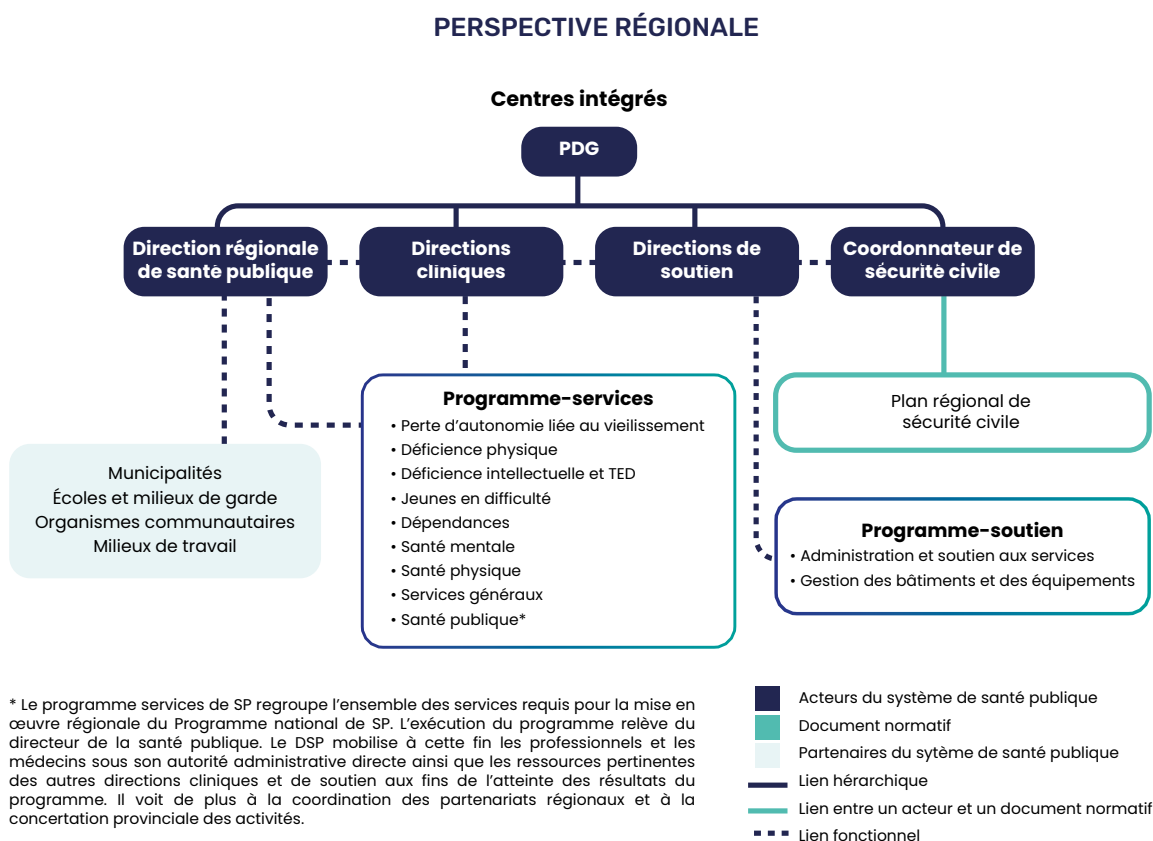
Cette perspective d'ensemble met d'abord en relief le lien entre le système de santé publique et le gouvernement du Québec à travers la *Loi sur la santé publique*, le Programme national de santé publique ainsi que la politique gouvernementale de prévention en santé. Cette politique interministérielle vise à actualiser une stratégie globale de politiques publiques favorables à la santé.

Figure 3 : Secteur de la recherche et caractère transversal de la santé publique



Au palier régional, présenté à la figure 4, ce sont les CISSS/CIUSSS qui ont juridiction. L'essentiel des contributions régionales à l'action de santé publique est inscrit au Plan d'action régional de santé publique. Les ressources des différentes missions et directions de l'établissement sont mobilisées selon les actions comprises dans ces plans. Elles peuvent bénéficier de l'expertise-conseil de la direction régionale de santé publique. C'est principalement au palier régional que se tissent les liens entre le système de santé publique et les partenaires de la société civile. Parmi ceux-ci se retrouvent notamment les organismes communautaires, les municipalités, les écoles, les milieux de garde et de travail et les milieux de vie. Les arrimages interdirections avec la direction de santé publique demeurent toutefois un défi puisqu'elles sont peu encadrées.

Figure 4 : Arrimages interdirections avec la direction de santé publique



2.2. Portrait de l'allocation des dépenses en santé publique au Québec et comparaison avec différentes régions

L'analyse suivante brosse un bref portrait des dépenses en santé publique au Québec et les compare à celles des autres provinces canadiennes² et à celles d'autres pays de l'OCDE jugés comparables³. Les données qui ont servi de base à notre analyse sont celles des *Tendances des dépenses nationales de santé (1975 à 2019, 2020)* de l'ICIS, ainsi que celles contenues dans les rapports annuels des différents ministères et organismes provinciaux responsables de la santé. De plus, les données de l'OCDE ont été utilisées pour les comparaisons internationales.

Selon l'ICIS, les dépenses en santé publique correspondent à celles engagées par les gouvernements et les organismes provinciaux, y compris les dépenses liées à des éléments tels que l'innocuité des aliments et des médicaments, les inspections de santé, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, les mesures visant à prévenir la propagation des maladies transmissibles et la santé au travail axée sur la promotion et l'amélioration de la santé et de la sécurité en milieu de travail dans les organismes publics.

Selon l'OCDE, les dépenses en soins préventifs comprennent les programmes d'information, d'éducation, de conseil, de vaccination, de détection précoce des maladies, de surveillance de l'état de santé, de surveillance épidémiologique, de contrôle des risques et des maladies et de réponse aux catastrophes et aux urgences.

2.2.1. Dépenses en santé publique au Québec et comparaisons interprovinciales

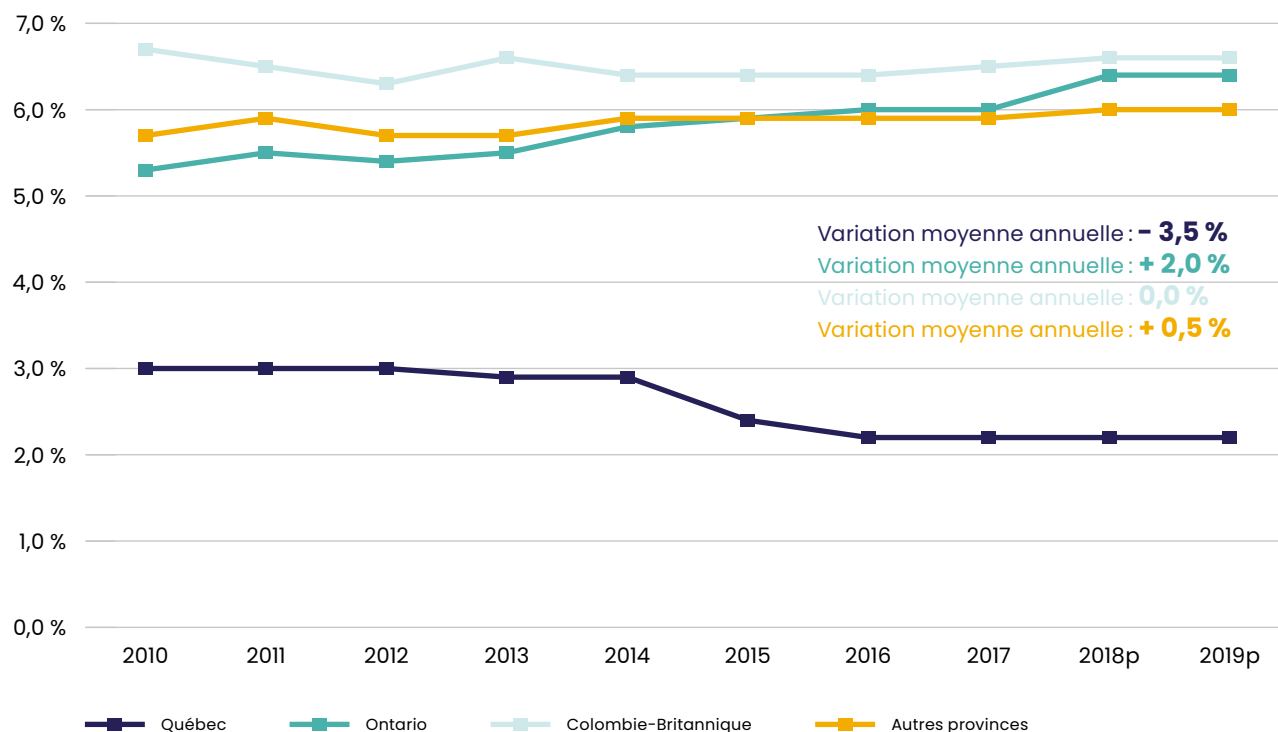
Au Québec, en 2019, les dépenses totales en santé publique étaient d'environ 1,3 milliard de dollars, ou d'environ 150 \$ per capita. Cette part des dépenses représente 2,2 % des dépenses totales en santé, qui étaient alors de 58,6 milliards de dollars.

La part des dépenses en santé publique du Québec sur les dépenses totales de santé est la plus faible des provinces canadiennes. Le Québec constitue la seule province où cette part a diminué dans le temps (variation annuelle moyenne de - 3,5 %) (figure 5).

2 Les territoires ont été exclus de l'analyse, car leurs dépenses sont peu comparables à celles des autres provinces, notamment en raison d'une démographie fort différente, des coûts de transport accrus pour accéder aux soins et aux services, de la grande dispersion des populations ainsi que des enjeux d'organisation des soins et de problèmes de santé fort différents.

3 Les pays de l'OCDE jugés comparables au Canada sont : les États-Unis, les Pays-Bas, l'Allemagne, la France, l'Australie, la Suède, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande. Ce choix repose sur celui de l'ICIS, qui juge qu'ils ont de grandes économies développées, consacrent des ressources comparables à la santé et utilisent des méthodes semblables de collecte de données.

Figure 5 : Parts des dépenses en santé publique sur les dépenses totales de santé pour le Québec et d'autres provinces canadiennes de 2010 à 2019p

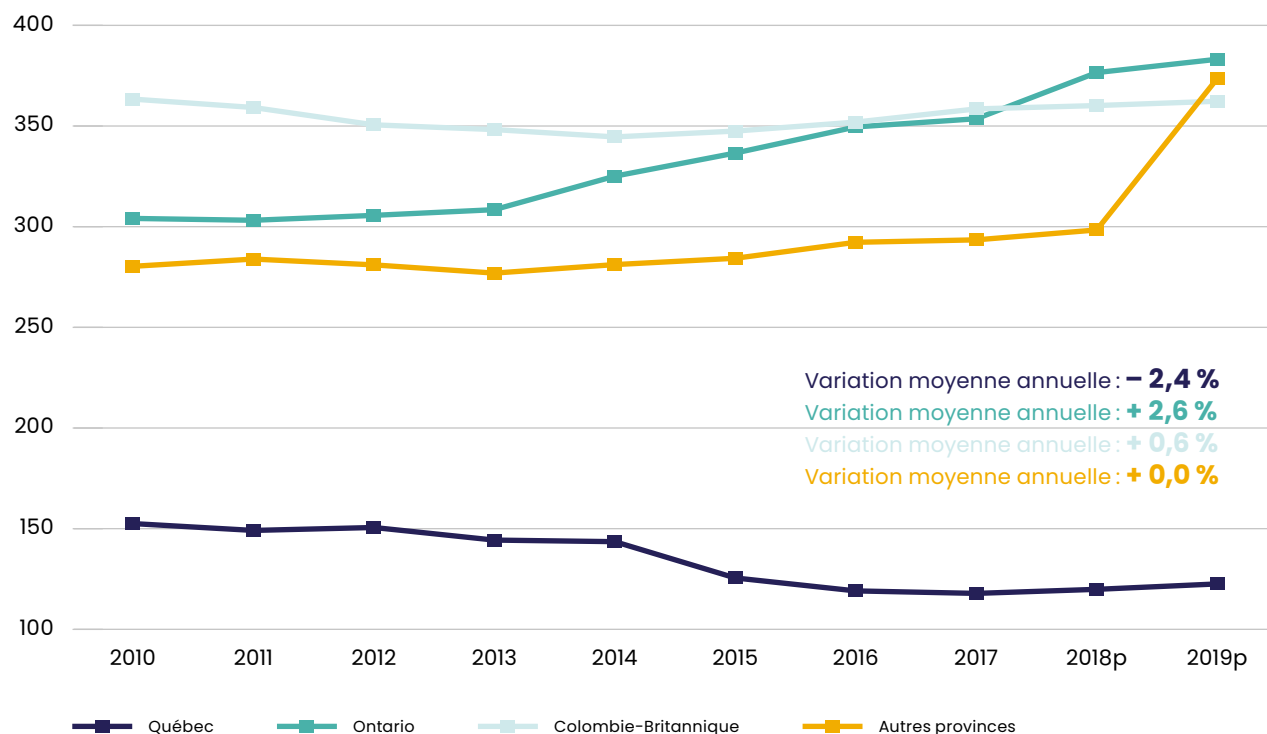


Source : Extraction des données de l'ICIS (2019), Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019 : tableaux de données

Les dépenses en santé publique per capita du Québec sont aussi les plus faibles en comparaison à celles des autres provinces canadiennes. Le Québec est la seule province qui a vu ces dépenses diminuer de 2010 à 2019p⁴ (variation annuelle moyenne de - 2,4 %) (figure 6).

4 La valeur pour l'année 2019 est une prévision, d'où le « p ».

Figure 6 : Dépenses en santé publique per capita du Québec et les autres provinces de 2010 à 2019 (en dollars constants de 2010⁵)



Source : Extraction des données de l'ICIS (2019), Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019 : tableaux de données

De plus, plusieurs études ont démontré que, depuis 2004, le taux d'augmentation du budget du Programme-service Santé publique est toujours plus faible que celui des programmes qui fournissent directement des services de santé et des services sociaux (Denis, Potvin, Rochon, Fournier et Gauvin, 2020; Fiset-Laniel, Ak'ingabe, Robert et Strumpf, 2020). En effet, entre 2004 et 2019, l'augmentation des dépenses en santé publique ajustées pour l'inflation était de 32,2 %, alors que celle de l'ensemble des programmes de services⁶ excluant la santé publique était de 62 % (Borgès Da Silva, Prud'homme, Deblois, Labadie et Strumpf, 2021). Une étude de l'INSPQ conclut par ailleurs que la réforme de 2015 a eu pour objectif de réduire le financement des directions régionales de santé publique de 30 % (INSPQ, 2019).

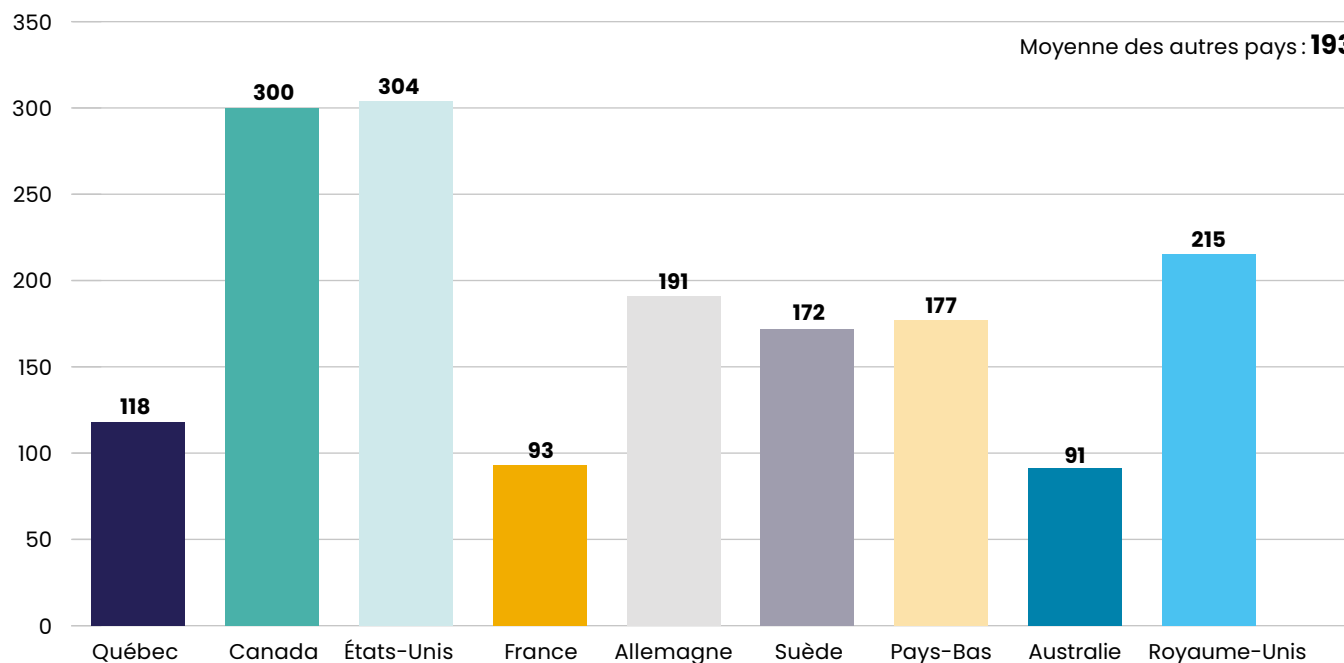
2.2.2. Comparaisons internationales des dépenses en santé publique

Notre analyse démontre qu'en 2017, le Québec dépense moins, per capita, en soins préventifs (118 \$USD PPA courante) que la moyenne des pays de l'OCDE (193 \$USD, PPA courante). Notons que les pays qui dépensent le plus sont le Royaume-Uni (215 \$USD, PPA courante), le Canada (300 \$USD, PPA courante) et les États-Unis (304 \$USD, PPA courante) (figure 7).

⁵ Le dollar constant permet de comparer dans le temps des montants qui reflètent le même pouvoir d'achat, c'est-à-dire que toute variation associée à l'inflation ou déflation est éliminée.

⁶ Ce qui correspond aux programmes de perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale, santé physique, services généraux, déficience intellectuelle et TED.

Figure 7 : Dépenses en soins préventifs per capita pour le Québec, le Canada et des pays de l'OCDE en 2017 (\$USD, PPA courante)



Source : Extraction des données de l'OCDE (2020), OCDE⁷.

2.2.3 En bref

Le Québec est l'un des États qui dépensent le moins per capita en santé publique. Contrairement aux autres provinces canadiennes, le Québec a vu sa part de ces dépenses ainsi que son montant per capita diminuer de 2010 à 2019. De plus, le financement du Programme-service Santé publique du MSSS ne représente qu'une faible proportion du budget de la santé et des services sociaux. Depuis 2004, le taux d'augmentation de ce financement demeure plus faible que celui des autres programmes de services.

Finalement, le Québec dépenserait moins, per capita, en santé publique que la moyenne des pays de l'OCDE. Comme il est mentionné, ces services comprennent des programmes d'information, de vaccination, de détection précoce des maladies, de surveillance de l'état de santé, de contrôle des risques et des maladies et de réponse aux catastrophes et aux urgences.⁸

⁷ Pour cette analyse, le CSBE a estimé ce qu'aurait été les dépenses de santé publique per capita du Québec si elle avait été calculée par l'OCDE. Pour ce faire, il a utilisé les données de l'ICIC du Québec et du Canada ainsi que les données de l'OCDE des dépenses de soins préventifs per capita en dollars courants du pays étudié et celles en parité des pouvoirs d'achat (PPA) en dollars américains (\$EU). Il a estimé les rapports de conversion entre les données de l'ICIC et celles de l'OCDE pour le Canada et il les a appliqués aux données du Québec. Les résultats du Québec découlant de cette démarche donnent un ordre de grandeur des dépenses de soins préventifs du Québec per capita et comportent des limites. Les données de l'année 2017 ont été choisies, car il y avait moins de données provisoires qu'en 2018.

⁸ Précisons toutefois que le contour des dépenses varie selon les États. Pour les comparaisons avec le Canada, par exemple, les services liés à l'innocuité des aliments et des médicaments et à l'inspection des aliments et restaurants sont pris en compte, ce qui n'est pas le cas pour le Québec.

2.3. Portrait de la planification des actions de santé publique en vue d'une crise sanitaire au Québec

Le présent portrait porte sur la planification des actions de santé publique en vue d'une crise sanitaire. Il s'intéresse donc à la préparation des acteurs de santé publique à une telle crise.

La planification des actions de santé publique s'inscrit d'abord dans le cadre juridique établi par la LSSSS et la LSP. Ensuite, d'autres instruments viennent compléter ce cadre, notamment le PNSP et la politique gouvernementale de prévention en santé.

Lors d'une déclaration d'état d'urgence sanitaire, le gouvernement et les autorités de santé publique sont investis de pouvoirs élargis. La LSP prévoit une liste d'actions que peuvent entreprendre le gouvernement ou le ministre sans formalités ni délai. Parmi ces actions, on retrouve la fermeture de tout lieu, ordonner la vaccination obligatoire ou encore l'octroi de tout contrat jugé nécessaire. La LSP prévoit également que le gouvernement ou le ministre peuvent mettre en œuvre « toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population » (LSP, art. 118).

Le PNSP prévoit, avec l'axe d'intervention 4, que les acteurs de santé publique doivent « [p]révenir les conséquences des urgences sanitaires par la détermination des risques et une préparation adéquate » (Gouvernement du Québec, 2015). Pour ce faire, le MSSS a publié différents documents au cours des dernières années qui identifient les rôles des différents acteurs, les priorités et les grandes orientations en cas de crise sanitaire :

- Le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza — Mission santé (MSSS, 2006);
- Le rapport *Maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) d'étiologie indéterminée* (MSSS, 2013);
- Le Plan d'urgence québécois sur les maladies infectieuses à surveillance extrême (MSSS, 2019).

De plus, puisque le MSSS est responsable de la mission Santé du Plan national de sécurité civile, la Politique ministérielle de sécurité civile a été adoptée (MSSS, 2016b). Le système de sécurité civile est une structure mise en place afin de prévenir les sinistres et de réagir en cas de crise qui est impliquée dans la gestion d'une crise sanitaire et lors de la préparation pour y faire face. Notons ici que les responsabilités de la mission Santé de la sécurité civile dépassent celles des acteurs de santé publique, la santé publique n'étant qu'un volet de cette mission.

Trois principaux documents organisent la structure de sécurité civile, notamment au MSSS, soit le Plan national de sécurité civile (Gouvernement du Québec, 2021), la Politique québécoise de sécurité civile 2014-2024 (MSP, 2014) et la Politique ministérielle de sécurité civile — Santé et Services sociaux (MSSS, 2016b). Cette dernière prévoit les grandes orientations et actions que doivent entreprendre le MSSS et le réseau en cas de sinistre ou crise sanitaire. Elle prévoit également que chaque CISSS/CIUSSS et établissement non fusionné doit nommer un coordonnateur en sécurité civile et veiller à l'élaboration d'un plan de sécurité civile (MSSS, 2021). Ce plan doit notamment préciser le rôle et le fonctionnement des instances de coordination, les mécanismes de coordination des actions, les modalités de gestion des ressources ainsi que les actions connues ou prévisibles relatives à chacune des dimensions de la sécurité civile (MSSS, 2016b).

La Politique ministérielle de sécurité civile — Santé et Services sociaux décrit les activités du volet Santé publique comme suit :

Tableau 1 : Activités du volet Santé publique

VOLET SANTÉ PUBLIQUE	
Vigie et surveillance	Réaliser, en lien avec un risque ou un sinistre, les activités de vigie sanitaire et de suivi épidémiologique. Poser le diagnostic sanitaire et transmettre les éléments pertinents aux partenaires concernés. Soutien possible d’une autre mission : • «Évacuation massive, réintégration et sécurité» : élaborer et fournir la liste des personnes exposées en vue du suivi épidémiologique.
Enquête épidémiologique	Réaliser une enquête épidémiologique en situation de menaces réelles ou appréhendées d’origine biologique, chimique et physique susceptibles de mettre en danger la santé de la population. Soutiens possibles d’autres missions : • «Évacuation massive, réintégration et sécurité» : assurer la prise d’échantillons environnementaux (eau, air, sol) et de matières dangereuses en zone non sécuritaire aux fins d’analyse; • «Eaux, matières dangereuses et résiduelles» : effectuer les prélèvements d’eau, d’air et de sol en zone sécuritaire, réaliser les analyses, transmettre les résultats de ces analyses, aider à effectuer l’interprétation des résultats obtenus ainsi que l’évaluation des conséquences éventuelles; • «Bioalimentaire» : recueillir et transmettre les informations pertinentes pouvant avoir un effet sur la santé de la population aux fins de surveillance de l’innocuité, pour la santé humaine et animale, des denrées disponibles par l’inspection, l’évaluation scientifique des risques et des analyses de laboratoire.
Protection	S’assurer de la mise en place des mesures nécessaires à la protection de la santé de la population. Soutiens possibles d’autres missions : • «Évacuation massive, réintégration et sécurité» : agir en cas de confinement ou d’évacuation; • «Bioalimentaire» : assurer l’inspection et la fermeture temporaire des établissements alimentaires, les saisies de produits, l’élimination de produits, l’émission d’avis de non-consommation, l’émission de mise en garde à la population, les rappels de produits et autres mesures nécessaires.

VOLET SANTÉ PUBLIQUE (suite)

Expertise
d'urgence
sanitaire

Fournir une expertise-conseil lors d'urgences en santé environnementale et en maladies infectieuses. Assurer l'accès à un réseau d'experts lors de la gestion d'épisodes complexes, fournir une assistance spécialisée dans l'investigation ou le contrôle d'une problématique particulière ainsi qu'une expertise toxicologique. Le ministre peut solliciter l'intervention prioritaire de l'INSPQ et du Centre antipoison du Québec.

Soutiens possibles d'autres missions :

- **«Eaux, matières dangereuses et résiduelles»** : recueillir et transmettre des résultats d'analyses, aider à effectuer l'interprétation des résultats obtenus ainsi que l'évaluation des conséquences éventuelles relativement à la contamination de l'eau, de l'air et du sol pouvant avoir un effet sur la santé de la population;
- **«Bioalimentaire»** : recueillir et transmettre des résultats d'analyses, aider à effectuer l'interprétation des résultats obtenus ainsi que l'évaluation des conséquences éventuelles relativement à l'innocuité alimentaire et à la santé animale pouvant avoir un effet sur la santé de la population.

Lorsqu'une crise sanitaire est appréhendée ou imminente, la structure de sécurité civile du MSSS est responsable de l'approvisionnement en ÉPI et des autres ressources matérielles nécessaires au réseau pour y faire face (Assemblée nationale du Québec, 2020). Pour ce qui de la PCI, il incombe au MSSS d'élaborer les orientations et des lignes directrices particulières adaptées au contexte de pandémie; les établissements sont alors responsables de les appliquer (MSSS, 2006).

Plusieurs autres documents et cadres de référence s'inscrivent dans la planification des actions de santé publique en vue d'une crise sanitaire, notamment en ce qui concerne la gestion des risques en santé publique. Parmi ceux-ci, nous notons :

- le cadre de référence *La gestion des risques en santé publique*, publié par l'INSPQ en 2016 (INSPQ, 2016);
- l'outil d'accompagnement de ce cadre, *La communication des risques à la santé* publié par l'INSPQ en 2018 (INSPQ, 2018);
- le *Cadre d'interprétation et de gestion des signalements en santé publique*, publié par le MSSS en 2019 (MSSS, 2019).

Finalement, il y a le Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza, qui présente la réponse gouvernementale en cas de pandémie d'influenza (Gouvernement du Québec, 2008).

2.4. Portrait de la gestion de la première vague de la pandémie

Nous présentons ici la chronologie des principales étapes de la préparation du MSSS à la pandémie de la COVID-19 dès janvier 2020, les acteurs en soutien à la prise de décision et les principaux événements (ligne du temps) qui permettent de mieux évaluer la gestion de la pandémie au Québec.

2.4.1. Préparation du MSSS à la pandémie

Selon les informations recueillies lors de nos consultations, voici les principales étapes de préparation à la pandémie au MSSS, de janvier à mars 2020⁹.

- Le 24 janvier 2020, la direction de la sécurité civile du MSSS se réunit pour discuter des étapes à venir dans la préparation de la pandémie de la COVID-19 (Assemblée nationale du Québec, 2020). C'est à compter de cette date que la structure de sécurité civile du MSSS a été activée afin de surveiller la situation et l'évolution de la pandémie à l'international.
- À compter de février 2020, le MSSS commence à préparer et planifier sa réponse à une éventuelle pandémie de la COVID-19. En raison du manque de temps, le MSSS opte pour l'actualisation du plan de lutte contre une pandémie d'influenza plutôt que pour l'élaboration d'un plan complet sur la COVID-19. Finalement, puisque le MSSS était davantage en mode intervention qu'en mode planification, ce sera une annexe consacrée à la COVID-19 qui sera ajoutée dans un plan actualisé de lutte contre la pandémie d'influenza.
- Le 21 février 2020, les équipes du MSSS constatent que les réserves d'ÉPI sont trop basses pour affronter une potentielle crise sanitaire (Assemblée nationale du Québec, 2020).
- Le 9 mars 2020, le directeur national de santé publique rencontre le premier ministre et son équipe, accompagné de la ministre de la Santé et des Services sociaux. C'est la date à laquelle la cellule de crise commence à se rencontrer régulièrement (Assemblée nationale du Québec, 2020).
- Le 13 mars 2020, l'état d'urgence sanitaire est déclaré sur le territoire québécois (Décret 77-2020).
- Une première version de l'Annexe COVID-19 a été envoyée au réseau de la santé et des services sociaux le 17 mars 2020; une seconde version est envoyée le 31 mars 2020.

9 En l'absence de documents publiés sur le sujet, il nous a été impossible de vérifier la justesse de l'ensemble de ces informations.

2.4.2. Les acteurs en soutien à la prise de décision

Afin de prendre les meilleures décisions dans les circonstances pour protéger la santé de la population, les décideurs peuvent demander des avis à différents experts. Plusieurs directives et décisions des autorités surviennent à la suite d’une recommandation ou d’un avis d’un groupe d’experts scientifiques. Les experts consultés par la santé publique et par les décideurs appartiennent à cinq grandes catégories :

- Centres d’expertise (INSPQ et INESSS);
- Comités d’experts, centres de recherche et tables sectorielles;
- Partenaires du réseau;
- MSSS (Direction générale de santé publique);
- CISSS/CIUSSS.

Notons toutefois que les décideurs ne sont pas contraints de suivre ces avis ou ces recommandations.

Dans le cadre de la gestion de la pandémie de la COVID-19, l’expertise scientifique de l’INSPQ et l’INESSS a été mise à contribution. À partir des informations rendues disponibles par le MSSS, nous distinguons les rôles de ces deux instituts pendant la pandémie dans le tableau ci-dessous (MSSS, 2020b) :

Tableau 2 : Distinction des rôles des deux instituts scientifiques pendant la pandémie de la COVID-19

INSPQ	INESSS
« En lien avec la COVID-19, le MSSS est amené à confier différents mandats à l’INSPQ, notamment pour la vigie sanitaire et la surveillance active de la situation épidémiologique, mais aussi relativement à la gestion des éclosions dans divers milieux. L’INSPQ est amené à élaborer, par exemple, des avis, des guides, des rapports et des recommandations de santé publique visant à limiter la propagation du virus, ainsi que des projections sur le nombre de cas et de décès. À tout moment, l’INSPQ peut également réaliser des évaluations des services de santé publique et contribuer au développement de différents indicateurs. »	« Dans le contexte de la COVID-19, l’INESSS peut notamment élaborer des recommandations et des guides cliniques, des projections sur le nombre d’hospitalisations, des réponses rapides sur différentes thématiques telles que le traitement et les présentations cliniques de la COVID-19 ainsi que les impacts de la pandémie sur les services de santé et les services sociaux. L’INESSS peut également soutenir l’adaptation des modes d’intervention et d’organisation dans le contexte de la pandémie ainsi qu’évaluer la pertinence de l’usage de technologies qui soutiennent la réalisation d’enquêtes épidémiologiques, par exemple. »

Plusieurs comités d'experts, centres de recherche et tables sectorielles ont soutenu le processus de recommandation menant aux décisions et directives. Pendant l'état d'urgence sanitaire, ces comités ou tables sectorielles sont nécessaires pour offrir aux autorités des conseils ou des expertises supplémentaires en fonction des besoins particuliers liés à la pandémie. Ces comités ne se composent pas seulement d'experts en santé publique, puisqu'une réponse optimale à la pandémie nécessite une approche transversale ainsi qu'une collaboration entre les différentes expertises et la connaissance de la réalité sur le terrain.

L'un des comités les plus importants qui ont été créés durant la pandémie est le Comité directeur clinique COVID-19, mis sur pied en mars 2020 au MSSS. Ce comité supervise et approuve les activités de 13 sous-comités cliniques. Son rôle est de faire des recommandations servant de base aux directives émises par le MSSS.

Parmi les autres partenaires du système de santé ayant été consultés dans le cadre de la gestion de la pandémie de la COVID-19, on retrouve notamment les ordres professionnels, la RAMQ et les fédérations médicales. La CNESSST joue également un rôle important de conseil et d'instauration de normes en santé et sécurité au travail.

2.4.3. Ligne du temps

Cette ligne du temps, présentée à la figure 8, situe certains éléments qui ont pu avoir un impact important lors de la première vague de la pandémie, particulièrement chez les personnes âgées.

La ligne du temps décrit les faits marquants de l'évolution de la première vague de la pandémie, y compris les développements majeurs sur le plan scientifique ainsi que le déploiement des mesures sanitaires et directives liées à la COVID-19. La chronologie des événements rapporte la situation de la COVID-19 au Québec et tient compte de certains développements au fédéral et à l'international qui ont produit des effets marquants sur le territoire québécois. (INESSS, 2020a, 2020b, 2020c)

Ainsi, nous notons tout particulièrement le moment de la publication des premières études sur la transmission du virus par des personnes asymptomatiques, le risque pour les personnes âgées de contracter le virus et l'efficacité du masque pour empêcher la transmission du virus. La considération tardive des évidences relatives à la susceptibilité manifeste des personnes âgées au virus et la réponse à cette situation qui s'est fait attendre semblent reconnues par plusieurs acteurs comme des éléments qui expliquent la situation dramatique qui en a découlé.

En outre, la ligne du temps expose, par les encadrés de couleur orange, l'évolution des événements liés à l'opération de dépistage de la COVID-19 au Québec. Nous notons que les groupes de priorité, désignés par le terme «PRIORITÉ», ont évolué au cours de la première vague de la pandémie, selon la situation épidémiologique et les connaissances scientifiques entourant la COVID-19.

Figure 8 : Ligne du temps

3. DISPOSITIONS-NOUS DES FACTEURS DE RÉUSSITE DE GESTION D'UNE CRISE SANITAIRE ?

Dans l'esprit du mandat spécial qui lui a été confié, le CSBE a souhaité entendre la voix des acteurs qui ont été directement impliqués dans la gestion de la crise sanitaire. Nous avons donc consulté des acteurs concernés qui ont vécu la pandémie de l'intérieur. Nous illustrons ici des enjeux soulevés par certains de ces acteurs. Il ne s'agit donc pas d'un compte-rendu exhaustif.

Les données recueillies dans le cadre des consultations ont été contextualisées, au besoin, par l'analyse des lois, de la documentation reçue dans le contexte de nos consultations et des littératures grise et scientifique pertinentes. L'expérience des citoyens, décrite dans notre *Rapport de consultation – Appel à témoignages*, publié le 6 avril 2021, est aussi prise en considération.

Dans la présente section, nous avons tenté de faire la lumière sur les questions suivantes : quel était le niveau de préparation à la crise qui allait toucher le Québec ? Qui devait assurer cette préparation ? Les rôles de leaders et de gestionnaires étaient-ils clairs, diffus ou confus ?

En sus de la santé d'une population et de la « santé » de son système de santé, il ressort de l'analyse de la littérature que le succès d'une gestion de crise sanitaire repose sur certains facteurs de réussite. Nous soulevons six d'entre eux :

1. Plan d'urgence à jour et mis à l'essai;
2. Leadership fort et définition claire des rôles et responsabilités;
3. Leadership inclusif;
4. Communication cohérente et transparente;
5. Capacité d'action;
6. Interventions fluides en temps opportun.

Ces facteurs sont interreliés et exercent une influence directe sur la confiance des acteurs et du public envers les décideurs ainsi que sur l'adhésion aux mesures mises de l'avant dans le contexte de crise sanitaire (Anderson, Pitchforth, Asaria, Brayne, Casadei, Charlesworth, Coulter, Franklin, Donaldson, Drummond, Dunnell, Foster, Hussey, Johnson, Johnston-Webber, Knapp, Lavery, Longley, Macleod Clark, Majeed, McKee, Newton, O'Neil, Raine, Richards, Sheikh, Smith, Street, Taylor, Watt, Woods, McGuire et Mossialos, 2021; Bohmer, 2011; Greer, King, Da Fonseca et Peralta-Santos, 2020; Liu, Maxwell, Armstrong, Schwandt, Moser, McGregor, Bronskill et Dhalla, 2021; Morabia, 2020; Musango, Veerapa-Mangroo, Joomaye, Ghurbhurrin, Vythelingam et Paul, 2021; Nicola, Sohrabi, Matthew, Kerwan, Al-Jabir, Griffin, Agha, et Agha, 2020; Obaid, Abikar Nur, Al-Mandhari, El Rabbat, Hafeez, et Abubakar, 2020).

Nos observations portent notamment à croire que la gouvernance du réseau n'a pas permis une reconnaissance suffisante de l'expertise de l'ensemble des acteurs du système de santé publique, dont celle des DRSP. Nous associons principalement cette faille au manque de préparation (planification, gestion de risques) à la crise et à une mauvaise connaissance et/ou une compréhension des rôles de différents acteurs impliqués.

Passons en revue la situation au Québec pour chacun de ces six facteurs.

3.1. Plan d'urgence

Disposer d'un plan d'urgence à jour qui est applicable à la crise sanitaire et qui permet de guider l'ensemble des acteurs dans un contexte de pandémie est un facteur clé dans la gestion de cette dernière (OMS, 2009). Un tel plan doit, par ailleurs, avoir été maintenu à jour et mis à l'essai avant la crise (comme le sont les plans d'évacuation en situation d'incendie, par exemple).

3.1.1. Avoir un plan d'urgence et s'assurer qu'il soit applicable à la présente crise

Il ressort de nos consultations et de la documentation consultée qu'il n'y avait pas de plan complet de gestion de crise adapté à la pandémie de la COVID-19 ni dans le système de santé publique, ni dans le système de sécurité civile, et ce, tant au MSSS que dans les établissements de santé et les milieux d'hébergement. Seul le *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza — Mission santé*, datant de 2006 et utilisé lors la pandémie de H1N1 en 2008-2009ⁱ, était disponible.

Le plan de 2006, essentiellement centré sur les activités médicales et hospitalières, n'aurait donc pas été adapté aux milieux d'hébergement destinés aux personnes âgées, dont les CHSLD. Le besoin de prévoir un plan adapté aux CHSLD avait, dans le passé, été reconnu :

On devait faire un plan pour résoudre des problèmes de santé en CHSLD (...) ce qui n'a pas eu lieu. C'était surtout un plan de réponses médicales. [Intervenant](#)

En effet, le plan gouvernemental pour répondre à une situation de pandémie d'influenza a une portée limitée dans le contexte de la COVID-19, entre autres parce qu'il ne porte pas attention à la vulnérabilité particulière des personnes âgées au virus et, en particulier, celles résidant en milieu d'hébergement.

De plus, il ressort des consultations que, depuis la réforme de 2015, il serait difficile pour les différents acteurs d'avoir du soutien au niveau de la planification, élément crucial pendant une crise sanitaire. Ce rôle, autrefois exercé par les agences régionales, ne semble pas avoir été repris par les CISSS/CIUSSS ou le MSSS.

Je pense également, du côté des CISSS, qu'il y a eu une réingénierie quand on est passé des CSSS aux CISSS, où, auparavant, les agences avaient un mandat de planification. Et quand tout ça s'est intégré dans les CISSS, ça a disparu. Et ça, je pense qu'à la lumière de la crise qu'on a vécue, c'est essentiel que tout le monde ensemble, autant les établissements que les partenaires, le gouvernement et les différentes instances, puissent revenir à cet élément de planification. [Intervenant](#)

3.1.2. Avoir mis à l'essai le plan d'urgence

Il ressort de la littérature consultée et des consultations que la pratique antérieure d'un plan d'urgence, qu'elle soit théorique (p. ex., simulation) ou réelle (p. ex., le tragique accident ferroviaire de Lac-Mégantic en 2013) contribue à la préparation à une pandémie.

Or, outre l'application du plan de 2006 lors de la pandémie de H1N1 en 2009, qui n'avait d'ailleurs pas touché particulièrement les personnes âgées, peu de régions auraient pratiqué, même de façon théorique, un plan d'urgence en contexte de crise sanitaire.

Tout le monde devait avoir son plan. C'est clair. On le savait depuis décembre qu'en Chine c'était le bordel. [...] [les] deux tiers du Québec ne l'avait pas pratiqué, c'est sûr. Intervenant

Selon certains acteurs consultés, la réduction du personnel de santé publique et de sécurité civile et son roulement auraient contribué à une méconnaissance des actions à prendre en contexte d'urgence et de l'organisation des directions régionales de santé publique au Québec.

Beaucoup de gens ont été changés. Des gens n'ont pas eu l'occasion de vivre des plans, etc. Et très rapidement, compte tenu de la question autour de la maladie infectieuse [...], ça avait beaucoup d'impact sur les soins, etc. Intervenant

Considérant ce qui précède, **le CSBE retient le point suivant :**

Absence d'un plan de pandémie à jour, mis à l'essai périodiquement et adapté à des milieux hors hospitaliers, dont les milieux d'hébergement pour personnes âgées.

3.2. Leadership fort et définition claire des rôles et responsabilités

la bonne gouvernance d'un réseau repose d'abord et avant tout sur la capacité du leader de donner les orientations et de conférer le choix des moyens pour atteindre ces objectifs aux gestionnaires (D'Auria et De Smet 2020). La gouvernance se distingue donc de « l'opérationnel ».

Il ressort de la littérature qu'en contexte d'urgence, le décideur doit accepter de céder sa place à celui qui a l'autorité décisionnelle durant la crise (D'Auria et al., 2020). Il appert donc que les processus établis de gestion et de communication en situation normale sont appelés à changer en contexte de crise pour davantage d'agilité et d'adaptation à ce nouveau contexte. Ces processus doivent être bien déterminés, connus, compris et acceptés par les acteurs.

À la lumière de données recueillies lors des consultations, il semble qu'une certaine confusion a émergé quant aux devoirs et responsabilités de chacun des acteurs impliqués dans cette crise sanitaire, ce qui pourrait expliquer, notamment, les difficultés de communication rencontrées lors de la première vague de la pandémie, les délais associés aux décisions et aux actions et le manque d'imputabilité des acteurs.

3.2.1. Rôle de leader du MSSS et des acteurs de santé publique

Selon certaines personnes consultées, il y aurait eu confusion entre, d'une part, les rôles d'orientation et de gouverne du leader et, d'autre part, le rôle de gouvernance tactique et d'opérationnalisation des gestionnaires de la criseⁱⁱ. Plusieurs intervenants ont noté la tendance du MSSS à exercer ces deux rôles en même temps.

Le ministère est là pour donner des orientations. Il faut qu'il y ait des décisions qui soient prises. Mais ce qui est important, c'est qu'après ça, on ait de la place pour faire ce que nous, au niveau populationnel, on doit faire. Ce n'est pas du ressort du ministère, puis ce qui me heurte le plus, c'est que le ministère est dans le « comment ». C'est ça qui me dérange. Intervenant

Un des effets pervers du jumelage «orientation et gouverne» et «gouvernance tactique et opérationnelle» est de semer de la confusion quant à l'imputabilité dans une situation donnée.

Mais le problème qu'on a au Québec, c'est un peu partout la même chose, c'est que la santé s'est très politisée. Et là ce qui se passe, c'est que si Madame [...], dans la résidence pour personnes âgées de tel endroit n'a pas eu son bain, tel jour, ça se retrouve tout de suite à l'Assemblée nationale plutôt que de passer par le canal administratif qui devrait gérer ça. C'est l'établissement qui est responsable que l'imputabilité devrait être [...] Mais là ce problème, c'est que le politique, comme il est toujours pris en chambre [Assemblée nationale] à répondre à des questions très opérationnelles, il a tendance à tout vouloir contrôler. [Intervenant](#)

Selon plusieurs intervenants, le système de santé publique doit avant tout être adapté à chaque région en fonction des caractéristiques de sa population et de la réalité des déterminants qui affectent son état de santé (p. ex., l'état socioéconomique de sa population, l'accès aux ressources, les facteurs de risque). Par conséquent, une directive générale, nationale et uniforme qui s'applique à l'ensemble du territoire québécois pourrait s'avérer insuffisante ou inappropriée à un contexte régional particulier. Par exemple, en milieu de vie, les conditions de travail, la disponibilité des ressources, le profil des employés et la clientèle diffèrent d'une région à l'autre, ce qui peut notamment affecter la capacité d'exécution d'une directiveⁱⁱⁱ.

Le palier national ayant laissé peu d'autonomie aux régions quant au choix des moyens lors de la première vague, la mise en place de mesures strictes et uniformes aurait eu des impacts négatifs dans certaines régions moins touchées par la pandémie, selon certains acteurs consultés. Cela aurait aussi contribué à générer des retards dans l'application de ces mesures en raison de leur caractère non applicable ou inadéquat.

Le rapport Savoie (2020) indique d'ailleurs que la plupart des dirigeants des CISSS/CIUSSS consultés à Montréal ont affirmé que les décisions nationales des acteurs de santé publique étaient prises sans les consulter. Cela aurait créé un obstacle dans l'applicabilité des décisions sur le territoire montréalais, alors que la spécificité de ses besoins et son accès aux ressources n'étaient pas pris en considération. Le plan d'action pour la deuxième vague reconnaît aussi la difficulté d'application de certaines directives, notamment parce qu'elles ont été adoptées sans avoir d'abord fait l'objet de consultations. (MSSS, 2020a)

3.2.2. Pouvoir de coordination des actions : sécurité civile, santé publique ou dirigeants d'établissements ?

Le plan de 2006 ainsi que son Annexe COVID-19 (MSSS, 2020c) auraient contribué à la confusion qui régnait, ceux-ci étant peu clairs quant à l'attribution des rôles et responsabilités en contexte de crise sanitaire et, plus particulièrement, quant au rôle des directions régionales de santé publique dans ce contexte.

En effet, le plan de 2006 prévoit que :

«Le déploiement de la mission santé va recourir aux différents mécanismes de support des partenaires de la sécurité civile identifiés au Plan national de sécurité civile. Les activités prises en charge par ces partenaires feront l'objet de consensus et seront actualisées aux niveaux ministériel, régional ou local, selon l'activité.

[...] Dans ce contexte, tous les partenaires de la sécurité civile au Québec et plusieurs instances gouvernementales, municipales ou du secteur privé se mobilisent pour se préparer à différents moments de la pandémie d'influenza, à savoir la préparation, l'intervention et le rétablissement. » (p. 28)

L'Annexe COVID-19 précise toutefois que les équipes de sécurité civile du MSSS et du réseau de la santé et des services sociaux doivent coordonner les activités de planification et d'intervention, en collaboration avec leurs partenaires, en particulier les acteurs de santé publique.

Cette annexe permet de mieux guider les acteurs puisque le plan de 2006 a été élaboré alors qu'il y avait encore des agences régionales de santé et de services sociaux.

Comme le plan de 2006 n'a pas été revu après la réforme de 2015, la situation a semblé floue jusqu'à ce que soit acheminée l'Annexe COVID-19. Cette annexe est venue préciser que le rôle de coordination de la crise revient aux acteurs de sécurité civile, appuyés des acteurs de santé publique et avec la collaboration des autres acteurs, dont les dirigeants des CISSS/CIUSSS. Il demeure que dans les régions ayant plus d'un établissement, particulièrement dans la région montréalaise, une confusion a régné durant la première vague quant aux responsabilités de la coordination régionale. Il ne semble pas avoir été établi clairement, en prévision d'une crise sanitaire, si la coordination, pour les régions avec plus d'un CISSS/CIUSSS, revient au CISSS/CIUSSS ayant un mandat régional de santé publique ou au ministre. À la suite du rapport Savoie, des améliorations ont été apportées, notamment la création de la cellule de coordination.

Plusieurs intervenants du réseau nous ont indiqué ne pas avoir recouru à leur structure de sécurité civile. Nous notons donc ici l'absence de reconnaissance, par les acteurs sur le terrain, des équipes de sécurité civile comme acteurs clés dans la gestion de la pandémie. Toutefois, des régions ayant eu l'occasion d'établir une collaboration avec les équipes de sécurité civile lors d'une crise passée ont davantage reconnu ce rôle (comme l'Estrie, en raison de la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic).

L'imprécision du plan de 2006 quant au rôle exact des acteurs de sécurité civile et de santé publique (coordination versus orientation) a eu pour effet, selon plusieurs intervenants, de générer deux structures parallèles : une de santé publique et une de sécurité civile, ce qui a pu nuire à la gestion de la pandémie de COVID-19. Des intervenants nous ont indiqué ne pas avoir su, au début de la pandémie, à qui s'adresser.

Il semble donc que plusieurs acteurs du réseau n'aient pas suivi le plan de coordination prévu à l'Annexe COVID-19, qui prévoit la coordination des actions par les acteurs de sécurité civile (appuyés par les acteurs de santé publique). De plus, certains dirigeants n'auraient pas cédé leur pouvoir traditionnel de gestion des opérations qui doit pourtant l'être dans un contexte de crise.

[...] il faut un contexte de sécurité civile, que tu lâches prise, que tu t'appelles PDG x, y ou z [nous avons ici supprimé les noms cités] ou autre. C'est plus trop eux qui contrôlent. Tu te rallies à une équipe qui gère ça différemment que quand tu es dans l'opération. C'est ça le «switch» qui a été difficile à faire. Intervenant

Sans définition claire des rôles, la multiplication des leaders générant parfois des directives multiples pour les milieux d'hébergement a donné lieu à des incompréhensions et des questions pour lesquelles des réponses étaient attendues avant que ne soient engendrées les actions.

3.2.3. Rôle clair des directions régionales de santé publique en contexte de pandémie

Le rôle des acteurs de santé publique est de voir à l'élaboration d'orientations et de stratégies d'action pour protéger, maintenir et améliorer la santé de la population. Dans le contexte de pandémie, ils travaillent de concert avec les acteurs de sécurité civile, qui ont un rôle de soutien et de coordination opérationnelle (MSSS, 2006; LMSSS, art. 5.1; LSSSS, art. 373)¹⁰. Nous constatons, à la lumière des informations recueillies lors des consultations, qu'il s'est souvent avéré difficile de faire reconnaître ce rôle auprès des dirigeants et autres directions de certains CISSS/CIUSSS.

Les directeurs régionaux de santé publique sont sous l'autorité administrative d'un CISSS/CIUSSS, en plus de relever, au niveau national, du directeur national de santé publique et du ministre. En contexte de pandémie, ces directions de CISSS/CIUSSS doivent céder leur rôle habituel de gestionnaire afin de laisser la place aux acteurs qui ont pour rôle de coordonner les actions, soit ceux de la sécurité civile et de la santé publique.

Selon les consultations, le positionnement des directions régionales de santé publique (sous l'autorité directe d'un dirigeant, d'un dirigeant adjoint ou d'un directeur général), tout particulièrement dans les régions comprenant plus d'un CISSS/CIUSSS, a certainement engendré des retards dans la gestion de la présente crise.

De plus, il ressort des consultations effectuées que les pouvoirs légaux des directeurs régionaux de santé publique ne seraient pas bien compris par les différents acteurs au sein des CISSS/CIUSSS. Cette confusion affecterait la capacité des directions régionales de santé publique à remplir efficacement leur mandat.

Selon certains intervenants, le pouvoir d'autorité des acteurs de santé publique aurait été particulièrement dilué lors de la réforme de 2015, tout particulièrement celui des directeurs régionaux étant responsables de plus d'un CISSS/CIUSSS.

Notons que cette situation a aussi été constatée par l'INSPQ dans une étude concernant l'impact de la réforme de 2015 sur la mise en œuvre du Programme national de santé publique (INSPQ, 2019). Selon ce rapport, la réforme de 2015 a considérablement réduit l'expertise professionnelle et l'autorité fonctionnelle des directions régionales de santé publique.

Le cas particulier de Montréal et de la Montérégie

Un nombre important d'intervenants ont noté les difficultés des directeurs régionaux de santé publique de Montréal et de la Montérégie à se faire entendre par les CISSS/CIUSSS de leurs régions respectives, mais auxquels ils n'appartiennent pas. Comme il est mentionné précédemment, un directeur régional de santé publique est responsable des orientations en santé publique pour une région sociosanitaire qui peut comprendre plus d'un établissement, comme c'est notamment le cas pour la région de Montréal et de la Montérégie (LSSSS, art. 373).

¹⁰ La coordination au sein des CISSS/CIUSSS et de la sécurité civile est décrite plus en détail dans la partie 3, *Planification d'une crise sanitaire au niveau régional (CISSS/CIUSSS)*, de l'annexe B.

C'est beaucoup plus difficile pour la directrice de dire voici ce que je vois comme mesure à mettre en place et de la déployer rapidement quand il faut négocier avec cinq PDG de CIUSSS plus de cinq PDG d'établissements non fusionnés. [Intervenant](#)

C'est la même chose pour la mise sur pied d'un site non traditionnel pour pouvoir prendre des patients errants dans des centres et qui sont COVID positifs pour éviter qu'ils continuent de contaminer le reste des résidents. Ça demande une convergence des ressources au niveau de la région. Ça veut dire que chaque PDG doit adhérer à la mesure et accepter. Et c'est très, très difficile d'arriver à ce genre de mesure quand on a cinq endroits, même dix établissements à mobiliser. Dans d'autres régions, ils sont un seul établissement comme à Laval. [Intervenant](#)

Notons que la complexité et les difficultés de coordination, responsabilité attribuée au DRSP à Montréal, avaient déjà été soulevées en 2018 par la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle, dans son *Rapport d'analyse de la perception des acteurs sur le modèle de coordination montréalaise interétablissements*. (MSSS, 2018).

Soulignons que les problématiques exposées précédemment ont été reconnues par le MSSS dans son Plan d'action pour une deuxième vague, où on peut lire ce qui suit (MSSS, 2020a) :

«Un meilleur partage des responsabilités est requis entre la responsabilité fondamentale de la direction régionale de santé publique de déterminer les orientations et les objectifs pour son champ de compétences et celle des CISSS/CIUSSS, qui est de déployer les efforts opérationnels requis pour l'atteinte de ces objectifs, incluant les activités de dépistage. Il semble y avoir eu confusion dans ces rôles par moments. » (MSSS, 2020a, p. 87-88)

Il ressort aussi des consultations une divergence de points de vue quant au partage des ressources entre les établissements et la direction régionale de santé publique. À ce titre, il importe que celle-ci puisse compter sur les ressources nécessaires pour réaliser son mandat en matière d'enquête épidémiologique.

Indépendance réelle des directions régionales de santé publique?

Enfin, outre les retards et l'absence de coudées franches de la direction régionale de santé publique engendrés par son positionnement dans la structure du réseau, des acteurs ont indiqué que ce positionnement avait aussi pour effet d'affecter l'indépendance dont doivent disposer des acteurs de santé publique pour agir. Bien que la citation qui suit ne soit pas propre à la pandémie, il nous est permis de penser qu'une telle situation ait pu se produire dans le contexte de la pandémie :

Un directeur régional de santé publique a sur sa tête de grands pouvoirs, responsabilités et imputabilité. [...] A-t-il toute la légitimité de prendre la parole et de dire haut et fort ce qu'il pense? Je pense que sur papier oui, mais dans les faits, je ne suis pas certaine. J'ai vécu dans une direction régionale de santé publique avant la dernière réforme. À l'époque où j'étais à (...) on pouvait faire ça comme on voulait, car on avait notre propre service de communication [...]. Maintenant, à part certaines grosses directions de santé publique qui ont peut-être plus de moyens, il faut qu'ils rentrent dans le service de communication du CISSS et du CIUSSS et le service de communication du CISSS et du CIUSSS va dire, avec sa grille d'analyse : «tu sais, les garages Tempo et le monoxyde de carbone, c'est le dernier de mes soucis.» [...] Ça, pour moi, c'est une atteinte à l'indépendance de choisir ce sur quoi il faut qu'on communique dans une optique de protection de la santé publique. [Intervenant](#)

Compte tenu de ce qui précède, relativement à la force du leadership exercé pendant la première vague de la pandémie et quant à la connaissance des rôles de chacun des acteurs, **le CSBE retient les points suivants :**

- Les rôles et responsabilités de chacun des acteurs (particulièrement la « chaîne de commande ») étaient mal définis dans le Plan pandémique de 2006 (y compris l'Annexe COVID-19), générant une confusion quant à ces rôles et responsabilités.
- L'ambiguïté du rôle des acteurs de sécurité civile dans la coordination de la pandémie. Son intégration semble avoir été plus facile dans les régions ayant déjà été touchées par une crise.
- Les rôles et responsabilités des acteurs de santé publique (tant au palier national que régional) comme leaders dans un contexte de pandémie, particulièrement dans certaines régions où le directeur régional de santé publique est responsable de plus d'un CISSS/CIUSSS et/ou d'établissements non fusionnés, sont méconnus et imprécis, et peuvent même susciter de la méfiance.

3.3. Leadership inclusif

The consensus leadership model enhances stakeholder inclusion within healthcare organizations and can be argued to be the preferential model for organizations that value inclusion. Consensus leadership allows the opportunity for people to be heard, to provide input and make their arguments prior to implementing a decision, strategy, or plan that directly involves them. People want to understand how, and especially why, a decision is made. Final decisions should be clearly explained to everyone involved. (Kalina, 2020)

Le leadership inclusif implique que le leader établit des relations avec les experts et les acteurs sur le terrain pour bénéficier de l'expertise nécessaire à l'élaboration d'orientations logiques et applicables sur le terrain. Ce type de leadership rassemble, inspire et permet de générer la confiance. Il facilite aussi le travail d'équipe entre leaders de directions et/ou de domaines différents. Il implique la contribution de plusieurs personnes-ressources et experts dans une équipe dont les tâches et défis sont attribués aux membres selon leurs expertises respectives (Friedrich, Vessy, Scheulke, Ruark et Mumford, 2009). Cette section porte sur la représentation que se font certains acteurs du leadership exercé lors de la première vague.

3.3.1. Leadership collaboratif, rassembleur et collectif pour favoriser des directives adaptées à la réalité du terrain

Les principaux représentants des milieux de vie, infirmières et préposés aux bénéficiaires, n'ont été que peu ou pas impliqués ni même entendus lors de l'élaboration des premières directives, qui ont essentiellement visé à libérer le milieu hospitalier et qui ont ainsi eu un impact direct sur ces milieux, tout particulièrement les CHSLD, lors de la première vague^{iv}. Nous constatons également que les besoins des aînés hébergés en milieu de vie n'ont pas été entendus, notamment parce que les comités des usagers et de résidents ont été mis de côté. De plus, l'exclusion des proches aidants lors de la première vague explique aussi que les besoins des aînés hébergés en milieu de vie ont été peu écoutés.

Dès le 17 mars 2020^v, un certain nombre de comités multidisciplinaires ont été créés au MSSS. Il ressort cependant des propos de personnes consultés que la multidisciplinarité n'était pas optimale et que le travail en silo expliquerait en partie le retard dans l'émission des directives ainsi que leur inapplicabilité à certains milieux.

Le recours à une approche «top-down», sans harmonisation suffisante des consignes au préalable, semble ainsi avoir été privilégié^{vi}.

*Quand arrivent des directives sur comment on organise nos CHSLD, [...] j'ai des gens [dans mon équipe] qui travaillent dans les milieux de vie des aînés qui regardent ça et qui essaient de les déployer et qui, de temps en temps, me disent : «ça n'a pas d'allure, on va demander une dérogation». On a beaucoup trop de top-down en urgence sanitaire. **Intervenant***

Le Ministère a rapidement mis sur pied un comité directeur clinique assisté d'un nombre important de sous-comités cliniques, dont un comité d'éthique et un comité sur les milieux de vie pour aînés pour répondre aux défis de la pandémie pour le système de santé. Le corps médical y était fortement représenté.

*Ce comité, il aurait fallu qu'il soit composé, organisé autrement. Je ne comprends pas pourquoi les fédérations médicales sont là. [...] On n'est pas là pour discuter des questions syndicales, on est là pour discuter de l'organisation. [...] Il y avait quelqu'un du Collège des médecins, puis le président de l'Ordre des pharmaciens aussi. Mais le reste, c'était à peu près tous des médecins **Intervenant***

Aucun représentant des infirmières et des infirmiers ne s'y trouvait initialement; des représentants s'y sont joints plus tard. De plus, les intervenants rencontrés nous ont indiqué que l'expertise en gériatrie-gérontologie et, plus largement, sur les personnes âgées et les proches aidants, était peu ou pas présente sur ce comité d'importance. Il en serait de même pour les représentants des milieux de vie.

L'absence d'une concertation claire entre les différentes directions du MSSS a, selon des acteurs rencontrés, donné préséance aux directives destinées à alléger les hôpitaux de façon à y limiter l'impact de la crise : transferts des patients vers les CHSLD, réquisition du matériel médical pour les hôpitaux en priorité et directive visant à limiter les transferts des usagers malades vers les hôpitaux. Ces directives ont laissé les CHSLD dans l'angle mort de la première vague de la pandémie¹¹.

*On n'a pas de matériel de protection, on n'a pas les installations en place, on n'a pas un plan, on n'a rien actuellement. Et nous, nos gestionnaires ont dit : «Il y a une personne dans l'urgence qui est responsable de libérer les patients» ils ont dit : «Non, ça se sont les directives que j'ai eues. Ça m'est égal, d'où ils viennent, où est-ce qu'ils vont aller, ce qu'il va se passer? Moi, les directives que j'ai eues de la ministre c'est : il faut libérer tous les patients des CHSLD pour qu'ils retournent chez eux.» Et à ce moment, quand on a eu l'appel, on savait que ça allait être une catastrophe. **Intervenant***

¹¹ D'ailleurs, un rapport soulevait la préparation accrue des milieux hospitaliers mentionnant « un plan de délestage de lits d'hôpitaux et l'utilisation des CHSLD pour recevoir entre autres certains patients d'hôpitaux comme ceux de la Cité de la Santé » : MSSS, *Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée*, 23 septembre 2020, en ligne : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002679/?&txt=hébergement&msss_valpub&date=DESC, p. 10

Cen'est que plus tard au cours de la première vague — trop tard aux dires de certaines personnes consultées — qu'un comité-conseil comprenant notamment les expertises nécessaires en soins aux aînés et en gériatrie fut créé. L'une des lacunes de ce comité qui a été soulevée est qu'il ne comprenait pas de représentants des principaux intervenants œuvrant en CHSLD :

On a créé un comité médical pour les CHSLD et RPA. Mais il y a très peu de médecins en CHSLD. Ce sont surtout des infirmières, du personnel soignant, infirmiers, infirmières auxiliaires. [Intervenant](#)

Enfin, il ressort de nos rencontres avec les représentants des Premières Nations qu'il y a eu peu d'interactions directes entre ces derniers et les représentants de la santé publique, ce qui aurait permis de mieux communiquer les enjeux propres aux Premières Nations et d'obtenir des réponses précises et en temps opportun à leurs questions.

[...] en matière de santé publique, ce ne sont pas eux [la Direction des Affaires autochtones] qui détiennent l'expertise permettant aux communautés d'indiquer les mesures et moyens devant être mis en place. Par contre, ils sont l'interlocuteur principal désigné par le gouvernement provincial pour adresser ces questions-là. [...] Ce n'est pas avec la Direction des affaires autochtones qu'il faut parler quand on veut parler de vaccination, puis de priorisation en matière de dépistage. C'est avec le directeur au niveau de la santé publique qu'il faut s'adresser. [Intervenant des Premières Nations](#)

Déploiement de la téléconsultation en CHSLD : quand le manque de médecins est déjà criant

Nous l'indiquons dans ce rapport, le déploiement rapide de la téléconsultation représente une avancée importante dans le contexte de la pandémie et est un signe d'agilité de la part des décideurs.

Toutefois, il a été soulevé lors de nos consultations que l'adhésion massive des médecins de première ligne aux services de consultation à distance a contribué à leur absence dans les CHSLD, alors que, de façon concomitante, une directive visait le transfert des personnes âgées hospitalisées vers ces milieux et à éviter que celles-ci soient transférées à l'hôpital. Nous savons que les ratios personnel/usagers en CHSLD ne sont pas les mêmes qu'au sein des hôpitaux et que les milieux de vie ne sont pas axés principalement sur les soins en temps normal.

Selon plusieurs intervenants, l'absence de tests diagnostiques en CHSLD au début de la pandémie et les directives visant à libérer les lits des hôpitaux, jumelées au retrait des médecins déjà peu présents dans ces milieux, en pleine crise, n'ont pas aidé à contenir la crise qui a touché les personnes âgées lors de la première vague de la pandémie.

Une meilleure prise en compte des risques et une meilleure connaissance du milieu des CHSLD et du manque déjà criant de médecins dans ces milieux auraient nécessairement été pertinentes.

En somme, il est évident, pour des acteurs rencontrés lors des consultations, que la gestion de la pandémie, qui a touché particulièrement les personnes âgées, a souffert du manque de mobilisation de l'expertise des acteurs de santé publique et des acteurs des milieux de vie pour personnes âgées et de leurs représentants afin de mieux adapter la réponse à la crise.

J'ai toujours estimé que lorsqu'une personne est malade, elle doit se rendre à l'hôpital. Alors pourquoi, lorsque nos aînés ont été atteints de la COVID-19 dans nos CHSLD, n'ont-ils pas été transférés dans les 6000 lits hospitaliers qui étaient libres? Ils auraient été traités avec les équipements nécessaires et le personnel qualifié. Nous les avons plutôt cloisonnés dans leur milieu de vie qui était dangereux pour leur santé. Les RI, RPA et CHSLD ne sont pas équipés pour soigner des cas d'inflammation pulmonaire, de fièvre intense, etc. Notre système est basé sur le fait que les soins de santé sont dispensés par les centres hospitaliers. [Appel à témoignages](#)

Les décisions comme le transfert massif des personnes âgées hospitalisées vers les CHSLD ou encore l'exclusion des proches aidants de ces milieux mettent aussi en évidence la méconnaissance des milieux de vie, de leur réalité et de l'état de vulnérabilité des usagers concernés. D'ailleurs, le plan d'action pour la deuxième vague mentionne que l'interdiction d'accès des proches aidants a non seulement «privé les personnes hébergées du soutien essentiel», mais a aussi contribué à l'amplification des enjeux rencontrés. (MSSS, 2020a, p. 40). Ci-dessous, un intervenant exprime le manque de connaissance des acteurs de santé publique qu'il a observé.

Ensuite, durant la pandémie, moi j'ai constaté le manque de connaissance des acteurs scientifiques de la réalité des milieux de vie des aînés. Je parle de l'INESSS, l'INSPQ, la santé publique. On dirait qu'ils n'ont jamais mis les lunettes aînés, on le voit même dans les premières décisions qui ont été prises. La première décision qui a été prise, ça a été de vider les hôpitaux, libérer des lits, puis d'envoyer ces gens vers les CHSLD. On a transféré des résidents, des gens vers les CHSLD au début de la pandémie. [Intervenant](#)

Il ressort également des témoignages et des consultations un manque de communication entre le MSSS et les CISSS/CIUSSS concernant les directives et leur applicabilité.

Dès le début de la crise sanitaire, la communication et le partage d'informations par le MSSS et les CIUSSS ont été déficients. Les exemples sont nombreux où les directives ministérielles nous étaient communiquées pendant les conférences de presse quotidiennes du premier ministre. Nous étions immédiatement inondés d'appels des familles ou des employés demandant l'application immédiate de mesures dont nous venions d'entendre l'annonce. [Appel à témoignages](#)

Après la première vague, plusieurs acteurs ont indiqué avoir posé les jalons d'une meilleure collaboration de type «co-gestion» entre le MSSS et les dirigeants des CISSS/CIUSSS, améliorant ainsi la communication entre les diverses parties prenantes. Des exemples de collaboration ont d'ailleurs été soulevés dans les établissements et auprès de leurs partenaires, comme le souligne le témoignage suivant :

La structure de rencontres de gestion d'éclosion hebdomadaires, on le faisait déjà avec nos anciennes éclosions de SAR ou de gastro, et c'est ce qu'on a utilisé comme modèle. Je pense qu'on a quand même été très proactifs, pas à s'immiscer dans le milieu, mais à travailler en collaboration avec nos milieux directement, et outiller, que ce soient nos directions de la qualité qui étaient responsables des RPA, nos directions SAPA qui étaient responsables des RI. On a travaillé ensemble, on les a aidés à se structurer aussi, pour que l'on se prenne en main, et on planche la gestion d'éclosion le plus rapidement possible. Donc, ç'a été quelque chose de bien. [Intervenante](#)

3.3.2. L'intégration de la perspective éthique dans les décisions en période de crise sanitaire

Il ressort de nos analyses que dans ce contexte d'urgence, la réflexion éthique n'a pas été au cœur du processus décisionnel pendant la première vague de la pandémie, bien que certaines directives aient généré des tensions éthiques importantes. Un comité d'éthique COVID-19 a été mis en place au Ministère pour se pencher sur les enjeux éthiques essentiellement liés aux directives applicables au milieu hospitalier. Il semble que ni ce comité ni aucune autre instance impliquée dans les aspects d'éthique et de qualité, tant au MSSS qu'à l'INSPQ, n'aient été directement interpellés dans l'élaboration des directives visant notamment à retirer les proches aidants des milieux de vie ou celles visant l'isolement des personnes âgées autonomes hébergées en résidences pour aînés.

Il appert, par ailleurs, qu'en contexte de ressources limitées, la qualité et l'humanisme dans les soins et services ont été délaissés en raison du motif d'urgence. Des situations de maltraitance ont été rapportées. Enfin, aux dires de plusieurs, une perception de paternalisme à l'égard des personnes âgées s'est manifestée, durant la pandémie.

D'autres enjeux éthiques se sont posés, par exemple, avec la recommandation du port du masque N-95 pour les médecins et non pour les autres professionnels de la santé, l'impact de l'isolement sur la santé mentale et le déconditionnement physique des aînés ou le juste équilibre entre le droit à la vie privée et la protection de l'intérêt collectif.

a) La place de l'éthique dans le processus décisionnel en contexte pandémique

Dès la déclaration de la pandémie en mars 2020, l'éthique a occupé une place importante dans les cercles d'experts et dans la littérature scientifique à l'international, mais également dans la sphère publique et médiatique. La réflexion éthique demeure pertinente en toute occasion, mais révèle un intérêt encore plus critique lors de situations d'envergure exceptionnelle ou inconnue, et en présence de dilemmes ou d'incertitudes décisionnels. Dans la littérature, on observe que les approches favorables en santé publique doivent considérer les valeurs éthiques et que la mise en place d'un cadre d'éthique renforce les processus (Campos-Rudinsky et Undurraga, 2021; Ortmann, Barrett, Saenz, Bernheim, Dawson, Valentine et Reis, 2016; Working Group Ethics, 2020).

De tous ces sujets, c'est l'allocation des ressources limitées de soins intensifs qui a rapidement canalisé l'essentiel de la réflexion éthique dans le contexte de pandémie au sein du MSSS, qui a formé un comité d'éthique *ad hoc* (le « comité d'éthique » COVID-19).

Bien que le Comité d'éthique COVID-19 se soit avéré particulièrement efficace dans la réalisation de son mandat, il comprenait peu d'experts en éthique provenant de disciplines variées, notamment ceux ayant une connaissance fine des aînés hébergés en milieu de vie. Aussi, selon les informations recueillies, les diverses structures en éthique dans la fonction publique n'ont pas été, ou rarement, consultées par les autorités du MSSS pour contribuer directement aux réflexions et aux décisions difficiles de la première vague de pandémie, qui a touché tout particulièrement les aînés. Pourtant, des structures comme le Comité national d'éthique sur le vieillissement, le Comité d'éthique de santé publique, la Commission sur les soins de fin de vie et la Commission de l'éthique en science et en technologie, pour ne nommer que celles-là, bénéficiaient d'expertises pertinentes à la situation. Rappelons que la pandémie a effectivement requis des décisions particulières en matière de soins aux personnes âgées, de santé publique et de soins de fin de vie.

b) Une implication insuffisante des personnes concernées

i) Exclusion des personnes proches aidantes des milieux de vie

Rappelons qu'en mars 2020, le gouvernement a décidé de confiner les aînés en milieu de vie et d'y interdire toutes les visites, dont celles des personnes proches aidantes. Ces visites ont été de nouveau permises à compter de mai 2020 (Arrêté numéro 2020-009 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 23 mars 2020).

Des représentants du MSSS nous ont indiqué que cette décision était réfléchie et, qu'à l'époque, elle s'expliquait par l'absence de connaissances en PCI des personnes proches aidantes et par le manque de matériel médical. Il était aussi perçu que le réseau n'aurait pas été en mesure de gérer l'accueil des personnes proches aidantes, et ce, même si les impacts potentiels de cette décision, sur le plan psychologique des personnes hébergées, étaient anticipés.

Plusieurs intervenants nous ont indiqué qu'en interdisant les visites des personnes proches aidantes, le gouvernement aurait perdu de vue l'approche « milieu de vie » des différentes installations (CHSLD, RI-RTF, RPA). De plus, pour plusieurs intervenants, les résidents et les personnes proches aidantes étaient en mesure de recevoir et d'appliquer des consignes pour se protéger.

Selon certains acteurs consultés, les personnes proches aidantes n'étaient, dans les faits, pas réellement moins formées sur la PCI que les PAB qui devaient apprendre à porter les équipements de protection. Les personnes proches aidantes sont des partenaires des équipes soignantes.

Par exemple, en gériatrie, d'après moi, une des plus grandes erreurs qu'on a faites, ça a été de sortir les proches aidants, et de les traiter comme des imbéciles, au lieu de leur apprendre à se protéger. Ils n'étaient pas pires que les préposés qui arrivaient de nulle part, et à qui on apprenait à mettre des équipements de protection individuelle. [...] Je l'ai dit depuis le début : il faut qu'on utilise les proches aidants, que ce soit avec les personnes âgées, ou que ce soit avec les soins aigus aussi. [Intervenant](#)

Cette directive illustre, selon plusieurs, une méconnaissance de la valeur de la proche aidance. En effet, des intervenants nous ont indiqué avoir senti que cette directive envoyait un message réducteur illustrant une méconnaissance du rôle et de l'importance des personnes proches aidantes en milieu de vie.

J'ai trouvé pendant la pandémie qu'on avait une méconnaissance de la part des proches aidants. Dans nos CHSLD, on est tellement dépendant du travail que les proches aidants font, que l'on s'est vraiment tiré dans le pied quand on a décidé d'interdire l'accès aux proches aidants. (...) Intervenante

Notons que les milieux communautaires et les personnes proches aidantes se livrent à beaucoup d'activités, comme la livraison de repas, le transport et autres services d'accompagnement aux personnes âgées. En voulant les protéger, le gouvernement a fragilisé les milieux de vie. Comme nous le rapportent les intervenants, l'exclusion des personnes proches aidantes a eu un impact considérable sur la qualité de vie des aînés hébergés en milieu de vie.

Par ailleurs, l'interdiction d'accès aux personnes proches aidantes semble avoir été déclarée de façon radicale, de sorte que peu de mesures d'atténuation des impacts accompagnaient cette décision. Néanmoins, soulignons qu'il y a quand même eu plusieurs initiatives ou tentatives locales pour atténuer ces impacts.

Pendant la pandémie, notre direction, au niveau de toutes les affaires techniques, a fourni des iPads, et a travaillé pour faire en sorte que les gens soient en contact avec leur famille. Ils ont beaucoup travaillé aussi quand il a été question d'interdire les proches dans les CHSLD. Ils ont téléphoné aux proches qui venaient régulièrement, et leur ont expliqué comment ils allaient procéder afin qu'ils soient protégés et qu'ils protègent aussi les usagers et les employés dans les installations. Intervenante

Parmi les mesures d'atténuation possibles, citons la planification de rencontres virtuelles fréquentes avec les proches, la promotion de l'accès aux technologies et l'accompagnement des aînés dans l'utilisation de ces technologies. Ces mesures sont également proposées par l'INESSS dans son document d'information (INESSS, 2020). L'expérience de la deuxième vague montre qu'il y a plus d'avantages à maintenir les personnes proches aidantes qu'à les exclure. L'effet dévastateur que leur exclusion a eu sur les personnes âgées en résidence a été relevé par plusieurs intervenants.

Au regard de l'importance des personnes proches aidantes dans les milieux de vie, de la vocation des milieux de vie ainsi que des besoins de ces milieux et des aînés qui y vivent, la consultation d'experts en éthique ayant une bonne connaissance des milieux de vie aurait possiblement été pertinente, même dans la perspective où la pandémie aurait été de courte durée.

ii) Isolement des aînés

Comme il a été mentionné précédemment, lors de la première vague, les aînés hébergés en milieu de vie, y compris en RPA (qui sont souvent associées à des appartements avec services), étaient en confinement obligatoire. Ces aînés se sont alors souvent retrouvés isolés dans leur chambre. Les personnes âgées en RPA, des personnes pleinement autonomes et sans grandes limitations physiques ou cognitives ayant fait le choix de quitter leur domicile afin de bénéficier

de services, se sont ainsi vues coupées de tout droit de sortie et de contact. De façon générale, l'isolement des aînés en milieu de vie aurait eu des conséquences défavorables sur la santé physique et psychologique de ces personnes, tout comme sur celle de leurs proches.

La perte de capacités physiques chez nos aînés est difficilement rattrapable [...] Et ça prend beaucoup d'efforts. Donc, on craignait beaucoup l'impact de fond post-confinement en lien avec ça. [...] Des orientations sont arrivées au cours de l'été 2020, mais il y avait plusieurs régions du Québec qui avaient sonné l'alarme avant ça. [Intervenant](#)

Pour des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale, dont certaines sont aussi des personnes âgées, l'isolement préventif a aussi été vécu très difficilement. Cet isolement pouvait s'avérer même plus long en raison de la difficulté, pour ces clientèles, à respecter les consignes d'hygiène (p. ex., port du masque, distanciation, lavage de main) (Giri, 2021). Or, l'isolement même court, a un impact négatif grave pour cette clientèle, qui peut être facilement désorganisée (Goodman et al., 2001; Murphy, Markey, O'Donnell, Moloney et Doody, 2021; Usher, Bhullar et Jackson, 2020). Le MSSS reconnaît d'ailleurs cette réalité dans le *Plan d'action pour une deuxième vague* (MSSS, 2016a).

Dans son document *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie* (INESSS, 2018), l'INESSS précise que dans les milieux de vie, l'instauration de mesures de sécurité pour les aînés hébergés ne doit pas l'emporter sur la préservation de l'autonomie de ces personnes; une approche de tolérance et de gestion des risques est à privilégier.

Le MSSS, dans le *Plan d'action pour une deuxième vague* (MSSS, 2020a), insiste sur la mise en place de mesures assurant la mobilité et visant à lutter contre le déconditionnement des aînés. Parmi les mesures retenues dans ce plan, on retrouve la publication des recommandations d'interventions et d'activités permettant de prévenir le déconditionnement ainsi que la désignation, dans chaque établissement, d'un responsable de la mise en œuvre des actions préventives au déconditionnement.

En juin 2020, l'INSPQ publiait un document d'information sur l'isolement social des personnes aînées en contexte de pandémie (INSPQ — Comité en prévention et promotion, 2020). Dans ce document, on peut lire que l'isolement des aînés est fréquent, malgré ses effets négatifs.

«Les personnes aînées ont besoin d'interactions sociales et de réseaux de soutien social pour être en santé et ressentir du bien-être et une satisfaction par rapport à la vie.

L'isolement et la solitude des personnes aînées sont des phénomènes fréquents qui ont des conséquences néfastes sur leur santé physique et mentale. Plusieurs facteurs de risque d'isolement social sont exacerbés en contexte de pandémie.» (p. 1)

L'isolement des aînés en contexte de pandémie soulève ici un dilemme éthique important : d'un côté, la protection de tous contre la propagation d'un virus et de l'autre, la protection de la santé physique et mentale des aînés, de leur autonomie et leur dignité, toutes menacées par l'isolement. Nous estimons qu'une réflexion quant au juste équilibre à maintenir autour de ces enjeux est nécessaire.

c) Délaisser la qualité des soins et l'humanisme au profit de l'urgence

Lors de nos consultations, plusieurs intervenants ont indiqué avoir eu le sentiment que la qualité, et particulièrement l'humanisme dans les soins et services ont été délaissés afin de donner préséance à l'urgence de la situation, ce qui a mené à des situations pouvant être qualifiées de maltraitance envers les personnes âgées.

Les préposés ne répondaient qu'aux besoins urgents et ne pouvaient soutenir moralement nos aînés. Et malheureusement, les soins de bases étaient vite faits et parfois faits brusquement. Appel à témoignages

Ce qui a été absolument affreux, c'est de faire ça mal dans les soins palliatifs, avec des médicaments qui n'étaient pas disponibles, sans visite ou infirmière. On a même inventé des protocoles de soins de confort pour mettre tous les médicaments dans le même soluté pour ne pas être obligé de rentrer dans la chambre. Ça, c'est l'inverse des soins palliatifs. Il n'y a pas de présence. Non seulement la famille n'était pas là, mais le personnel non plus pour s'assurer qu'il était bien et qu'il n'était pas anxieux. On leur a tout mis ça dans une même poche de soluté, à peu près. C'est loin d'être des soins de qualité. Intervenant

Le CSBE est conscient que la présente pandémie a exigé des ressources considérables dans le système de santé. Toutefois, nous nous questionnons à savoir si certaines des situations décrites plus haut auraient pu être évitées si les décideurs avaient pris en compte les multiples rapports pointant les vulnérabilités des milieux de vie.

d) Âgisme et paternalisme envers les aînés

Les consultations ont mis en lumière deux réalités malheureusement présentes dans le réseau de la santé, mais également dans la société en général : les aînés et leur bien-être ne sont pas prioritaires, et il revient aux autres de décider pour eux. Cette réalité démontre un manque de considération envers nos aînés, ce qui semble avoir été particulièrement présent durant la pandémie.

Pour certains, ce manque de considération est notamment lié à des actions qualifiées d'« infantilisantes » ou de « paternalistes » par plusieurs intervenants.

[...] il faut cesser d'infantiliser les aînés. On infantilise les aînés à chaque fois. Au lieu de les informer de leurs droits ou de ce qu'ils doivent faire, on les surprotège. Par exemple, dans une RPA, si le gestionnaire sur place décide de cadastrer les gens et de les confiner dans leur appartement, parce qu'il y a un méchant virus qui est là, à un moment, ça serait plutôt de les informer, en leur disant : « Oui, tu peux sortir, mais si tu sors, tu dois respecter telle et telle chose. » Les gens sont assez adultes pour suivre les choses. Intervenant

Il ressort par ailleurs de nos consultations que les personnes âgées ont été perçues, lors de la première vague de la pandémie, comme faisant partie d'une seule et même catégorie de personnes : des personnes vulnérables en déclin cognitif et/ou physique. Or, comme nous l'ont souligné plusieurs experts s'intéressant au sujet des aînés, les aînés ne sont pas « une catégorie de personnes ». Ces dernières peuvent ainsi être pleinement autonomes avec aucune ou peu de limitations physiques et/ou cognitives ou présenter, par exemple, des limites cognitives et/ou physiques non liées à leur âge. Or, les directives ayant touché les milieux de vie (CHSLD, RI-RTF, RPA) étaient essentiellement « mur-à-mur ». Leur objectif était clair : éviter la

propagation du virus. Toutefois, alors que ces directives faisaient abstraction de l'autonomie des personnes âgées, elles faisaient aussi abstraction de leur impact sur les personnes ayant, notamment, une incapacité à comprendre les mesures sanitaires.

Le CSBE reconnaît que si le gouvernement n'avait pas mis en place des directives permettant de favoriser la réduction de la propagation du virus, déjà très présent en CHSLD, d'autres voix, y compris celles de familles d'ainés hébergés, se seraient élevées et auraient exigé de plus amples mesures de protection. Nous reconnaissons ici la position délicate dans laquelle se sont trouvés plusieurs décideurs et les dilemmes éthiques auxquels ils ont été confrontés.

Enfin, il importe de souligner que l'éthique est une composante essentielle et transversale à la gestion d'une crise sanitaire. Cette intégration de l'éthique doit être au cœur du processus de gestion des risques pour, notamment, assurer un fort leadership (INSPQ, 2016).

En somme, quant au leadership exercé lors de la première vague, **le CSBE retient les points suivants** :

- La sous-représentation de la réalité des milieux de vie et des besoins des personnes âgées découlant de l'absence d'experts en la matière au sein du comité central ministériel, lesquels auraient contribué à une prise de décision éclairée.
- Le faible recours aux scientifiques et experts œuvrant à l'extérieur du système institutionnel de santé publique;
- Un manque de leadership collaboratif faisant en sorte que les acteurs sur le terrain, dont les Premières Nations et les Inuits, ont été peu impliqués dans l'élaboration et la validation des directives. Cela aurait fait en sorte qu'au début de la pandémie, certaines directives étaient difficilement applicables dans certaines régions.
- En raison de l'urgence de la situation, la réflexion éthique n'a pas été au cœur du processus décisionnel pendant la première vague de la pandémie.
- L'attitude paternaliste à l'égard des personnes âgées.

3.4. Communication cohérente et transparente

3.4.1. Communication interne et aux partenaires cohérente et efficiente

Nous avons précédemment indiqué que la définition claire et la compréhension des rôles sont essentielles à la réussite dans la gestion d'une pandémie. Comme il est mentionné, sans cette définition et cette compréhension, plusieurs acteurs sont susceptibles de se sentir investis de la mission de leaders et de gestionnaires. Il est donc possible, par le fait même, que de multiples directives, parfois contradictoires, soient émises. Selon plusieurs intervenants rencontrés, c'est précisément ce qui est survenu lors de la première vague de la pandémie^{vii}.

Le manque de cohérence peut aussi survenir lorsqu'il n'y a qu'un seul et même acteur; par exemple, s'il doit faire marche arrière parce qu'il réalise, souvent à la suite de questions et de commentaires venant du terrain, que la directive est, dans les faits, non applicable (Nicola et al., 2020). La multiplication des directives émises à l'intérieur d'une courte période affecte nécessairement la clarté du message et les objectifs poursuivis (Liu et al., 2021; Nicola et al., 2020; Weeks, 2020)^{viii}.

Le réseau aurait été particulièrement surchargé de directives lors de la première vague, ce qui a pu avoir un impact sur la capacité d'adhésion des acteurs à ces dernières.

Dans le sens que pendant la première vague, il y a eu beaucoup de consignes des fois, même pour nous, il fallait essayer de faire des résumés de tout ça. C'est-à-dire qu'il y avait des consignes qui venaient de l'INSPQ, il y en avait qui venaient du Cinq, il y en avait qui venaient [de] d'autres directions ministérielles. Il y avait beaucoup de consignes en peu de temps et parfois des consignes sur dix pages. Ce qui n'est pas gagnant! [Intervenant](#)

Cela a aussi été soulevé par les représentants des Premières Nations, qui nous ont par ailleurs indiqué qu'il ne semblait y avoir aucun processus assurant la communication des directives vers les communautés :

Les directives émises de côté du provincial, c'était pour les envoyer dans les CISSS pour que les CISSS les donnent à leur établissement. Mais par conséquent, ça ne se rend pas dans les communautés puisque les liens n'étaient pas faits. [...] Ça finit par faire en sorte que les communautés les recevaient au point de départ un peu plus tard. [Intervenant des Premières Nations](#)

3.4.2. Transparence des communications, indépendance des acteurs de santé publique et confiance du public

Au Québec, le directeur national de santé publique est aussi sous-ministre adjoint (LSSSS, art. 5.1). Un courant de pensée veut que cette double fonction réduise la capacité du directeur national à émettre des avis basés uniquement sur la science et sur les enjeux de santé et de bien-être pour la population. Un autre courant suggère plutôt que le statut de sous-ministre adjoint du directeur national donne une voix importante à la santé publique et permet un éclairage multifactoriel (Lacoursière, 2021). Ce dernier courant semble plus fortement appuyé par les acteurs de la santé publique que nous avons rencontrés. Toutefois, selon l'ACSP, l'indépendance du directeur national de santé publique (DNSP) est essentielle à la cohésion intergouvernementale et à l'atteinte des objectifs en santé publique (Association canadienne de santé publique, 2019).

C'est ce qu'exprime Janeen Interlandi dans un article du New York Times (25 juin 2021), intitulé *Covid Proved the CDC Is Broken. Can It Be Fixed?* lorsqu'elle fait référence à la politisation du Centers for Disease Control and Prevention aux États-Unis — l'agence responsable d'aviser sur les questions sanitaires, y compris en matière de crise sanitaire —, et à l'importance de développer des agences indépendantes et bien dotées pour aviser la gestion de grands enjeux sanitaires comme les pandémies (Interlandi et Rea, 2021).

Le 9 décembre 2020, en commission parlementaire, le D^r Horacio Arruda a indiqué que ses rôles de directeur national de santé publique et de sous-ministre adjoint sont indépendants l'un de l'autre. Bien que la distinction entre ces rôles soit claire pour le D^r Arruda et son entourage (Assemblée nationale du Québec, 2020), la limite de l'un et de l'autre l'est moins aux yeux de la population en générale, des médias et même de plusieurs professionnels du réseau de santé et de services sociaux. Cette perspective semble exacerbée par le fait que le directeur national de santé publique soit assis aux côtés des élus pendant les conférences de presse. Selon les consultations, certains intervenants ont partagé la même confusion.

Par ailleurs, le manque de transparence du gouvernement quant à la teneur des recommandations du DNSP, souvent non écrites, lors de la première vague de la pandémie, a pu mettre en doute l'indépendance réelle des acteurs de santé publique et du D^r Arruda lui-même.

Certains intervenants ont soulevé que les processus décisionnels en temps de crise sanitaire sont longs et qu'ils n'impliquent que des personnes du gouvernement, sans consultation d'acteurs externes. Ces processus opaques, qui semblent ainsi s'éloigner des notions de leadership inclusif analysées plus tôt, font qu'il est particulièrement difficile de savoir si les décisions sont basées strictement sur la science ou si elles sont aussi influencées par d'autres facteurs. Certaines personnes y voient un manque de transparence.

C'est cette mécanique de dire : « Voici la science produite. Voici, elle est livrée. Elle est écrite, et après, vous en disposez ». Il n'y a pas l'équivalent entre la direction générale de santé publique et le ministre. C'est peut-être ça qui manque. C'est là que la confusion est : qui fait quoi comme recommandations au ministre ? Sous quelle forme ? Est-ce qu'il y a des notes écrites ? Une fois que la DGSP a fait sa recommandation au ministre, comment est-elle actualisée dans la fameuse directive ? [Intervenant](#)

Pour ces raisons, des intervenants ont suggéré que les recommandations des experts en santé publique soient publiques afin qu'il y ait une distinction entre celles-ci et les mesures gouvernementales annoncées.

David Levine, ancien président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, dans une entrevue qu'il a accordée à Radio-Canada le 11 septembre 2020, illustre bien les défis et les risques d'incohérences liés à la conjugaison de la santé publique et du politique.

«...la chose la plus importante est d'avoir un message clair, consistant et jamais un double discours, que je pense malheureusement n'est pas nécessairement toujours le cas. On dit : il y a une zone verte au Québec. Le vert veut dire : GO, il n'y a pas de problème. Ce n'est pas vrai, le problème est toujours là. Le virus est toujours là. La notion de zone verte, comment la population va comprendre ça ?

Deuxième exemple, on laisse les bars ouverts. Les bars, c'est un endroit pour s'amuser, pour se rencontrer avec des amis, pour prendre un verre, peut-être deux, et parfois trois. Une fois qu'on a pris trois verres, notre préoccupation de la COVID-19 n'est pas aussi présente [...].

...au début, c'était ne pas porter un masque, ce n'est pas important. Aujourd'hui, on donne des amendes si on ne porte pas le masque.

Voilà ! Pour les gouvernements, c'est un casse-tête extraordinaire. Ils doivent être préoccupés par la protection de la population, mais en même temps, ils doivent véhiculer que le danger est réel. Est-ce que la population pense que le danger est réel ? [...] Il y a une question évidemment : jusqu'où la population va tolérer certaines contraintes ? Et le gouvernement doit regarder ça et jongler.» [\(Levine, 2020\)](#).

La santé publique est-elle compatible avec le politique ?

Un courant de pensée actuel considère que la santé publique et le politique ne sont pas compatibles (Brown, 2010); les décideurs politiques « oublient » souvent la santé publique dans leurs mandats, car la population est souvent intéressée par d'autres enjeux comme l'économie, la vie quotidienne, etc. D'ailleurs, les rôles et responsabilités des organismes gouvernementaux, incluant la santé publique, ne sont pas souvent délimités dans certains environnements, notamment dans le milieu du travail. Cependant, les décisions ou perspectives en santé publique peuvent détourner l'attention de la politique et mettre en péril l'atteinte d'objectifs politiques (Brown, 2010). Le système de santé publique est alimenté par la science et la rigueur et souvent fondé sur des objectifs qui produiront des résultats à long terme. De l'autre côté, la politique est alimentée par plusieurs facteurs, notamment des facteurs sociaux, économiques et réalisables. Ces derniers sont souvent basés sur des objectifs qui produiront des résultats à court terme et à l'intérieur d'un cycle électoral.

Malgré ces orientations différentes et la perception d'experts voulant que le politique exerce peut-être une influence trop importante sur la communication et le suivi des recommandations en santé publique, beaucoup d'avancements dans la santé sont la conséquence d'une fusion entre la santé publique et le politique. Par exemple, les environnements sans fumée sont le résultat de cette collaboration. La politique donne du pouvoir aux décisions en santé publique et permet la mise en place de ces décisions. Les acteurs de santé publique donnent des pistes de solution et formulent des recommandations pour la mise en place de mesures de prévention et la promotion d'éléments qui favorisent la santé de la population pour permettre une économie durable et une vie saine. Les deux sont complémentaires, et l'atteinte d'un équilibre qui répond aux besoins de la population est parfois difficile à trouver. (Hunter, 2016)

Nous pouvons ainsi nous demander dans quelle mesure la transparence des acteurs de santé publique, qui impliquerait la publication de toutes ses recommandations, sans adaptation aux aléas, notamment politiques, pourrait ou non instaurer la confiance de la population envers le système de santé publique, mais au détriment de la confiance de la population envers le gouvernement.

Notons que dans quelques autres provinces canadiennes, notamment en Ontario, et aux États-Unis, les organismes de santé publique sont séparés du reste des autorités publiques responsables de la santé. En d'autres mots, ils sont des organismes indépendants tant dans leurs recommandations que dans la publication de ces dernières.

Particularités soulevées par les membres des premières nations rencontrés

Du point de vue des communications, les directives ministérielles étaient nombreuses et peu espacées dans le temps, difficiles à interpréter, parfois contradictoires et bien souvent, mal arrimées avec les réalités de terrain des Premières Nations et sans précisions sur la façon de les rendre opérationnelles.

[...] On est noyé des lignes directrices du gouvernement. [...] Puis aussi, il y a tellement de changement de lignes directrices du gouvernement, qu'on a reçues mettons il y a 2 jours, et bien ça ne répond plus parce qu'on reçoit une deuxième mise à jour. Et recevoir 15 directives dans le même envoi courriel, c'est lourd pour nous autres pour la lecture et puis pour notre compréhension. [Intervenant des Premières Nations](#)

Ce sont cependant les enjeux liés aux barrières linguistiques dans l'accès à l'information, la transmission des directives de santé publique et la formation (p. ex., prévention et contrôle des infections) qui ont particulièrement retenu l'attention des représentants des Premières Nations que nous avons rencontrés.

Il semble que, malgré des interventions répétées des Premières Nations, il ait été très difficile d'obtenir de l'information en langue anglaise dans des délais appropriés et dans certains cas, aucune traduction n'était fournie. Pourtant, bon nombre de documents traitaient d'informations capitales pour assurer une gestion efficiente de l'urgence sanitaire.

[...] Donc on a vu des fois des décalages de plusieurs semaines voire des mois entre le moment où une directive a été émise par le gouvernement provincial et le moment où elle était traduite d'un accès aux communautés, aux orientations qui sont essentielles dans l'administration et la gestion de leurs services de santé à leur population. [Intervenant des Premières Nations](#)

Dans certains cas, par exemple pour la formation PCI, des membres des Premières Nations ont dû recourir à l'aide du gouvernement fédéral pour obtenir des traductions de courtoisie ou ont traduit eux-mêmes les informations ou documents requis.

[...] Ça a pris un certain temps avant qu'on puisse y avoir accès, je dirais un bon trois, quatre mois avant que les communautés puissent y avoir accès et on s'était fait dire que ce serait disponible éventuellement en anglais puisque c'était donné par la Croix-Rouge. Finalement, on a fini beaucoup plus tard par nous dire : « Bien là, peut-être que certains CISSS pourraient avoir des intervenants qui pourraient vous la donner en anglais. » Pour finir que, ça n'a pas été disponible, puis on a fini par se tourner vers le fédéral pour réussir à avoir quelqu'un pour donner l'information du côté des communautés anglophones. [Intervenant des Premières Nations](#)

Certains représentants des Premières Nations ont mentionné que cette difficulté d'accéder à des informations, des documents ou des formations en langue anglaise peut avoir des répercussions négatives sur la sécurité et la qualité des services offerts à la population des Premières Nations, à plus forte raison, en contexte d'urgence sanitaire.

Étant donné ce qui précède, il appert que la communication cohérente et transparente comme facteur de réussite dans la gestion d'une crise s'est avérée déficiente lors de la première vague de la pandémie au Québec. Plus particulièrement, le CSBE retient les points suivants :

- La perception d'un manque d'indépendance — par la population et par certains acteurs du réseau de la santé et des services sociaux — du directeur national, qui occupe également un poste de sous-ministre adjoint.
- Un manque de transparence dans l'élaboration des directives et l'absence d'un processus de reddition de compte en état d'urgence sanitaire prolongé.
- Un accès difficile ou tardif aux directives, consignes et formations de santé publique par les Premières Nations.

3.5. Capacités d'action

While there have been concerted efforts in recent years to boost pandemic preparedness, they have fallen far short of what is required. Too many national governments lacked solid preparedness plans, core public health capacities and organized multisectoral coordination with clear commitment from the highest national leadership. (The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response, 2021)

Le concept de la préparation des mesures d'une urgence («Emergency Preparedness») se définit par la capacité d'un organisme de se préparer dans le cas d'une urgence (Santé Canada, 2019). En temps de pandémie, le niveau de préparation d'un État peut déterminer une bonne ou une mauvaise gestion (Mahmood, Hasan, Colder-Carras et Labrique, 2020).

Nous savons depuis plusieurs années que les risques de pandémie sont de plus en plus présents (MSSS, 2006). Le plan de 2006 prévoyait d'ailleurs que la préparation à l'émergence d'une pandémie devait être une priorité en santé :

«Les données historiques démontrent qu'une nouvelle souche pandémique du virus de l'influenza émerge en l'espace de quelques décennies. Bien qu'il soit impossible d'en prédire le moment avec précision, certaines conditions, lorsqu'elles sont réunies, en augmentent la probabilité. Or, les experts s'entendent aujourd'hui pour dire qu'une telle éventualité est de plus en plus probable». (p. 13)

La capacité d'un État à se préparer à une crise sanitaire repose sur différents facteurs. Nous nous attardons ici aux suivants : 1) un financement continu et important du système de santé publique, particulièrement de l'Axe d'intervention 4 du PNSP qui porte sur la gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires; 2) la formation en PCI; 3) la planification des mesures d'approvisionnement en contexte de pandémie; 4) la capacité d'enquête et de traçage; 5) l'accès aux données en temps réel, et 6) l'accès rapide et en temps opportun aux avis scientifiques.

Il ressort de nos consultations qu'aucun de ces facteurs n'étaient adéquats au Québec le 30 janvier lorsque le COVID-19 IHR Emergency Committee de l'OMS a invité les pays à rapidement mettre en place des mesures permettant de détecter le virus et de limiter sa propagation.

3.5.1. Financement continu et constant du système de santé publique, vérification de la conformité et capacité de surveillance et de gestion des risques sanitaires

Bien que, dans la littérature, la séquence des actions en santé publique d'un pays ne puisse être directement corrélée aux investissements en santé publique (Chen, 2020), il demeure que les diverses études analysant la réussite ou l'échec des pays dans la gestion de la pandémie établissent un lien clair entre les investissements continus et importants en santé publique et l'impact de la COVID-19.

Plusieurs intervenants rencontrés ont aussi établi un lien entre le faible financement du système de santé publique dans les dernières années, les coupures de 33 % appliquées aux directions régionales de santé publique depuis la réforme de 2015, et les difficultés des acteurs de santé publique à exercer rapidement l'ensemble de leurs responsabilités en lien avec la gestion de la pandémie.

On avait coupé 30 % du budget de la santé publique. Imaginez dans un contexte où arrive une pandémie et on avait de la misère à fonctionner dans un contexte normal. Et on avait des difficultés. On avait perdu beaucoup d'intervenants. Intervenant

Le portrait de l'allocation des dépenses en santé publique au Québec (section 2.2) montre que ce financement n'est pas consacré à ses fonctions ni protégé. Cela signifie que le budget non utilisé une année peut être redirigé à d'autres fins par les CISSS/CIUSSS ou le MSSS. C'est d'ailleurs ce que nous confirment les acteurs, dans le cadre des consultations.

Je vous le dis très honnêtement, c'est excessivement difficile que l'argent qui était investi en prévention ne se trouve pas du côté clinique s'il n'y a pas une barrière. Intervenant

Un financement plus important, accru et consacré exclusivement à l'Axe d'intervention 4 du PNSP, lequel est destiné à favoriser le développement d'une expertise dans l'identification des risques et des menaces pour la santé et à la préparation d'une crise sanitaire, aurait, selon les intervenants rencontrés, probablement favorisé une plus grande collaboration entre les acteurs du réseau, une meilleure compréhension de leur rôle, et le développement d'une plus grande capacité à réaliser le dépistage.

Mais c'est pour ça que je vous amène, mon analyse de l'Axe 4, s'il avait été davantage développé, financé, soutenu. Il y aurait peut-être une collaboration plus évidente, une compréhension plus évidente aussi des rôles et responsabilités des partenaires. Intervenant

Il ressort aussi des consultations que le rôle des acteurs de santé publique doit s'étendre à celui de faire des inspections de santé publique (sans pour autant limiter les interventions favorisant une meilleure compréhension des mesures comme, par exemple, la mise en place de brigades PCI, qui ont démontré des résultats positifs) pour 1) vérifier la conformité aux mesures mises en place par les autorités; 2) veiller à l'utilisation optimale des ressources; 3) renforcer les pratiques de santé publique, et 4) permettre aux autorités de santé publique de récolter des informations provenant directement du terrain. Or, il appert qu'à l'heure actuelle, bien que les acteurs de santé publique soient investis du rôle d'inspection et de vérification de conformité, ils ne disposent pas des ressources pour le faire.

En Ontario, ils ont beaucoup ces inspecteurs de santé publique. Ils ont créé ces rôles qui vont dans la communauté, mais aussi qui vont renforcer les pratiques et faire des audits. Je me pose beaucoup la question si on ne devrait pas au Québec avoir ce regard externe. [Intervenant](#)

3.5.2. Formation en prévention et contrôle des infections

Le succès d'une lutte contre une pandémie est intrinsèquement lié au respect des mesures de PCI au sein des établissements et des milieux de vie (Liu et al., 2021; Mahmood et al., 2020).

Soulignons qu'aucune mention des mesures de PCI en milieu d'hébergement ne figurait dans le plan de gestion de crise sanitaire.

Un déploiement plus important de ressources en PCI, y compris des formations dans d'autres langues que le français, semble être un facteur déterminant pour assurer l'intégration des réflexes en PCI par les professionnels de la santé œuvrant au sein des milieux d'hébergement^{ix}.

Il ressort des consultations que les réflexes en PCI n'ont pas été particulièrement présents, notamment dans les CHSLD. La jaquette d'hôpital, les sarraus ou les stations destinées à la désinfection des mains n'y sont pas présents afin de se rapprocher le plus possible du milieu de vie que nous connaissons :

Il n'y a pas suffisamment de ressources PCI pour s'assurer que les mesures sont bien mises en place et surtout, qu'elles sont comprises par les gens qui sont là. Surtout dans les milieux montréalais où c'est très multiethnique où nos préposés aux bénéficiaires ou nos infirmières auxiliaires ne parlent même pas français. [Intervenant](#)

La formation initiale ou continue en PCI et, tout particulièrement l'intégration des connaissances et des habitudes en PCI, étaient peu présentes et/ou acquises dans les milieux d'hébergement :

[...] puis on n'était pas assez préparé au niveau de la PCI. Peut-être que dans les centres hospitaliers, on l'était un petit peu plus, mais franchement, c'est un grand pan de mur qu'on avait oublié dans les milieux de vie. [...] [Intervenant](#)

Les formations en PCI sont aussi considérées comme trop peu présentes dans le parcours d'apprentissage des professionnels de la santé :

La prévention clinique n'est pratiquement pas enseignée à l'université dans le parcours de médecine. [Intervenant](#)

Ça l'est un peu plus du côté des soins infirmiers, mais pas du tout en pharmacie. Il y a plein de domaines où la prévention n'est pas enseignée. [Intervenant](#)

Par ailleurs, les PAB, selon leur milieu de travail, n'ont pas à suivre systématiquement une formation qui comprend une formation en PCI. En effet, selon le rapport *Le rôle du préposé aux bénéficiaires dans le continuum de soins de longue durée au Québec* par Voyer, Savoie et Lafrenière, le métier de PAB peut être exercé à la suite de formations variables ou parfois non existantes (essentiellement, dans ce dernier cas, dans le secteur privé). (Voyer, Savoie et Lafrenière, 2020)

Plusieurs intervenants rencontrés ont indiqué que le défaut de recourir aux mesures de PCI et de les maîtriser dans les milieux de vie, conjugué à un manque d'effectifs en PCI, a certainement contribué à la propagation du virus auprès du personnel et des usagers lors de la première de la pandémie. Plus directement, des intervenants nous ont indiqué que l'absence de maîtrise et d'effectifs en PCI a certainement contribué à l'absentéisme dans les milieux de vie (contribuant à aggraver la pénurie de personnel) et a fort possiblement été la cause de plusieurs décès, y compris de professionnels de la santé.

Par exemple, au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, il est rapporté qu'entre le 17 avril et le 9 juillet 2020, jusqu'à 16 % du personnel en soins infirmiers et cardiovasculaires (catégorie 1) était en arrêt de travail après avoir contracté le virus ou avoir eu des contacts à risque. Le pic d'infection du personnel de cette catégorie a été atteint vers la fin du mois d'avril et coïncide avec l'augmentation fulgurante du nombre de cas chez les résidents des CHSLD du CISSS/CIUSSS (SPSS, 2020).

Le Plan d'action pour la deuxième vague prévoit maintenant des actions en lien avec la prévention et le contrôle des infections. À titre d'exemple, la formation de 15 000 personnes sur les principes fondamentaux de la PCI, la sensibilisation du personnel à l'application des mesures de PCI et la présence d'équipes de PCI et de gestionnaires responsables de la mise en place des mesures. (MSSS, 2020a)

3.5.3. Mesures d'approvisionnement

L'ensemble des intervenants rencontrés dans le contexte de nos consultations ont confirmé le manque criant d'équipements de protection individuelle (ÉPI) lors de la première vague, aussi rapporté par plusieurs médias. Tant au niveau central qu'au niveau local, la distribution à grande échelle des ÉPI était impossible en raison des réserves trop basses ou tout simplement épuisées.

Ce manque de matériel était tout particulièrement criant dans les milieux de vie, les faibles réserves ayant été réquisitionnées pour les hôpitaux^x.

Le gouvernement a retenu toutes les commandes d'équipements de protection personnels chez les grands fournisseurs pour approvisionner le réseau de la santé. Cela a créé une pénurie auprès des établissements privés de santé (CHSLD, RI-RTF, communautés religieuses, RPA, etc.). Cette situation a mis en danger tous les établissements privés du Québec qui n'ont pu se protéger en temps opportun pour la première vague. Je croyais qu'à titre de [contribuables], nous étions tous égaux face à la pandémie. Force est de constater que ce n'est pas le cas. Le gouvernement a voulu protéger ses hôpitaux au détriment des citoyens dans leur milieu de vie.
Appel à témoignages

Nécessairement, combiné aux mesures de PCI peu présentes en milieu de vie, le manque d'ÉPI aura aussi contribué à la propagation du virus, notamment auprès des usagers, mais aussi du personnel, déjà limité dans ces milieux. Il aura aussi créé des craintes importantes chez les employés, certains préférant s'absenter des lieux du travail (Giri, Chennet Romero-Ortuno, 2021)^{xi}.

Le plan d'intervention de 2006 relatif à l'influenza soulignait pourtant l'importance de planifier l'approvisionnement avant une crise sanitaire :

«Il est possible, selon la gravité de la pandémie d'influenza, que plusieurs pays émettent des embargos sur des produits requis. Le système de transport de ces produits pourrait également présenter des vulnérabilités logistiques et humaines. Il importe donc que le Québec planifie un approvisionnement à priori de ces ressources vitales au fonctionnement du réseau d'établissements et des sites non traditionnels de soins». (MSSS, 2006)

La majorité des intervenants rencontrés nous indique qu'il n'existait pas de réserve provinciale d'ÉPI en vue d'une pandémie, bien qu'il restait des stocks de la pandémie de H1N1. L'approvisionnement en ÉPI se faisait seulement en fonction des besoins normaux de chaque établissement, notamment en raison d'espaces de stockage limités. Selon les acteurs rencontrés, cette façon de fonctionner est le résultat d'un manque de financement.

Il ressort également des consultations que le MSSS ne dispose pas de système centralisé pour la gestion des ÉPI, les données actuelles étant trop limitées pour permettre d'évaluer l'ampleur des stocks de matériel et de suivre leur évolution¹². Selon les intervenants rencontrés, ce fonctionnement convient en temps normal, notamment puisque chaque établissement gère habituellement ses stocks. Toutefois, rappelons qu'au début de la pandémie, le MSSS a centralisé la gestion des ÉPI; un système centralisé pour la gestion des ÉPI nous apparaît nécessaire dans cette situation.

Une stratégie d'approvisionnement en contexte d'urgence aurait avantage à être élaborée en collaboration avec le secteur privé, comme la majorité des fournisseurs disposent eux-mêmes de plans d'approvisionnement en contexte d'urgence :

Chez nous, c'est ce qu'on fait. On a un plan de redressement. On a un plan de pandémie à l'interne. On gère les stocks d'une certaine façon, c'est cette expertise-là, le fait qu'on enlève les tentacules, pour ainsi dire différentes organisations au niveau global, qui fait qu'on est capable de tout rassembler. Intervenant

3.5.4. Capacité de dépistage

À la mi-mars 2020, alors que le Québec se préparait à la pandémie au vu de ce qui se déroulait à l'international, très peu de tests pour la COVID-19 étaient disponibles. Selon les acteurs rencontrés lors des consultations, le manque de capacité à effectuer des tests rapidement a eu un impact considérable sur la gestion de la première vague de la pandémie. Cette faible capacité était notamment due à un manque de réactifs pour faire les tests, à un manque de personnel pour répondre à la demande ainsi qu'au manque de laboratoire pouvant prêter mainforte au Laboratoire de santé publique du Québec.

Notons que le dépistage ne relève pas seulement des acteurs de santé publique et que plusieurs autres volets de la mission Santé du PNSP y sont impliqués. Les acteurs rencontrés nous indiquent que cette réalité peut avoir contribué, au début de la pandémie, à réduire la capacité d'action et l'agilité relatives au dépistage.

¹² Selon le *Rapport d'évaluation — Anticiper la deuxième vague de la COVID-19 : revue de la littérature*, publié par le CHU Sainte-Justine, le système d'information actuelle est archaïque et ne permet pas d'évaluer adéquatement les besoins de ces établissements.

En raison de ce qui se déroulait en Italie et en Chine, où la capacité des soins intensifs hospitaliers a été dépassée rapidement, il a été décidé d'envoyer en CHSLD les patients âgés afin de libérer des lits dans les hôpitaux. Ces patients étaient souvent en attente d'une place en CHSLD.

Selon les consultations réalisées, il n'y avait pas de test de dépistage systématique pour la COVID-19 avant d'effectuer les transferts vers les CHSLD, notamment en raison de la faible capacité de dépistage. Dans certains cas, ces transferts ont été à l'origine d'éclosions en CHSLD. Pourtant, plusieurs professionnels de la santé ont sonné l'alarme lorsqu'ils ont appris qu'il n'y avait pas toujours de test de dépistage avant les transferts. Malgré cela, en l'absence d'une capacité de dépistage et en préparation à l'arrivée massive de patients aux unités de soins intensifs, des patients ont été renvoyés de l'hôpital, vers les CHSLD, sans être testés.

De leur côté, les milieux d'hébergement ne pouvaient plus acheter localement d'écouvillons ni procéder au dépistage. Cette décision a nécessairement impacté la rapidité de dépistage dans les milieux de vie et, conséquemment, l'identification et l'isolement rapide des cas de COVID-19.

Pour l'équipement, il a fallu s'organiser autrement, parce qu'on n'aurait jamais reçu les quantités qu'on avait besoin. Avant, on était autonome dans nos dépistages pour les résidents. Ils nous ont enlevé ça, donc on ne pouvait plus acheter des écouvillons, on ne pouvait plus dépister. Ça fait que ça a retardé énormément le dépistage de nos résidents. Et on le vit encore là. Samedi dernier, au soir, on a su qu'on avait un résident. On le dit encore : on peut tout avoir, on peut acheter les médicaments. On a voulu nous-mêmes le dépister dimanche matin, et ils nous ont dit : «Non». On ne l'a su que le lundi soir. Alors qui est pénalisé? Ce sont les résidents, encore une fois. [Intervenant](#)

Le manque de capacité à effectuer des tests de dépistage s'est également fait ressentir au niveau du personnel. En effet, le retard relatif au dépistage du personnel de santé a pu alimenter la transmission de la COVID-19 inter – et intra-établissement. La littérature confirme ce que nous ont dit des acteurs à ce sujet. Les milieux de vie étaient déjà vulnérables dans un contexte de crise, mais le manque de planification et l'absence d'une capacité de dépistage ont joué le rôle de catalyseur (Dubois, 2020). Le rapport *COVID-19 et main-d'œuvre en santé : Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels* (Dubois, 2020), publié par le CIRANO, souligne également l'arrivée tardive du dépistage pour le personnel dans les milieux de vie pour aînés.

Une fois la capacité de dépistage augmentée, un nouvel enjeu est apparu : la capacité d'analyse des laboratoires. Dans plusieurs régions, il n'était pas possible de respecter l'échéancier fixé de 48 heures pour obtenir le résultat d'un test de dépistage. Par conséquent, les délais pour obtenir un résultat de test de dépistage se sont avérés problématiques pour de nombreux Québécois. Cela a pu contribuer au non-respect de l'isolement suivant un dépistage et à la transmission communautaire du virus par des personnes asymptomatiques. Selon des intervenants, l'absence d'une stratégie de dépistage et de traçage était également mise à l'évidence par les erreurs systématiques dans les cliniques de dépistages.

Alors sont venues s'ajouter à travers tout ça, et dès le mois d'août, les cliniques de dépistage, un grand volume, donc des files d'attente interminables. On se rappelle des souvenirs dans les médias. Les délais pour obtenir les tests COVID qui étaient prévus dans les 48 heures, mais quelquefois 10, 12 jours plus tard, les gens n'avaient pas de test. Les erreurs aussi. Au début, les gens, c'était un numéro de cellulaire pour trois ou quatre membres de la famille, on reçoit si c'est négatif, c'est négatif, mais si c'est positif, à qui s'adresse vraiment le test dans la même famille? Ça, ça a été corrigé. Les retards d'analyse aussi, etc. En décembre, on était encore à ces niveaux-là. [Intervenant](#)

En somme, il ressort des consultations que la capacité de dépistage était très faible au début de la pandémie. Une stratégie complète de dépistage en cas de pandémie aurait assurément augmenté cette capacité, notamment en prévoyant les modalités d'accès aux résultats des tests, en uniformisant les pratiques et en identifiant les laboratoires pouvant être réquisitionnés en cas de crise sanitaire.

Nous notons également que le plan d'action pour la deuxième vague ne cache pas les difficultés rencontrées en lien avec le dépistage : il fait notamment mention du manque de « cliniques et de laboratoires » affectés à la COVID-19. (MSSS, 2020a, p. 36) Toutefois, il y est également mentionné que plusieurs cliniques et laboratoires ont, depuis, été mis en place, ce que le CSBE tient à souligner. (MSSS, 2020a)

3.5.5. Accès aux données

(...) surveillance and alert systems at national, regional and global levels must be redesigned, bringing together their detection functions – picking up signals of potential outbreaks – and their relay functions – ensuring that signals are verified and acted upon. Both must be able to function at near instantaneous speed.

This will require the consistent application of digital tools, including the incorporation of machine learning, together with fast-paced verification and audit functions. It will also require a commitment to open data principles as the foundation of a system that can adapt and correct itself. ([The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response, 2021](#))

L'accès à des données de qualité en temps réel et suffisant à l'analyse est un autre facteur clé de succès dans la gestion d'une pandémie (Whitelaw et al., 2020). Cet accès permet la préparation et l'action rapide lorsque la situation se présente. Il permet aussi d'améliorer la confiance envers les leaders et les gestionnaires puisque les orientations et les décisions se basent sur les données de gestion et scientifiques disponibles et reflètent donc la réalité vécue sur le terrain.

Le plan de 2006 requérait d'ailleurs l'optimisation du système de surveillance et l'intégration des systèmes :

«Lorsqu'une pandémie d'influenza deviendra imminente, les besoins en matière de données de surveillance seront accrus et pressants, et le nombre de clients (individus et organisations) intéressés à obtenir et à exploiter ces données se multipliera. Dans le contexte de préparation à la pandémie, il est donc souhaitable, voire nécessaire, que soit optimisé le système de surveillance actuel et que soient intégrées les données des autres systèmes de surveillance existants.

Un système automatisé doit également être développé pour permettre une consultation des données en temps réel et une analyse intégrée de tous les indicateurs requis pour soutenir l'intervention à chaque phase du plan de pandémie. Ce système est en cours d'élaboration au plan provincial.» – p.34 (MSSS, 2006)

a) Accès aux données en temps réel

Les acteurs rencontrés lors des consultations sont unanimes sur le fait que les données de gestion sont essentielles en crise sanitaire afin de prendre des décisions éclairées. Il s'agit d'une vulnérabilité claire identifiée par ces derniers dans la gestion de la pandémie au Québec.

Actuellement, c'est sûr que l'info est très en silo dans les établissements. C'est sûr que de mon point de vue, je le vois plus, pas du point de vue du patient, mais dans mon utilité de tous les jours. C'est l'information de gestion qu'on a maintenant commencé à colliger, même si c'est tout dans des systèmes épars. Au moins, avec un tableau de bord, on est capable de l'alimenter, parce que j'ai vu une grosse différence entre la 1^{re} et la 2^e vague. C'est comment on peut s'équiper pour au moins faire une vigie et prendre des décisions beaucoup plus éclairées. [Intervenant](#)

La difficulté d'obtenir les données permettant d'assurer une bonne préparation et une gestion de crise rapide et efficace semble reposer sur des facteurs multiples : le fiduciaire des données n'est pas toujours le propriétaire, les données ne sont pas hébergées au même endroit, les normes visant la protection de la vie privée ne prennent pas nécessairement en considération la nécessité du partage de l'information afin de protéger la santé des usagers ou encore, ces normes sont sujettes à des interprétations variables, ce qui génère des délais déraisonnables dans un contexte d'urgence.

Dans le contexte de la pandémie, nous avons été surpris de constater que le MSSS et les acteurs de santé publique n'ont pas un accès préétabli aux données leur permettant d'assurer une gestion de crise rapide et efficace.

Il semble assez évident pour des intervenants rencontrés que les lois actuelles ne sont plus adaptées à la nouvelle réalité technologique et qu'elles ne permettent pas l'agilité requise pour se préparer à une pandémie ni pour y réagir. La gestion des données est complexe et son accès est parfois nul :

Ben vous savez aussi bien que moi, toute la question de la protection, de la confidentialité. Et au Québec, la loi est très restrictive. Ça complexifie les choses. [Intervenant](#)

C'est une vieille loi qui disait que parce qu'un dossier de patient est un papier [il] ne peut pas circuler ailleurs. C'est dangereux que la personne qui se promène avec le dossier, puisse lire dedans. On est pris avec des règles aussi bébêtes que ça qui fait que l'information ne circule pas. [Intervenant](#)

Enfin, des intervenants rencontrés ont exprimé leur difficulté à réaliser des analyses scientifiques permettant d'attester de la santé de la population québécoise, difficulté qui a été accentuée par l'accès limité aux données et l'absence de systèmes intégrés. Les recherches scientifiques propres au Québec qui permettent de se situer par rapport à d'autres États sont donc difficiles à réaliser.

b) Accès à des données de qualité et suffisantes

Afin de pouvoir opérer et gérer, les gestionnaires doivent disposer de l'ensemble des moyens pour le faire. L'ensemble des intervenants rencontrés sont aussi d'avis que les systèmes d'information du système de santé ne permettaient pas, lors de la première vague, de colliger l'information requise afin de limiter la propagation du virus, notamment dans les milieux de vie :

Les systèmes d'information sont complètement inadéquats. Je vais vous donner un exemple. Durant la COVID, nos systèmes en ressources humaines étaient tellement dysfonctionnels qu'on déplaçait des gens, exemple de la DI-TSA vers les CHSLD. Puis, à un moment donné, on perdait les employés, on ne savait plus ils étaient rendus où. Quand j'ai su ça dans mon bureau, j'ai dit : « Voyons donc, ça n'a pas de bon sens, c'est quoi cette affaire-là ? » Les cadres ne savaient plus où étaient leurs employés. [...] Ils perdaient plein de temps. [...] Les systèmes d'information, ils sont en train de renforcer ça au ministère, mais on a des années de retard. [Intervenant](#)

Par ailleurs, les données disponibles sont considérées, par plusieurs intervenants, comme n'étant pas de qualité et/ou insuffisantes pour assurer une gestion de crise efficace. Malgré tout, mentionnons que des intervenants ont souligné que la pandémie a permis des développements au niveau de l'information :

Ce qu'il faut savoir, c'est que beaucoup de travaux ont été faits durant la pandémie pour aller chercher les données. [...] Donc il y a eu beaucoup de développement durant la pandémie, à vitesse grand V. Je pense qu'il faut le noter, puis voir la valeur de tout ça. Les équipes ont travaillé extrêmement fort, ça ne s'était jamais vu au ministère travailler aussi vite que ça. [Intervenant](#)

Enfin, certains représentants des Premières Nations ont soulevé l'enjeu de l'accès à des données fiables permettant une veille adéquate des cas chez les Premières Nations :

Et puis nous, on [ne] tenait pas à savoir le nom des gens, mais le nombre de cas dans notre communauté pour pouvoir faire des interventions plus ciblées et augmenter la prévention. Ça, ça a été très long, avant qu'on puisse savoir le nombre de cas dans notre communauté. En passant nous sommes une petite communauté de 2 000 habitants. On est rendu à 94 cas je pense depuis le début de la pandémie. Donc, on en a eu quand même passablement. [Intervenant des Premières Nations](#)

En 2018, la CSSSPNQL soulignait d'ailleurs que les données de santé publique, notamment au niveau de la surveillance, ne sont pas facilement accessibles ni exploitées au maximum par les Premières Nations. Des travaux seraient cependant en cours pour y remédier.

Considérant ce qui précède, **le CSBE retient les points suivants** :

- Une planification déficiente des réserves d'ÉPI pour faire face à une pandémie par la structure de sécurité civile centrale, contrairement à ce qui était recommandé dans le rapport d'évaluation à la suite de la pandémie de la grippe H1N1.
- Des zones de fragilité au niveau des capacités en prévention et contrôle des infections dans les établissements, particulièrement en milieux de vie, tant au niveau de la formation, de l'encadrement et des compétences que du nombre des effectifs en PCI.
- Un manque de ressources humaines, financières et informationnelles pour le système de santé publique. Le Québec est ainsi entré dans la pandémie avec des équipes réduites en santé publique.
- L'absence d'outils informatisés intégrés et l'absence d'accès à des données de qualité permettant une gestion efficace de la pandémie, malgré des recommandations en ce sens dans le rapport d'évaluation à la suite de la pandémie de H1N1.

3.6. Interventions rapides et fluides

(...) the failure of most countries to respond during February was a combination of two things. One was that they did not sufficiently appreciate the threat and know how to respond. The second was that, in the absence of certainty about how serious the consequences of this new pathogen would be, "wait and see" seemed a less costly and less consequential choice than concerted public health action.
(The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response, 2021)

Une leçon qui ressort des pandémies antérieures ainsi que de l'étude de certains États (p. ex., Corée du Sud, Taïwan, Nouvelle-Zélande) dans leur gestion de cette pandémie est l'importance d'agir tôt, sans hésitation et de façon décisive afin de limiter la propagation du virus (Flournoy et Morell, 2020).

L'accès aux données permet aux autorités de réagir plus rapidement. À cela s'ajoute l'accès rapide et en temps opportun aux avis des partenaires scientifiques des autorités de santé publique, soit l'INSPQ et l'INESSS¹³. À défaut d'avoir accès à ces avis scientifiques, et en contexte d'incertitude scientifique, il ressort d'un nombre important d'études (CÉST, 2020; Crosby et Crosby, 2020; Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2013) que le recours au « principe de précaution » et à un mode de gestion de la complexité agile et efficace doit prévaloir (Doron, 2009).

¹³ Plus de renseignements concernant le rôle de l'INSPQ et celui de l'INESSS sont disponibles dans les sections 1.2.1 et 1.4 des annexes A et C, respectivement.

3.6.1. Agilité et principe de précaution

a) Agilité

L'agilité en contexte de crise est un facteur incontournable de réussite. Il faut ainsi souligner l'agilité du MSSS et des établissements à mettre en place des modes de collectes de données informationnels « maison », comme des tableaux de bord, dans un contexte où les outils informationnels disponibles dans le réseau sont « archaïques » et non intégrés.

Le déploiement rapide de la téléconsultation pour l'offre de services médicaux représente un autre exemple d'agilité, et certainement une avancée positive importante. Notons que la téléconsultation a été en mesure de se déployer parce que les médecins ont vu, pendant la pandémie, leurs services de téléconsultation rémunérés, ce qui n'était généralement pas le cas avant la pandémie en ce qui concerne les services médicaux de première ligne (*Décret no 177-2020 du 13 mars 2020 déclarant l'état d'urgence sanitaire* [ci-après *Décret 177-2020*]), (Bourassa Forcier, Laberge, Attiso, Boudreau-Chabot, Cardenas Benois, Dumont, Toussain-Martin et Tourangeau, 2021).

D'autres ordres professionnels du domaine de la santé auraient pu être mobilisés davantage pour supporter les efforts du réseau. En effet, dans l'Annexe COVID-19, les ordres professionnels sont cités comme partenaires avec lesquels les acteurs de sécurité civile doivent coordonner les activités de planification et d'intervention^{xii}.

Le recours aux différents professionnels de la santé, par exemple pour réaliser des actes qui ne leur sont normalement dévolus par la loi (p. ex., tests diagnostiques, vaccins, etc.), représentait un moyen, pour le gouvernement, de rapidement accroître la force de travail, notamment en CHSLD.

Plusieurs bénévoles ont été déployés dans les CHSLD par l'entremise de la plateforme Je contribue, mais non sans encombre. Leur contribution inestimable ne peut être passée sous silence. Il ressort toutefois de nos consultations que peu de professionnels ayant une formation dans le domaine de la santé y ont été déployés^{xiii}. Cette situation sera en grande partie le résultat de processus — trop longs en contexte d'urgence — liés à la reconnaissance de leurs actes dans le contexte de la pandémie^{xiv}.

Ces délais seraient, selon plusieurs intervenants, particulièrement liés à une mauvaise compréhension du rôle des ordres professionnels et de l'Office des professions dans le contexte d'une pandémie, mais aussi, tout particulièrement, le résultat de processus permettant la délégation rapide d'actes dans un contexte d'urgence^{xv} :

[...] un des exemples qui est arrivé pendant la pandémie, c'est que le gouvernement [...] qui gère la pandémie, s'adressait beaucoup à l'Office des professions comme intermédiaire. Mais l'Office des professions a un rôle de surveillance de l'application des règlements. Donc, l'Office des professions n'avait pas, disons, avait aucune tendance, pour ne pas dire aucune idée, de comment contourner les règlements ou inventer de nouvelles procédures qui pourraient s'en aller en arrêtés en conseil. Dans le fond, le principe c'est que les arrêtés en conseil en situation d'urgence sanitaire, tu peux ne pas tenir compte d'un règlement ou d'une loi en vigueur et proposer un processus extraordinaire. Il est arrivé qu'à un moment donné, tout était paralysé par ce processus-là. Et les ordres, finalement, le Collège des médecins a fait une grosse sortie publique avec un communiqué de presse, en disant que ça faisait des semaines, voire des mois, qu'ils voulaient donner des activités de dépistage de la COVID à des ordres dont ça ne fait pas partie, ni de leur champ d'exercice, ni de leurs

actes réservés. Là tout de suite au ministère de la Santé ça a bougé. Ils sont allés en arrêté en conseil, mais c'est un exemple, c'est un système professionnel. Par définition, c'est le règlement, ce sont des professions réglementées donc ils fonctionnent avec beaucoup de règlements. Et qui dit un secteur ultra réglementé, dit peu d'espace, pour ne pas dire zéro espace à l'improvisation ou la légitimité pour ne pas appliquer ces règlements-là. [Intervenant](#)

Il ressort également des consultations que la dépendance du ministère envers l'INSPQ pour obtenir des avis scientifiques concernant la COVID-19 a pu avoir un impact sur la rapidité d'action du gouvernement et sur les messages envoyés à la population. Au Québec, nous le rappelons, l'INSPQ est le principal centre d'expertise pour les autorités de santé publique. Il semble ainsi, selon certains intervenants, que cette branche scientifique du système de santé publique ait pu tarder à prendre en compte certaines données scientifiques internationales ou, du moins, à en tirer des conclusions.

Malheureusement, selon plusieurs intervenants, cette lenteur perçue et ce manque d'agilité de l'INSPQ pour se mettre rapidement en mode «urgence» auraient eu, pour la production de certains avis (p. ex., sur les masques), un impact direct sur la rapidité de réaction des autorités de santé publique, qui se fient aux avis de cet organisme scientifique :

Après ça, au sein, avec la santé publique, après ça l'INSPQ. [...] Il y a des scientifiques qui se disent : «je ne le sais pas, il faut que je prenne une décision, puis tant pis, je vais vivre avec puis je vais l'expliquer à la population». Puis il y a d'autres scientifiques honnêtement l'INSPQ est de ce type-là. «Je ne sais pas, tant qu'on ne le sait pas, c'est statu quo». Je vous dirais que c'est aussi la distinction entre des académiques et des épidémiologistes de terrain. [Intervenant](#)

b) Principe de précaution

Le principe de précaution est un concept issu du domaine de l'épidémiologie de l'environnement souvent appliqué au domaine de la santé. Comme il est indiqué dans le *Cadre de référence en gestion des risques en santé publique*, ce principe veut que même sans confirmation scientifique, des mesures de protection effectives et proportionnées visant à réduire un risque doivent être exécutées (INSPQ, 2003).

Le comité d'éthique de l'INSPQ et la Commission de l'éthique en science et en technologie ont récemment indiqué, dans une publication conjointe, que le principe de précaution est «l'une des clés de l'examen éthique» dans le contexte d'incertitude entourant la pandémie.

«Selon ce principe, lorsque des situations ou des actions comportent une probabilité significative de risques importants ou irréversibles pour la santé des gens, il y a lieu de déployer des mesures préventives, même si d'importantes zones d'incertitude scientifique subsistent quant à l'occurrence et la sévérité des risques en question. Autrement dit, l'incertitude scientifique ne doit pas empêcher l'action, ni la précipiter. Dans le cas présent, les incertitudes portent non seulement sur l'étendue de la menace posée par la COVID-19, mais aussi sur la capacité des mesures de santé publique de la contrer et l'étendue des conséquences négatives qu'elles entraîneront.» (INSPQ, 2020)

Malgré cette adhésion théorique au principe de précaution, il ressort de nos consultations que les acteurs nationaux de santé publique ne semblent pas l'avoir appliqué rapidement au début de la pandémie, préférant attendre des avis formels de la part de l'INSPQ, qui était aux prises avec un processus de publication d'avis particulièrement rigide dans le contexte d'urgence.

La réticence de certains scientifiques à adhérer au principe de précaution émane d'ailleurs d'une publication scientifique à laquelle le directeur national a récemment contribué. (Ferrinho, Sidat, Leiras, Passos Cupertino de Barros et Arruda, 2020)

«The "precautionary principle" contains the core idea of anticipatory preventive action in the face of uncertain scientific evidence. It states that, in the presence of threats to human health, protective measures should be taken even in the absence of scientifically established cause-and-effect relationships. Paradigmatically, when facing scientific uncertainty, overzealous measures have been, occasionally, applied claiming this principle to justify the call for policy action...»

Il nous est difficile de déterminer si les représentants de l'INSPQ doivent produire des avis en se fondant sur le principe de précaution, puisque cet organisme n'exerce pas de rôle décisionnel, contrairement au directeur national. Ainsi, nos analyses soulèvent un questionnement à savoir si l'INSPQ ne devrait pas, en contexte de crise sanitaire, disposer d'un processus d'émission d'avis temporaires, basés sur le principe de précaution. Les consultations du CSBE ne permettent pas de statuer si cette transmission d'informations rapide (sans nécessairement se traduire en un avis) a été réalisée ou non. Chose certaine, le recours à ce principe par le directeur national, nous semble pertinent.

Par ailleurs, en lien avec les délais qu'ont connu les centres d'expertise pendant la pandémie, il est important de reconnaître la contribution de l'INSPQ et de l'INESSS, de même que celle de nombreux centres de recherches pendant la pandémie. Par exemple, les unités d'évaluation des technologies et modes d'intervention, qui sont associées aux établissements universitaires, ont considérablement facilité la prise de décision grâce à la fourniture de données probantes.

3.6.2. Prise en compte rapide des publications et données scientifiques

La prise en compte rapide des publications et des avis scientifiques est un autre facteur de succès dans la gestion d'une pandémie. Cet accès rapide permettra aussi au leader d'instaurer la confiance et empêchera que l'indécision et les décisions changeantes soient perçues comme incohérentes. (O'Malley, Rainford et Thompson, 2009)

Il ressort des consultations que la dépendance du MSSS envers des tiers, comme l'INSPQ ou l'INESSS, pour obtenir les avis scientifiques sur la COVID-19, a pu avoir un impact sur la rapidité d'action du gouvernement et sur les messages envoyés à la population.

Or, il semble certain, selon plusieurs intervenants, que l'INSPQ a tardé à prendre en compte certaines données scientifiques internationales ou à en tirer des conclusions. Selon les consultations, les avis de l'INSPQ accusaient ainsi de longs délais avant d'être publiés, des délais pouvant aussi être liés à ses processus longs et paralysants en temps de crise.

À la lumière de ce qui précède, en ce qui concerne l'agilité requise et le recours au principe de précaution afin de réagir rapidement en contexte de crise sanitaire, **le CSBE retient les points suivants** :

- Une absence d'agilité de certains acteurs ne maîtrisant pas ou ne disposant pas de processus décisionnel en contexte complexe d'urgence (p. ex., INSPQ, Office des professions du Québec, ordres professionnels).
- Un recours limité au principe de précaution par le directeur national afin d'accélérer la prise de décision, à des moments où des avis scientifiques n'étaient pas disponibles lors de la première vague.

En résumé, les intervenants consultés ont soulevé un ensemble d'enjeux se rapportant à la gestion de la crise sanitaire. Sans que les consultations aient permis d'approfondir l'ensemble de ces enjeux, les propos rapportés par les répondants permettent de souligner l'importance de la responsabilité dévolue au MSSS afin d'assurer une préparation adéquate aux crises sanitaires et de mettre en place des orientations et des directives qui limitent la propagation de l'infection. Il est primordial de reconnaître les rôles et l'expertise des acteurs de la santé publique et de la sécurité civile et la nécessité d'assurer une coordination optimale entre ces deux composantes clés de la gestion d'une crise sanitaire.

Ces témoignages brossent le portrait de l'expérience vécue par différents décideurs et intervenants du secteur de la santé lors de la première vague de la pandémie. Ils soulignent des enjeux importants et nous aident à établir un ensemble de stratégies pour rehausser la capacité de réponse aux crises sanitaires et renforcer le système de santé publique au Québec.

4. ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

Le succès d'une gestion de crise sanitaire repose sur les six facteurs de réussite suivants, que nous avons regroupés dans ce rapport : 1) plan d'urgence à jour et mis à l'essai; 2) leadership fort et définition claire des rôles et responsabilités; 3) leadership inclusif; 4) communication cohérente et transparente; 5) capacité d'action; 6) interventions fluides en temps opportun.

Notre analyse des consultations et de la documentation reçue nous permet d'avancer que la gestion de la première vague de la pandémie a été affectée par des vulnérabilités autour de ces facteurs. Celles-ci se sont pour la plupart avérées plus importantes dans les régions où les directions régionales de santé publique gèrent plus d'un CISSS/CIUSSS, notamment au regard de la définition des rôles et de la reconnaissance du leadership des officiers de santé publique.

Plus particulièrement, les consultations réalisées par le CSBE révèlent que la surveillance active des risques sanitaires n'a pas permis le déclenchement d'un plan de réponse à la crise en temps opportun. Au moment de la déclaration d'état d'urgence sanitaire, la mise en place des mesures s'est déployée en fonction d'un plan de lutte qui n'était pas adapté aux caractéristiques de la crise sanitaire associée au SRAS-CoV-2. La prise de décisions s'est faite avec une gestion insuffisante du risque pour différentes clientèles et différents secteurs de soins ou de la population.

Malheureusement, bon nombre des vulnérabilités dans ce rapport avaient aussi été identifiées à l'époque de la pandémie de grippe H1N1 de 2009 et fait l'objet de recommandations, en 2012, par le MSSS dans le *Rapport d'évaluation sur la gouvernance du système de santé et*

de services sociaux lors de la pandémie (Gauthier, Thibault et Bowen, 2012). À la lumière des consultations récentes et de l'expérience vécue lors de la présente pandémie, il appert que les conclusions de ce rapport n'ont pas eu les suites nécessaires.

Les recommandations du CBSE visent à favoriser la mise en place de dispositifs qui non seulement permettront de renforcer le système de santé publique au Québec, mais aussi de mieux traverser une prochaine crise sanitaire. Une attention particulière doit être portée au rôle dévolu et exercé par les acteurs de santé publique dans le contexte de la première vague de la pandémie. Elles visent également à éviter que le Québec déplore encore, dans quelques années, qu'un autre rapport d'experts sur la gestion du système de santé n'ait pas suscité de mouvement suffisant pour renforcer le système.

La préparation aux crises sanitaires

Le constat est clair : malgré les faits connus et les expériences antérieures, le Québec est entré dans la pandémie mal préparé.

Le Québec n'est pas la seule nation à avoir éprouvé des difficultés face à la réponse à la pandémie. Plusieurs pays ont aussi tardé à se préparer, avec des résultats douloureux pour leur population. Il faut cependant savoir que la mortalité dans les milieux de vie pour aînés au Québec, lors de la première vague, se situe parmi les plus élevée au monde.

Il ressort clairement des consultations que :

- Les plans d'intervention n'étaient pas adaptés à la gestion d'une pandémie et n'étaient pas à jour. Sans plan connu et accepté, la compréhension des rôles et responsabilités de chacun des acteurs était très variable, et certains milieux sont demeurés dans l'angle mort des autorités.
- Les lacunes en matière de préparation à la pandémie ont fait que le système de santé publique et les dirigeants du système de santé et de services sociaux ont rencontré des défis dans l'exercice de leur leadership. L'alerte a été donnée tardivement, et la société tout entière a été prise, collectivement, dans un scénario de rattrapage, avec des ressources insuffisantes et mal préparées et sans pouvoir compter sur les outils et processus appropriés. Les intervenants n'ont pas manqué de dévouement. Ils et elles ont fait de leur mieux en l'absence d'une stratégie claire, partagée et acceptée et des ressources nécessaires. Certaines dimensions essentielles ont échappé à l'attention, dont la grande vulnérabilité des milieux résidentiels et d'hébergement, que les décisions initiales sont venues fragiliser davantage.
- Les rôles et responsabilités attribués aux acteurs de la sécurité civile du MSSS — dont l'assurance d'un approvisionnement en ÉPI — n'ont pas été remplis dans la plupart des régions et témoignent du manque de préparation à la pandémie. Ce manque de préparation n'est pas seulement lié aux acteurs de la sécurité civile du MSSS, mais aussi aux acteurs de santé publique, qui devaient être mobilisés pour la mise en place, la mise à l'essai et la mise à jour d'un plan de pandémie.

Le CSBE estime que le gouvernement devrait accroître et valoriser davantage le rôle des autorités de santé publique à titre de conseillers privilégiés de l'État en matière de promotion, prévention, protection et surveillance de la santé. Les risques sanitaires resteront présents et pourraient vraisemblablement s'accroître dans les années à venir. Le Québec a besoin d'une stratégie nationale fondée sur les meilleures pratiques pour y faire face. Cette stratégie doit inclure la définition des priorités autour de la mise en place d'un processus de gestion intégrée

des risques sanitaires; assurer l'approvisionnement en ÉPI; prévoir les besoins, le processus de recrutement et le déploiement des ressources humaines; et être mise à l'essai. Un dispositif doit être mis en place pour évaluer l'adéquation de la préparation aux crises sanitaires.

En outre, cette stratégie nationale de préparation aux risques sanitaires et aux maladies infectieuses ne doit pas seulement s'adresser aux acteurs de santé publique. Elle doit interpeler l'ensemble des parties prenantes, tant dans le secteur de la santé et des services sociaux que dans les autres secteurs, y compris les municipalités et les organismes locaux, dans une approche intersectorielle.

Définition des rôles et responsabilités

Nous avons vu, à la première vague de la pandémie, que les définitions des rôles et responsabilités des acteurs en temps de crise sanitaire étaient inadéquates, causant possiblement des délais dans les interventions et aggravant les enjeux existants. Il nous apparaît alors primordial qu'une stratégie de préparation aux risques sanitaires vienne définir et encadrer les rôles et les responsabilités de l'ensemble des acteurs intervenant de près ou de loin dans la gestion d'une crise sanitaire. De plus, ces rôles et responsabilités doivent être connus et acceptés par tous, de sorte que chacun puisse les remplir pleinement en temps opportun. La dévolution de responsabilités aux différents acteurs doit s'effectuer sans équivoque afin d'éviter toute ambiguïté ou mauvaise interprétation.

Par ailleurs, la compréhension des rôles et l'attribution des responsabilités en situation d'urgence et en situation normale par les décideurs aux paliers central et régional et par le public en général doivent être mieux développées. Parmi les éléments les plus importants à clarifier, le CSBE estime qu'il est essentiel que le MSSS reconnaisse et valorise l'expertise professionnelle du directeur national et la contribution des directions régionales de santé publique dans le pilotage de la mission Santé du plan de pandémie, particulièrement en ce qui concerne la gestion des risques sanitaires et la protection de la santé de la population.

De plus, la compréhension des rôles respectifs des acteurs de santé publique et de sécurité civile en contextes normal et de crise doit être renforcée, notamment à l'égard de la planification des actions et de la coordination de leurs interventions. La confusion des rôles des acteurs de santé publique et de sécurité civile lors de la pandémie est particulièrement ressortie lors des consultations réalisées par le CSBE.

Agilité et principe de précaution

La pandémie a montré à quel point il est important d'assurer la production fluide d'avis scientifiques, en temps opportun et en contexte de fortes incertitudes scientifiques, de même que le défi que cette tâche représente. En santé publique, le gouvernement bénéficie de l'expertise et des avis de deux centres d'expertise ayant des missions complémentaires, soit l'INSPQ et l'INESSS. L'agilité de ces centres d'expertise pour publier des analyses informées ou des positions utiles en temps opportun a été et continuera d'être un élément central de la gestion de toute crise sanitaire.

À cet égard, la formulation de recommandations par ces instituts, en l'absence de données probantes et en contexte d'incertitude scientifique, a présenté un défi important. Dans certains cas, des revues rapides ont fourni, malgré l'insuffisance de données probantes, des états de connaissances pertinents pour soutenir la prise de décision en situation d'urgence. Dans d'autres cas, les défis de gestion de l'incertitude scientifique ont entraîné des délais dans la formulation des recommandations, retardant par le fait même des décisions critiques pour la gestion de la pandémie.

Même si tous comprennent le caractère exceptionnel de la 1^{re} vague, l'expérience de la pandémie invite à poursuivre la réflexion sur la meilleure manière d'organiser et d'optimiser les fonctions d'aviseurs scientifiques pour une prise de décision éclairée en contexte de crise sanitaire. Des structures ad hoc ou permanentes sont mises en place et mobilisées dans différents États pour assurer la production rapide d'avis scientifiques susceptibles de soutenir la prise de décision en période de crise sanitaire (Greer et al., 2020; Hassenteufel, 2020; Merkley, Bridgman, Loewen, Owenm Ruths et Zhilin, 2020; Rajan, Koch, Rohrer, Bajnoczki, Socha, Voss et Koonon, 2020). Cette avenue pourrait être considérée dans le déploiement de la Stratégie nationale de préparation aux risques sanitaires proposée.

RECOMMANDATION 1

EN VUE D'AMÉLIORER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DANS LA GESTION DE CRISE SANITAIRE, LE CSBE RECOMMANDE DE :

PRÉVOIR DES INVESTISSEMENTS DANS LA SURVEILLANCE, LA PRÉPARATION ET LA MISE À L'ESSAI PÉRIODIQUE D'UN PLAN DE GESTION DE CRISE

CECI IMPLIQUE QUE :

- A) LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX élabore une Stratégie nationale intégrée de préparation aux risques sanitaires et aux maladies infectieuses, en collaboration avec le directeur national de santé publique et les différentes parties prenantes. Cette Stratégie nationale devrait être approuvée par le Gouvernement et devrait inclure :
 - a. la formalisation d'un mécanisme de vigie en vue de procéder à une analyse des risques en continu, la mobilisation des expertises scientifiques intersectorielles pertinentes (*task force*) sous la direction du directeur national, et la prise en compte des enjeux qu'ils posent pour le système de santé et ses interdépendances avec d'autres systèmes pour le bon fonctionnement de la société québécoise;
 - b. l'élaboration d'un plan de gestion de crise sanitaire qui :
 - définit la « chaîne de commandement » en précisant les rôles, les responsabilités et les fonctions de l'ensemble des acteurs, dont ceux de la sécurité civile, de la santé publique aux niveaux national et régional et celui des dirigeants des établissements de santé et services sociaux;
 - prévoit la création d'une cellule de gestion de crise au sein du MSSS sous la direction du directeur national, un processus de concertation clairement établi au sein du ministère et le recours à des experts désignés en éthique;
 - prévoit un processus décisionnel d'urgence qui inclut les instances susceptibles d'être sollicitées, dont l'INSPQ, l'INESSS, l'Office des professions du Québec, les Premières Nations du Québec et les Inuits;
 - précise les modalités de déploiement et d'encadrement du dépistage, notamment en définissant les rôles et responsabilités des différents acteurs concernés (services professionnels, laboratoires, directions régionales de santé publique) et en identifiant les laboratoires pouvant être réquisitionnés en cas de crise sanitaire ainsi que les modalités d'accès aux résultats des tests et l'interopérabilité des systèmes informatiques;
 - précise les adaptations essentielles pour répondre aux singularités administratives, politiques, juridiques, identitaires et linguistiques des Premières Nations et des Inuits;

- est élaboré en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés (du système de santé et de services sociaux, incluant les Premières Nations du Québec et les Inuits, et des experts en éthique) ou susceptibles d'être touchés (par exemple, des représentants d'usagers du réseau, de milieux de vie, de ressources autochtones, de municipalités, d'organismes communautaires et des autres ministères);
 - est public, diffusé et facilement accessible, tant pour les décideurs, les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires que le citoyen;
 - doit être mis à jour aux trois ans.
- c. la mise à l'essai annuelle du plan de gestion de crise sanitaire par les acteurs de santé publique, de sécurité civile et tous les autres acteurs du réseau de la santé chargés de la planification et de la coordination des actions en cas de crise sanitaire, non seulement en milieu hospitalier, mais aussi dans tout milieu de vie offrant des soins et des services de santé et autres milieux pertinents. Cette mise à l'essai devrait faire l'objet d'une confirmation annuelle, auprès du ministre, par le directeur national;
- d. l'élaboration de directives applicables au secteur des approvisionnements au MSSS assurant i) une réserve d'ÉPI en vue d'une pandémie; ii) la mise en place d'un processus contractuel d'approvisionnement en matériel médical et de protection (notamment en ÉPI) qui s'intègre dans une saine gestion de risques; et iii) la révision des contrats conclus avec les fournisseurs afin que ces contrats comprennent des clauses qui permettent d'anticiper les actions en contexte de crise sanitaire. Le CSBE encourage la collaboration avec les fournisseurs privés afin d'examiner les options les plus réalistes à ce sujet;
- e. des principes directeurs encadrant la prise de décision, y compris le recours au principe de précaution lorsque les preuves scientifiques sont lacunaires ou que les avis scientifiques ne sont pas encore disponibles.
- B) LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX rend compte périodiquement au gouvernement des résultats d'une évaluation indépendante de la Stratégie nationale intégrée de préparation aux risques sanitaires et aux maladies infectieuses.

La place de la santé publique dans les stratégies d'amélioration de la performance du système en santé

La situation sanitaire actuelle invite à une réflexion inclusive sur la manière d'organiser le système de santé publique au sein du gouvernement afin de lui donner un statut et une influence proportionnels aux enjeux contemporains en matière de protection et d'amélioration de la santé de la population. Une telle réflexion est requise, considérant que la situation actuelle ne permet pas de mettre à profit de façon optimale les instruments à la disposition de celui-ci pour intervenir en faveur de la protection et de l'amélioration de la santé de la population (Bastien, Morel et Parenteau, 2021).

Le désinvestissement en santé publique au cours des dernières années pointe vers une diminution de l'importance accordée à ce secteur comme dispositif clé de l'amélioration et du maintien de la santé de la population dans les stratégies de santé au Québec. Or, non seulement la pandémie a fait ressortir sa valeur pour protéger la santé de la population en temps de crise, mais aussi comment elle pourrait davantage y contribuer en tout temps.

Outre la réflexion stratégique sur l'amélioration de l'organisation du système de la santé publique, les travaux du CSBE ont permis de cerner les principaux enjeux de gouvernance de santé publique qui pourraient améliorer la résilience du Québec face à d'autres crises sanitaires, en tout temps.

Le champ de la santé publique a évolué vers une définition large de ses fonctions et de ses domaines d'intervention, qui dépassent le cadre institutionnel d'un système de santé publique traditionnel. Développer et assurer, au sein du gouvernement, une vision large et inclusive de la santé publique qui dépasse les fonctions classiques de surveillance et contrôle des risques à la santé impliquerait que le MSSS incorpore dans son plan stratégique des objectifs qui sont en cohérence avec les différentes politiques se rapportant à la protection et à l'amélioration de la santé de la population (politique gouvernementale de prévention, politique sur le développement durable, etc.).

Une approche plus inclusive de la santé publique ferait en sorte que les experts des différents milieux seraient interpellés dans la gestion des risques sanitaires et protégeraient mieux les populations vulnérables (personnes âgées, Autochtones, enfants, jeunes, personnes ayant des problèmes de santé mentale, etc.).

Les capacités et les compétences aux paliers national et régional doivent être développées de manière à mieux répondre aux grands enjeux actuels de santé et à ceux que suscite une intervention en situation de crise. Ceci implique d'assurer et, au besoin, de rehausser les capacités en santé publique ainsi que celles de gouvernance, d'intelligence stratégique, de gestion des systèmes d'information et d'analyse avancée des données.

En vue de miser sur l'ensemble des ressources disponibles, l'amélioration de la portée des travaux scientifiques pertinents mériterait d'être envisagée. Une plateforme de collaboration pour tous les acteurs de santé publique, incluant ceux des milieux universitaires et des centres de recherche en plus des instituts nationaux, améliorerait l'apport concerté de ces milieux en temps normal et en temps de crise.

L'allocation et la protection des ressources financières en fonction de l'atteinte d'objectifs précis et mesurables permettraient aussi d'intervenir plus efficacement en matière de protection et d'amélioration de la santé publique.

La contribution de la santé publique à la performance du système de santé dépend de systèmes d'information dont les données sont de qualité, standardisées et peuvent être échangées et accessibles facilement, tout en assurant la protection des renseignements personnels. Or, l'accès aux données est problématique au Québec, particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les décisions éclairées doivent reposer sur des données probantes et donc, sur des systèmes d'information qui facilitent leur développement.

La protection et le contrôle des infections

La protection et le contrôle des infections (PCI), à la base des interventions de qualité en santé, méritent une attention particulière des autorités. Il n'existe actuellement pas de normes nationales en PCI pour tous les milieux où des services de santé et services sociaux sont prodigués. Les normes en vigueur concernent uniquement les centres hospitaliers et délaissent certains milieux, tels que les centres d'hébergement pour aînés.

Le rehaussement des capacités en matière de prévention et contrôle des infections et celui des compétences en PCI apparaît essentiel, particulièrement dans les milieux d'hébergement destinés aux personnes âgées.

La contribution des milieux académiques, des CHU-RUISSS et d'autres programmes du ministère afin de mobiliser les expertises diversifiées pertinentes serait appropriée.

RECOMMANDATION 2

EN VUE D'AMÉLIORER LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, LE CSBE RECOMMANDE DE :

PLACER LA SANTÉ PUBLIQUE AU CŒUR DES STRATÉGIES PRIORITAIRES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

CECI IMPLIQUE QUE :

- A) LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX mandate un groupe de travail afin de mener un chantier de réflexion stratégique sur l'évolution souhaitable de la mission de santé publique face aux grands enjeux de société, notamment en ce qui concerne le rôle de l'État, des milieux d'expertises et des autres partenaires de la société civile, y compris les citoyens. Ce chantier devrait :
- préciser les enjeux stratégiques sur lesquels l'action de santé publique devrait porter en priorité d'ici 2030;
 - préciser l'évolution souhaitable de l'action de santé publique au sein du gouvernement, y compris en matière d'élaboration des politiques publiques;
 - préciser les modalités visant à renforcer le rôle des partenaires de la société civile en matière de santé publique, y compris celui des citoyens;
 - préciser le positionnement et la contribution attendus des institutions de santé publique et la manière d'optimiser les rôles respectifs des acteurs et, plus largement, de leur positionnement et de leur interaction avec le gouvernement;
 - préciser l'évolution souhaitable des infrastructures informationnelles permettant d'assurer l'accès aux données nécessaires à l'exercice du mandat de santé publique;
 - comprendre des recommandations sur l'évolution du rôle du directeur national, notamment en ce qui concerne les dimensions professionnelle, administrative et politique de son rôle, et ce, afin de lui conférer l'indépendance et l'influence nécessaires à la réponse aux enjeux contemporains en matière d'amélioration, de surveillance, de prévention et de protection de la santé.
- B) LE GOUVERNEMENT rehausse les capacités du système de santé publique, ses ressources humaines, informationnelles et financières à la hauteur des besoins et des résultats visés, à un niveau minimalement comparable à ce qui est observé ailleurs au Canada et à l'international. Il devrait, plus précisément :
- prévoir des cibles prioritaires et mesurables en matière de protection et d'amélioration de la santé de la population avec une attention particulière aux personnes vulnérables;
 - assurer un budget annuel exclusif et sécurisé de façon à investir dans les activités de promotion, de prévention, de protection, de surveillance, d'évaluation et de recherche en santé publique;
 - prévoir la possibilité de reporter un budget annuel non utilisé sur une période de trois ans (possibilité de revenu reporté) pour soutenir la programmation à moyen et à long terme nécessaire aux activités de santé publique;

- assurer l'accès aux ressources informationnelles intégrées et contemporaines et aux données qui permettent aux acteurs de la santé publique d'anticiper l'arrivée d'une pandémie, de mesurer autant que possible son ampleur et de mieux saisir l'état de santé de la population ainsi que les vulnérabilités du système de santé;
- renforcer les collaborations avec les chercheurs universitaires, notamment par un accès facilité aux données, afin de mieux préparer le système pour une prochaine pandémie.

C) LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX mette en œuvre un plan d'amélioration de la prévention et du contrôle de la PCI. Ceci implique que le ministre :

- établisse et maintienne à jour des normes nationales de PCI et qu'il voit à leur mise en application dans tous les milieux sous la responsabilité du MSSS, lesquelles devraient s'inscrire dans le programme national de santé publique;
- établisse, en collaboration avec les ordres professionnels, associations et regroupements, un mécanisme de certification des compétences en PCI des professionnels et des intervenants dans les différents milieux;
- confie aux réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS) le mandat de partager les meilleures pratiques organisationnelles en matière de PCI avec les établissements de leur territoire.

La transparence et l'imputabilité

La configuration du rôle de directeur national de santé publique au sein de l'appareil gouvernemental a fait l'objet d'analyses comparées (Usher et Denis, 2021, Fafard et al., 2018; Yuan, Sherryn, Hu et Chen, 2020). Aucun modèle idéal d'organisation du leadership en santé publique n'a été identifié. Toutefois, il est important d'assurer l'indépendance des avis scientifiques du directeur national par rapport aux décisions politiques pour améliorer l'adhésion et la confiance du public. La communication publique transparente par le directeur national de santé publique de ses avis et recommandations ainsi que des justifications en appui à ceux-ci témoignerait de cette indépendance.

La transparence à l'égard des avis basés sur la science requiert des autorités politiques qu'elles expliquent les raisons qui motivent leurs décisions, que celles-ci respectent ou non les avis scientifiques du directeur national. Ce faisant, le réseau et la population sont mieux à même de comprendre les facteurs qui ont influencé les décisions et donc plus susceptibles d'y adhérer.

Par ailleurs, plusieurs constats du CSBE ont déjà fait l'objet de publications par d'autres groupes d'experts. Par exemple, le rapport du MSSS relatif à la gestion de la pandémie du H1N1 faisait notamment état de la nécessité d'assurer une vigie quant à l'approvisionnement en matériel de protection individuelle, et insistait sur l'importance de mettre à jour le plan de pandémie ainsi que sa mise à l'essai. Ce qui n'a pas été fait.

Trop souvent, des rapports ont été commandés pour identifier les vulnérabilités du système de santé et avancer des recommandations afin de les corriger avec ce même résultat. Nombre d'entre eux ont été tablettés sans qu'ils ne mènent à suffisamment d'actions et de changements concrets. Pour cette raison, il nous semble ici pertinent de prévoir une reddition de compte qui s'inscrit dans le mandat des acteurs imputables afin de favoriser la résolution des problèmes identifiés et persistants en matière de protection de la santé de la population.

RECOMMANDATION 3

EN VUE D'AMÉLIORER LA CONFIANCE DU PUBLIC ET LA PERFORMANCE DES INTERVENTIONS EN SANTÉ PUBLIQUE, LE CSBE RECOMMANDE DE :

DÉVELOPPER UNE CULTURE DE TRANSPARENCE EN MATIÈRE DE POLITIQUES ET DÉCISIONS RELATIVES À LA SANTÉ DES POPULATIONS

CECI IMPLIQUE QUE :

- A) LE DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE puisse rendre publics ses avis et recommandations, ainsi que leurs principales justifications;
- B) LE GOUVERNEMENT prévoie un processus qui permet la transparence des avis et recommandations provenant du directeur national et des experts de la santé publique;
- C) QUE LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC confie au directeur national de santé publique le mandat de rendre compte annuellement des résultats de ses réalisations découlant des recommandations qui précèdent, et plus particulièrement :
 - de l'analyse continue des risques;
 - des processus et services de vigie et de dépistage;
 - de l'application des normes nationales en PCI et du plan de rehaussement des normes actuelles;
 - des résultats des grandes initiatives entreprises par le gouvernement pour améliorer et protéger l'état de santé de la population;
 - du développement des compétences et des partenariats scientifiques du système de santé publique.

CONCLUSION

La revue des événements survenus au printemps 2020 et les entrevues réalisées auprès des intervenants démontrent clairement que le Québec n'était pas prêt à faire face à la pandémie due au virus causant la COVID-19. Il ne disposait pas d'un plan actualisé de gestion de crise. Les mesures de PCI étaient largement déficientes et les ÉPI, en nombre insuffisant. Le partage des rôles et responsabilités était confus. Les conséquences pour les personnes âgées et le personnel soignant ont été dramatiques. Plusieurs situations, parfois inhumaines, ont été signalées.

La pandémie a néanmoins forcé des innovations et des initiatives dans le réseau. Elle a également fait naître des modalités de fonctionnement et de collaboration qui doivent être encouragées et entretenues. Elle a révélé l'importance de l'engagement citoyen pour le maintien de la confiance en situation de crise sanitaire. Les entrevues ont permis de découvrir une grande résilience chez plusieurs acteurs et une volonté certaine d'améliorer leur gestion de la pandémie. C'est ce que nous constatons dans l'amélioration des collaborations et de la communication dans les vagues subséquentes.

Le CSBE ne croit pas nécessaire d'engager dans l'immédiat des réformes de structure quant à l'organisation des acteurs de santé publique. Cette nécessité ne ressort pas de nos consultations, et les preuves scientifiques sont limitées sur l'efficacité des différents modèles d'organisation et de gouvernance de la santé publique, y compris la manière de configurer les rôles-conseils et la structure hiérarchique des acteurs de santé publique pour protéger et améliorer efficacement la santé de la population. Le leadership des acteurs de santé publique, leur juste reconnaissance, mais aussi l'écoute, la considération et l'application transparente de leurs conseils dans les décisions apparaissent toutefois cruciaux puisque la manière dont les différentes fonctions sont mises en application est probablement tout aussi importante que les structures et les modes d'organisation en soi.

Le CSBE estime que les capacités actuelles d'intervention et le leadership des acteurs en santé publique doivent être dument identifiés et, s'il y a lieu, rehaussés, car le rôle stratégique du système de santé publique est appelé à prendre de plus en plus d'importance dans l'avenir. Ce sera d'abord le cas pour faire face efficacement aux menaces appréhendées. Cette mesure sera également incontournable si l'on aspire à soutenir efficacement la capacité du Québec à poursuivre son évolution vers la santé et le développement durable pour toute la population québécoise. Le rapport souligne également l'importance et l'absolue nécessité d'investir dans les ressources informationnelles et de permettre l'accès aux données pour assurer une meilleure préparation à la prochaine pandémie.

Il faut souligner que ces points faibles ont été en partie atténués lors des vagues subséquentes de la pandémie, notamment sur le plan de la compréhension et de la coordination des rôles et responsabilités des différents acteurs concernés, des communications entre ces derniers ainsi que de la circulation, du traitement et de la diffusion des données et des informations.

Ces progrès étaient nécessaires, mais il faut aller plus loin. Et, comme l'indiquent les constats et recommandations de ce rapport, il est possible et souhaitable de faire mieux et autrement. Le gouvernement a le pouvoir et le devoir de déployer les moyens et les stratégies nécessaires afin de gérer les risques sanitaires – prévus et imprévus – et relever les défis qui en découlent pour protéger et améliorer efficacement la santé de toute sa population.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La mission Santé du Plan national de sécurité civile	26
Figure 2 : Principaux acteurs œuvrant dans la santé publique et paliers de gouvernance	27
Figure 3 : Secteur de la recherche et caractère transversal de la santé publique.....	28
Figure 4 : Arrimages interdirections avec la direction de santé publique	29
Figure 5 : Parts des dépenses en santé publique sur les dépenses totales de santé pour le Québec et d'autres provinces canadiennes de 2010 à 2019p	31
Figure 6 : Dépenses en santé publique per capita du Québec et les autres provinces de 2010 à 2019 (en dollars constants de 2010)	32
Figure 7 : Dépenses en soins préventifs per capita pour le Québec, le Canada et des pays de l'OCDE en 2017 (\$USD, PPA courante)	33
Figure 8 : Ligne du temps	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Activités du volet Santé publique.....	35
Tableau 2 : Distinction des rôles des deux instituts scientifiques pendant la pandémie de la COVID-19.....	38

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, M., Pitchforth, E., Asaria, M., Brayne, C., Casadei, B., Charlesworth, A., Coulter, A., Franklin, B. D., Donaldson, C., Drummond, M., Dunnell, K., Foster, M., Hussey, R., Johnson, P., Johnston-Webber, C., Knapp, M., Lavery, G., Longley, M., Macleod Clark, J., Majeed, A., McKee, M., Newton, J.N., O'Neil, C., Raine, r., Richards, M., Sheikh, A., Smith, P., Street, A., Taylor, D., Watt, R.G., Whyte, M., Woods, M., McGuire, A. et Mossialos, E. (2021). LES-Lancet Commission on the future of the NHS : re-laying the foundations for an equitable and efficient health and care service after COVID-19. *The Lancet Commissions*, 397, 1915-1978. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900232-4>
- Assemblée nationale du Québec. (2020). Journal des débats de la Commission de la santé et des services sociaux (vol. 45, no 70). http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss-42-1/journal-debats/CSSS-201209.html#debut_journal
- Association canadienne de santé publique. (2019). *Document d'information : La santé publique dans le contexte du renouvellement du système de santé au Canada*. <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/positionstatements/phhsr-backgrounddocument-f.pdf>.
- Bastien, T., Morel, A.-M. et Parenteau, M.-A. (2021). *La santé publique du XXI^e siècle : Propositions pour le plein déploiement de la santé publique au Québec*. Association pour la santé publique du Québec.
- Bohmer, R. M. J. (2011). The four habits of high-value health care organizations. *The New England Journal of Medicine*, 365(22). <http://mechroom.technion.ac.il/serveng/References/High%20value%20health%20care%20organization.pdf>
- Borgès Da Silva, R., Prud'homme, A., Deblois, P.-J., Labadie, J.-F. et Strumpf, E. (2021). Évolution de la part des dépenses en santé publique dans le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux entre 2004 et 2019 (rapport de projet 2021RP-09). Cirano. <https://www.cirano.qc.ca/files/publications/2021RP-09.pdf>
- Bourassa Forcier, M., Laberge, M., Adisso, L., Attiso, E., Boudreau-Chabot, M., Cardenas Benois, C., Dumont, D., Toussain-Martin, O. et Tourangeau, D.-A. (2021). *Encadrement normatif et contractuel des pratiques de téléconsultation en clinique de première ligne* (rapport de projet 02). CIRANO. <https://cirano.qc.ca/files/publications/2021RP-02.pdf>
- Brown, L. D. (2010). The political face of public health. *Public Health Reviews*, 32, no 1, 155-173. <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/track/pdf/10.1007/BF03391596.pdf>
- Champagne, C., Denis, J.-L., Allin, S. et Smith, R. (2021). L'organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique (à paraître). Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Campos-Rudinsky, C. et Undurraga, E. (2021). Public health decisions in the COVID-19 pandemic require more than 'follow the science'. *Journal of Medical Ethics*, 47(5). <http://orcid.org/0000-0003-1019-3785Thana>
- Center for Systems Science and Engineering. (2021). *Coronavirus resource center*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

- Commission de l'éthique en science et en technologie (CÉST). (2020). *Du difficile équilibre entre science, politique et éthique lors de la pandémie de la COVID-19*. Éthique Hebdo. <https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/actualites/ethique-hebdo/eh-2020-10-08/>
- Chen, O. (2020). *Influence of public health infrastructure and leadership on provincial COVID-19 preparedness : a comparative study* [thèse inédite].
- Crosby, L. et Crosby, E. (2020). Applying the precautionary principle to personal protective equipment (PPE) guidance during the COVID-19 pandemic : did we learn the lessons of SARS? *Canadian Journal of Anesthesia*, 67, 1327-1332. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12630-020-01760-y.pdf>
- D'Auria, G. et De Smet, A. (2020). Leadership in a crisis : Responding to the coronavirus outbreak and future challenges. McKinsey & Company. <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/leadership-in-a-crisis-responding-to-the-coronavirus-outbreak-and-future-challenges>
- Décret 177-2020 du 13 mars 2020 concernant une déclaration d'urgence sanitaire conformément à l'article 118 de la Loi sur la santé publique, 13 mars 2020, G.O.Q. II p. 1101.
- De Leeuw, E. et Peters, D. (2015). Nine questions to guide development and implementation of Health in All Policies. *Health Promotion International*, 30(4), 987-997.
- Denis, J.-L., Potvin, L., Rochon, J., Fournier, P. et Gauvin, L. (2020). On redesigning public health in Québec : lessons learned from the pandemic. *Canadian Journal of Public Health*, 111(6), 912-920. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00419-x>
- Doron, C.-O. (2009) Le principe de précaution : de l'environnement à la santé. Les Cahier du Centre Georges Canguilhem 1-3. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-centre-georges-canguilhem-2009-1-page-3.htm>.
- Dubois, C.-A. (2020). *COVID-19 et main-d'œuvre en santé. Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels*. CIRANO. <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020RB-05>.
- Fafard, P., McNena, B., Susek, A. et Hoffman, S. J. (2018). Contested roles of Canada's Chief Medical Officers of Health. *Canadian Journal of Public Health*, 109, 585-589.
- Ferrinho, P., Sidat, M., Leiras, G., Passos Cupertino de Barros, F. et Arruda, H. (2020). Principalism in public health decision making in the context of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Health Planning and Management*, 35, 997-1000. <https://doi.org/10.1002/hpm.3015>
- Fiset-Laniel, J., Ak'ingabe, G., Robert, P. et Strumpf, E. C. (2020). Public health investments : neglect or wilful omission? Historical trends in Quebec and implications for Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 111(3), 383-388. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00342-1>
- Flournoy, M. et Morell, M. (2020, 19 avril). The 6 factors that determine coronavirus containment or devastation (Opinion). *The Washington Post*.
- Friedrich, T.L, Vessey, W.B., Scheulke, M.J., Ruark, G.A., Mumford, M.D. (2009). A framework for understanding collective leadership : The selective utilization of leader and team expertise within networks. *The Leadership Quarterly*, 20 (6), 933-958.

- Gauthier, A., Thibault, J. et Bowen, M. (2012). *La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en temps de pandémie d'influenza A (H1N1) en 2009 au Québec : les points de vue d'acteurs des paliers national, régional et local* (rapport d'évaluation). MSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-220-01F.pdf>
- Giri, S., Chenn, L. M. et Romero-Ortuno, R. (2021). Nursing homes during the COVID-19 pandemic : a scoping review of challenges and responses. *European Geriatric Medicine*, 1(10). <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00531-2>
- Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Swartz, M., Essock, S. M., Osher, F. C., Butterfield, M. I. et Swanson, J. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness : prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4). <https://doi.org/10.1023/A:1013026318450>
- Gouvernement du Canada. (2021, 29 juillet). *Mise à jour quotidienne sur l'épidémiologie de la COVID-19*. <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/epidemiological-summary-covid-19-cases.html>
- Gouvernement du Québec. (2021, 29 juillet). *La maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec*. <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Plan national de sécurité civile*. <https://www.quebec.ca/securite-situations-urgence/securite-civile/fonctionnement/mecanismes-coordination/plan-national>
- Gouvernement du Québec. (2008). *Plan gouvernemental en cas de pandémie d'influenza*. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/425014?docref=J4YZBVkMQ2ok7BpqgcLHXQ>
- Greer, S. L., King, E. J., Da Fonseca, E. M. et Peralta-Santos, A. (2020). The comparative politics of COVID-19 : The need to understand government responses. *Global Public Health*, 15(9), 1413-1416. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2020.1783340>
- Guglielmin, M., Muntaner, C., O'Campo, P. et Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health policy*, 122(3), 284-292.
- Hassenteufel, P. (2020). Handling the COVID-19 crisis in France : Paradoxes of a centralized state-led health system. *European Policy Analysis*, 6(2), 170-179.
- Hunter, E. L. (2016). Politics and Public Health – Engaging the Third Rail. *J Public Health Management Practice*, 22(5), 436-441. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4974059/pdf/jpump-22-436.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020a). *COVID-19 et détection moléculaire du SARS-CoV-2 chez les individus asymptomatiques*. Gouvernement du Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *État des connaissances : Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020b). *COVID-19 et la socialisation à distance entre les personnes hébergées et les proches aidants en contexte d'interdiction de visite*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Socialisation_distance.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020c). *COVID-19 et la phase de rétablissement à la pandémie pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie*. Gouvernement du Québec. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Retablissement_SAPA.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). *Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes aînées en contexte de pandémie*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). *Enjeux éthiques de la pandémie de COVID 19 : précaution et déconfinement*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3031-enjeux-ethiques-pandemie-precaution-deconfinement-covid19.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552_evaluation_gouvernance_programme_national_sante_publique_2015_2025.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). *La communication des risques de la santé-Outil d'accompagnement au document La gestion des risques en santé publique : cadre de référence*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2406_communication_risques_sante.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2003). *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*.
- Interlandi, J. et Rea, B. (2021). Covid proved the CDC. is broken. Can it be fixed? *New York Times Magazine*.
- Kalina, P. (2020). Resilient and inclusive healthcare leadership : Black Swans, COVID-19, and beyond. *International Journal of Health Planning and Management*.
- Kickbusch, I. et Buckett, K. (2010). *Implementing Health in All policies : Adelaide 2010*. Government of South Australia.
- Lacoursière, A. (2021). Le Dr Arruda porte-t-il un chapeau de trop? *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2021-04-01/le-dr-arruda-porte-t-il-un-chapeau-de-trop.php>
- Levine, D. (2020, 11 septembre). La gestion de la pandémie par Québec est-elle toujours cohérente? [entrevue]. Dans 24/60. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/rdi/24-60/site/episodes/480115/covid-19-feux-californie-carnet-americain-caricature>

Liu, M., Maxwell, C. J., Armstrong, P., Schwandt, M., Moser, A., McGregor, M. J., Bronskill, S. E. et Dhalla, I. A. (2021). La COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée en Ontario et en Colombie-Britannique. *Canadian Medical Association Journal*, 192. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/193/7/E263.full.pdf>

Loi sur la sécurité privée, RLRQ c S-3.5

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux, RLRQ, c. M-19.2.

Loi sur les services de santé et services sociaux, RLRQ, c. S-4.2

Mahmood, S., Hasan, K., Colder-Carras, M. et Labrique, A. (2020). Global preparedness against COVID-19 : We must leverage the power of digital health. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2). <https://doi.org/10.2196/18980>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2013). *Plan ontarien de lutte contre la pandémie de la grippe (chapitre 5 : Santé et sécurité au travail; prévention et contrôle des infections)*. https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/emb/pan_flu/docs/ch_05.pdf

Morabia, A. (2020). Public health expertise cannot be improvised. *American Journal of Public Health*, 110(11). <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2020.305941>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza — Mission Santé*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-235-05f.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2013). *Recommandations pour les maladies respiratoires sévères infectieuses d'étiologie indéterminée*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000298/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Programme national de santé publique, 2015-2025, Pour améliorer la santé de la population du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016a). *Politique gouvernementale de prévention en santé — Tableau synoptique*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-297-07W.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016b). *Politique ministérielle de sécurité civile*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001112/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). *Analyse de la perception des acteurs sur le modèle de coordination montréalaise interétablissements*. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2020-2021/2020-2021-207-Document.pdf.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). *Plan d'urgence québécois sur les maladies infectieuses à surveillance extrême — Volet santé publique* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000620/#~:text=Le%20Plan%20d'urgence%20qu%C3%A9bécois,directeur%20national%20de%20sant%C3%A9%20publique>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020a). *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-257W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020b). *Orientations de santé publique en matière de recherche, d'évaluation et de suivi 2020-2024 : la pandémie de la COVID-19 et ses conséquences*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-251W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020c) *Annexe COVID-19 – Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza – Mission Santé*. Document non public.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020d) *Annexe COVID-19 – Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza – Mission Santé*. Version de travail datée du 17 mars 2020. Document non public.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020e) *Annexe COVID-19 – Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza – Mission Santé*. Version de travail datée du 31 mars 2020. Document non public.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020f) *Annexe COVID-19 – Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza – Mission Santé*. Version de travail datée du 23 juin 2020. Document non public.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). *Sécurité civile*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/securite-civile/>
- Merkley, E., Bridgman, A., Loewen, P. J., Owen, T., Ruths, D. et Zhilin, O. (2020). A Rare Moment of Cross-Partisan Consensus : Elite and Public Response to the COVID-19 Pandemic in Canada. *Canadian Journal of Political Science*, 53(2), 311-318.
- Murphy, L., Markey, K., O'Donnell, C., Moloney, M. et Doody, O. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions : A scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(4). <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.05.002>
- Musango, L., Veerapa-Mangroo, L., Joomaye, Z., Ghurbhurrin, A., Vythelingam, V. et Paul, E. (2021). Key success factors of Mauritius in the fight against COVID-19. *BMJ Global Health*. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/3/e005372.full.pdf>
- Nicola, M., Sohrabi, C., Matthew, G., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Griffin, M., Agha, M. et Agha, R. (2020). Health policy and leadership models during the COVID-19 pandemic : A review. *International Journal of Surgery*, 81, 122-129.
- O'Malley, P., Rainford, J. et Thompson, A. (2009). Transparency during public health emergencies : from rhetoric to reality. *Bull World Health Organ*, 87, 614-618 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733257/pdf/08-056689.pdf>
- Obaid Al Saidi, A. M., Abikar Nur, F., Al-Mandhari, A. S., El Rabbat, M., Hafeez, A. et Abubakar, A. (2020). Decisive leadership is a necessity in the COVID-19 response. *The Lancet*, 396, 295-298.

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2009). *Pandemic Influenza Preparedness and Response – A WHO Guidance Document*.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). *Implementing a Health 2020 Vision Governance for Health in the 21st Century*. World Health Organization.
- Ortmann, L. W., Barrett, D. H., Saenz, C., Bernheim, R. G., Dawson, A., Valentine, J. A. et Reis, A. (2016). *Public health ethics : Global cases, practice, and context*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-23847-0_1
- Péloquin, T. (2020, 30 avril). Des chercheurs dénoncent un « manque criant de données sur la pandémie ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-04-30/des-chercheurs-denoncent-un-manque-criant-de-donnees-sur-la-pandemie>
- Pittet, D., Boone, L., Moulin, A.-M., Briet, R. et Parneix, P. (2021). *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise COVID-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, rapport final*. République française. <https://www.vie-publique.fr/rapport/279851-gestion-crise-covid-et-anticipation-de-risques-pandemiques-rapport-final>
- Puska, P. et Ståhl, T. (2010). Health in All policies—the Finnish initiative : background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31, 315–328.
- Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K., Bajnoczki, C., Socha, A., Voss, M. et Koonin, J. (2020). Governance of the Covid-19 response : a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*, 5(5).
- Santé Canada. (2019). *Mesures d'urgence*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/urgences-desastres/mesures-urgence.html>
- Savoie, D. (2020). *Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-rapport-diagnostic-mtl.pdf>
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response. (2021). *COVID-19, Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*. <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-FrenchFinal.pdf>
- Usher, K., Bhullar, N. et Jackson, D. (2020). Life in the pandemic : Social isolation and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2756–2757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15290>
- Usher, S. et Denis, J.-L. (2021), *Modèles de gouvernance des soins et services aux aînés hors Québec, 2021 (non publié)*
- Voyer, P., Savoie, C. et Lafrenière, F. (2020). *Le rôle de préposé aux bénéficiaires dans le continuum de soins de longue durée au Québec*. Faculté des sciences infirmières, Université Laval. <https://www.arihq.com/wp-content/uploads/2020/10/2020-09-Voyer-et-al-Role-prepose-beneficiaire-SLD-final.pdf>
- Weeks, C. (2020, 17 mars). How the provinces differ when it comes to messaging on COVID-19. *The Globe & Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-how-the-provinces-differ-when-it-comes-to-messaging-on-covid-19/>.

- Whitelaw, S., Mamas, M. A., Topol, E. et Spall, H. G. C. V. (2020). Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *Lancet Digital Health*, 2(8), E435-E440. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30142-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30142-4)
- Working Group Ethics. (2020). *Public health ethics and Covid-19 : The ethical dimensions of public health decision-making during a pandemic*. https://www.researchgate.net/publication/340875089_Public_Health_Ethics_and_Covid-19_The_ethical_dimensions_of_public_health_decision-making_during_a_pandemic.
- Yuan, L., Sherryn, S., Hu, P. et Chen, F. (2020). US Field Hospitals : A Study on Public Health Emergency Response to COVID-19. *medRxiv*.

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

- i La gestion de la pandémie de H1N1 a d'ailleurs fait l'objet d'une évaluation par le MSSS en 2012 : La gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en temps de pandémie d'influenza A (H1N1) en 2009 au Québec : les points de vue d'acteurs des paliers national, régional et local (<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-220-01F.pdf>). Voici quelques passages de ce rapport :
- 1) Citation d'un répondant à l'évaluation quant à la participation des directions ministérielles dans l'élaboration du plan : « C'est le propre de la sécurité civile et de l'urgence. C'est jamais important quand il ne se passe rien et ça devient très important quand il se passe quelque chose. » (p. 23)
 - 2) Plusieurs répondants à l'évaluation avaient d'ailleurs soulevé des inquiétudes quant à la gestion de crises de plus grande gravité : « Plusieurs répondants avouent une certaine inquiétude relativement à la gestion d'une crise plus grave. Certains ont observé que le système de santé et de services sociaux ne peut viser, en tout temps, à traiter la forte affluence qui serait requise en situation exceptionnelle, comme celle qui aurait été créée par les taux d'attaque et de létalité estimés dans le Plan. En ce sens, la planification de mesures temporaires, telles que les SNT hospitaliers, demeure essentielle. Dans le cas de la pandémie de grippe, la réserve en termes de capacité a semblé mince à certains et des points de rupture ont pu être observés, entre autres, aux unités de soins intensifs. Explorer davantage la nature et les lieux de ces points de rupture afin d'améliorer la capacité de réponse paraît une avenue sage à explorer. » (p. 39)
- ii D'ailleurs, il importe de noter que cette méconnaissance des rôles et responsabilités ne s'u est pas strictement limité aux acteurs de santé publique. En effet, selon un rapport d'enquête, il semble que la résidence privée pour aînés Auberge aux Trois-Pignons a, à la suite d'une éclosion, vécu une grande désorganisation, également présente avec sa prise en charge par l'établissement et qui s'est traduit par « une pression importante sur les responsables, tant du côté de la RPA que de celui du CIUSSS-CN. Ce contexte a rendu difficile la gestion "bicéphale" qui s'est mise en place dans la ressource, le CIUSSS s'occupant de l'éclosion (zone chaude) et les dirigeants de la RPA, des zones froides. Sur le terrain, cette division des responsabilités ne s'est pas exécutée sans heurts. La responsabilité de certaines actions était contestée, la coordination des opérations manquait d'arrimage. Une confusion dans les rôles a persisté. Aux dires de certains intervenants, on ne savait pas toujours à qui s'adresser, les attentes signifiées au personnel étaient parfois contradictoires et l'encadrement faisait défaut. » : MSSS, « Rapport d'enquête sur les événements survenus durant la pandémie de la COVID-19 aux résidences pour aînés l'Auberge aux Trois Pignons et la Résidence Le Laurentien », 25 septembre 2020, en ligne : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002680/?&txt=aînés&msss_valpub&date=DESC, p. 16. Qui plus est, un autre rapport d'enquête semble noter qu'une méconnaissance des rôles et responsabilités s'applique tout autant aux employés eux-mêmes. En effet, le rapport en question mentionne que les « [r]ôles et responsabilités des employés de la RI peu définis en termes d'organisation du travail » : Sylvie GRAVEL, Rapport d'enquête administrative en ressource intermédiaire et en ressource de type familial, 2020, en ligne : <https://www.scribd.com/document/494643189/Rapport-d-enquete-sur-la-Residence-des-Batisseurs-de-Matane>, p. 27. En outre, la méconnaissance du rôle du directeur de santé publique a également été soulevé dans un rapport d'enquête suivant des éclosions, son auteur s'exprimant ainsi : « La Direction de la santé publique a exercé un leadership important

à la gouvernance stratégique. Cependant, les rôles et responsabilités décisionnelles de cette direction ne sont pas complètement connus ou compris de tous, car la Direction de la santé publique relève administrativement de l'établissement et cliniquement du directeur national de santé publique, sans oublier des pouvoirs que lui confère la Loi sur la santé publique (c. S-2.2). » : CISSS/CIUSSS universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Conclusion de l'enquête portant sur les éclosions COVID-19 survenues au Centre multiservices de santé et de services sociaux Laflèche, Centre d'hébergement et CLSC Mgr-Paquin et Centre multiservices de santé et de services sociaux Cloutier, 2020, p. 7

- iii Le manque de marge de manœuvre locale dans la gestion des opérations avait déjà été dénoté dans l'évaluation du plan : « Selon le bilan provisoire de l'Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux (AQESSS), la gouvernance constituerait l'élément le plus important d'insatisfaction des établissements à l'égard de la campagne de vaccination massive, notamment, l'approche unilatérale au regard des directives opérationnelles. Selon l'AQESSS, l'approche adoptée a fait entrave aux initiatives locales et n'a pas tenu compte des spécificités régionales. Tout en reconnaissant la nécessité d'un cadre d'intervention commun et d'orientations claires et définies, les établissements regretteraient l'absence de marge de manœuvre locale dans la gestion des opérations. Il faut, par contre, souligner que contrairement à l'expérience ontarienne des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), le rôle des CSSS a été clair et même crucial pendant la pandémie. » (p.42-43)
- iv D'ailleurs, il ressort d'un rapport d'enquête que les communications entre les RI et les établissements ne sont pas toujours favorables, et que dans le cas sous étude, la relation difficile avait mené à un manque de confiance et à un travail cloisonné. : Sylvie GRAVEL, Rapport d'enquête administrative en ressource intermédiaire et en ressource de type familial, 2020, en ligne : <https://www.scribd.com/document/494643189/Rapport-d-enquete-sur-la-Residence-des-Batisseurs-de-Matane>, p. 26-27
- v D'ailleurs, il semble que certains ordres professionnels aient aussi créé des comités de crise, en ce que le Conseil interprofessionnel du Québec s'est exprimé ainsi : « Certains ordres professionnels ont mentionné avoir formé des cellules de crise, et avoir participé à celles du gouvernement, quelques semaines après le début de la crise sanitaire. Cela a permis une plus grande cohésion et facilité l'adhésion aux mesures prises par l'ordre, puisqu'elles étaient plus facilement applicables » : Conseil interprofessionnel du Québec, « Pour une gestion efficace de la pandémie de la COVID-19. Regard des ordres professionnels et du Conseil interprofessionnel du Québec », septembre 2020, p. 10
- vi Selon le rapport de Dominique Savoie, il semblerait que cette approche ait empêché ou retardé des interventions. Celui-ci mentionnant que « certaines décisions étaient prises par les autorités sans que quiconque se soit assuré au préalable de la faisabilité de leur application sur le territoire montréalais et surtout, de leurs impacts. » [...] « Ce constat a également été fait par la directrice régionale de la santé publique de Montréal. Celle-ci a indiqué qu'elle aurait gagné en efficience et en clarté dans ses communications avec ses partenaires si elle avait eu un peu plus de temps pour évaluer les implications locales des orientations nationales avant qu'elles ne soient communiquées par les autorités » [...] « comme la gestion de la pandémie s'est fait sous un modèle "top down" pour des raisons tout à fait compréhensibles, ces diverses instances ont toujours été à la remorque des décisions et n'ont pu jouer adéquatement leur rôle » : Dominique Savoie (Mandaté par Mme Danièle McCann alors qu'elle était ministre), Diagnostic de la coordination des

activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-rapport-diagnostic-mtl.pdf>, p. 13, 18

- vii À titre d'exemple, « Certains ordres ont également rapporté avoir obtenu des informations différentes des associations professionnelles, ce qui a amplifié la confusion auprès des membres. » : Conseil interprofessionnel du Québec, « Pour une gestion efficace de la pandémie de la COVID-19. Regard des ordres professionnels et du Conseil interprofessionnel du Québec », septembre 2020, p. 9– 10; Ce conseil a également soulevé l'importance d'une communication cohérente en mentionnant qu'il importe que l'information transmise notamment quant à l'interprétation des décrets et arrêtés ministériels soit uniforme, peu importe la source consultée. De plus, la réponse gouvernementale doit pouvoir être transmise rapidement aux personnes concernées. » : Conseil interprofessionnel du Québec, « Pour une gestion efficace de la pandémie de la COVID-19. Regard des ordres professionnels et du Conseil interprofessionnel du Québec », septembre 2020, p. 10. D'ailleurs, selon cette même source, il semble que non seulement des questions relativement aux communications soient demeurées sans réponse, mais que des pistes d'amélioration l'aient aussi été. En effet, le Conseil interprofessionnel du Québec s'exprime ainsi sur le sujet : « Plusieurs suggestions pour une meilleure gestion de la crise sont restées sans réponses. [...] C'est le cas notamment des diplômés donnant accès à des professions réglementées. [...] aucune mesure concrète n'a été prise par les établissements d'enseignement afin de pallier ce manque. Rien n'a été élaboré pour faciliter l'accès de ces finissantes et finissants à un stage à la fin de leur programme d'études, ce qui entraîne encore à ce jour une certaine incertitude. » Conseil interprofessionnel du Québec, « Pour une gestion efficace de la pandémie de la COVID-19. Regard des ordres professionnels et du Conseil interprofessionnel du Québec », septembre 2020, p. 11. Sur une autre note, il semble que les processus de communication avec le CHSLD étaient déficients puisqu'un rapport d'enquête précise que « [l]es mécanismes de gestion généralement utilisés par chaque direction (caucus, rapport d'état, pilotage) permettant une gestion des opérations ont soit été maintenus, adaptés ou cessés. Le rapport d'état, qui permet de prendre le pouls des équipes et de faire remonter l'information à la direction, n'était pas en place dans ces CHSLD. Nous avons ainsi constaté un bris de communication dans la ligne hiérarchique de la mission CHSLD. » : CISSS/CIUSSS UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC, Conclusion de l'enquête portant sur les éclosions COVID-19 survenues au Centre multiservices de santé et de services sociaux Laflèche, Centre d'hébergement et CLSC MGR-Paquin et Centre multiservices de santé et de services sociaux Cloutier, 2020, p. 7. Également, il appert que le manque au niveau de la communication a également été vécu au sein d'un même établissement en ce qu'un rapport d'enquête mentionne qu'« aucune rencontre officielle n'a été effectuée périodiquement auprès de tous les membres du personnel de l'établissement pour transmettre les directives importantes, s'assurer de la compréhension de ces dernières et veiller à l'application adéquate des directives. » : Collège des médecins, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, « Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers, au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19 », février 2021, en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943833/RAPPORT-ENQUETE-2021.pdf>, p. 43. Le manque au niveau de la communication a également été soulevé par le Protecteur du citoyen à son rapport d'étape, lequel mentionnait que : « [d]ans la précipitation, la transmission des informations et des consignes menant aux meilleures pratiques a, de l'avis de nombreux

témoins, reflété un certain cafouillage à un moment où la communication “verticale” (à partir des experts et des autorités du MSSS et des CISSS et CIUSSS jusqu’au terrain) aurait dû mieux outiller et sécuriser le personnel des CHSLD ainsi que les personnes hébergées et leurs proches.» : PROTECTEUR DU CITOYEN, Rapport d’étape du Protecteur du citoyen, La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie, apprendre de la crise et passer à l’Action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées, 2020, en ligne : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/rapport-etape-premiere-vague-covid-19-chsld.pdf, p. 19.

viii Rapport H1N1 :

- 1) « Bien que pour les répondants régionaux et locaux, il est normal que les décisions puissent être modifiées en fonction de l’évolution de la situation et que des correctifs puissent être apportés en cours de route, la fréquence des changements a causé de grandes difficultés. Ainsi, au palier régional, “il était difficile de descendre la bonne information au niveau local”. Au palier local, l’exercice pouvait s’avérer frustrant et énergivore, les COPIN devant adapter la gestion du personnel à la fois aux mesures imprévues — parfois importantes — et aux changements quasi quotidiens de consignes. Le grand nombre d’infirmières travaillant dans les CVM rendait les réaménagements encore plus exigeants. Un médecin fait aussi valoir que ces changements ont fait en sorte qu’ils ne pouvaient jamais être prêts “on savait jamais à quoi il fallait être prêt. Puis, ça durait pas longtemps en tout cas”. Les très courts délais d’opérationnalisation de nouvelles consignes ont aussi été problématiques. Par exemple, l’information sur les indications pour certains vaccins à administrer aux femmes enceintes. “Je n’avais même pas le temps d’aller le dire sur le terrain”. Selon certains répondants, les changements de consignes ont laissé l’impression “que nous avons perdu le contrôle” et la controverse sur les vaccins avec ou sans adjuvants pour les femmes enceintes aurait miné la confiance. Les intervenants auraient ainsi eu à faire face aux plaintes et à la confusion au sein de la population et devaient donc expliquer les motifs des changements, motifs qu’ils ne connaissaient pas toujours. Par contre, certaines décisions de dernière minute, notamment celles de recourir à des coupons pour gérer les files d’attente, ont été bien appréciées par plusieurs à l’usage, même si au départ, elles suscitaient des désaccords.» (p. 45)
- 2) Réagir rapidement à l’évolution de la situation constitue sans aucun doute un devoir, mais trop de changements de consignes impliquent des efforts importants sur le terrain et peuvent miner la confiance dans la structure de gouvernance et dans la population. (p. 64)

- ix D’ailleurs, l’absence de formation et de suivi des mesures en prévention et contrôle des infections en milieu de vie a été notée dans plusieurs rapports publiés pendant la pandémie. À titre d’exemple, un rapport d’enquête mentionnait que « [l]es mesures de contrôle et de prévention des infections n’ont pas été rigoureusement respectées (port d’ÉPI, isolement, dépistage) [...] Depuis la création du CCSMTL, les services de PCI ont connu une grande instabilité. Durant les mois précédant la pandémie, le comité de gouvernance en PCI n’était pas opérationnel. » : Collège des médecins, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, « Rapport d’enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers, au CHSLD Herron et à l’Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19 », février 2021, en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943833/RAPPORT-ENQUETE-2021.pdf>, p.45, 60. Ce même rapport indiquait, pour une ressource, le manque d’infirmière spécialisée en prévention

et contrôle des infections : Collège des médecins, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, « Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers, Au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19 », février 2021, en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943833/RAPPORT-ENQUETE-2021.pdf>, p. 35. D'ailleurs, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec a aussi mentionné un manque en prévention et en contrôle des infections dans les résidences privées pour aînés, qui était justifié par une pénurie de personnel. D'ailleurs, l'Ordre mentionne que ses professionnels pourraient agir en matière de prévention et de contrôle des infections et qu'il suffirait d'une entente avec d'autres ordres. À cet effet, l'Ordre mentionne que ses professionnels une fois formés pourraient « évaluer la clientèle à risque de chute (pré-per et post chute) afin d'éviter des transferts souvent inutiles en centres hospitaliers et éviter l'exposition de cette clientèle vulnérable aux maladies nosocomiales; initier une ordonnance collective afin de traiter certains signes et symptômes, et enfin initier la mise en place de mesures pour des précautions additionnelles préventives » : Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, Infirmières auxiliaires incontournables du réseau pour affronter la 2^e vague de la COVID-19, octobre 2020, en ligne : <https://www.oiiq.org/publications/autres-publications>, p. 8; Un autre rapport d'enquête soulevait que « [d]es audits sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections ont mis en lumière la difficulté liée au port de l'équipement de protection individuelle et au respect de la distanciation physique dans les aires communes de travail et de pause, ce qui dans les circonstances met à risque les usagers, les intervenants et la population. [...] Les pratiques de prévention et de contrôle des infections en place n'étaient pas adaptées à la nature de la nouvelle souche de virus » : CISSS/CIUSSS universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Conclusion de l'enquête portant sur les éclosions COVID-19 survenues au Centre multiservices de santé et de services sociaux Laflèche, Centre d'hébergement et CLSC MGR-Paquin et Centre multiservices de santé et de services sociaux Cloutier, 2020, p. 15, 21; Le manque de formation en prévention et contrôle des infections en milieu de vie a également été mentionné par Dominique Savoie à son rapport : Dominique Savoie (Mandaté par Mme Danièle McCann alors qu'elle était ministre), Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-rapport-diagnostic-mtl.pdf>, p. 26.

- x Plus largement, un rapport d'évaluation mentionne qu'« [a]fin de venir en aide au réseau de la santé, le ministère a centralisé la gouvernance ainsi que la gestion des équipements de protection individuelle, tout en priorisant la distribution aux régions selon certains critères » : Rapport d'évaluation du CHU Ste-Justine, Rapport d'évaluation, Anticiper la deuxième vague de la COVID-19 : Revue rapide de la littérature, en ligne : <https://www.chusj.org/CORPO/files/94/94ec9790-5853-47ab-8fae-982e265118f3.pdf>, p. 14
- xi En effet, un rapport d'enquête mentionne également que le « manque d'équipements de protection individuelle a généré des inquiétudes et des effets néfastes sur la gestion des ressources humaines » : MSSH, « Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée », 23 septembre 2020, en ligne : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002679/?&txt=hébergement&msss_valpub&date=DESC, p. 10. Sur une autre note, il tient également de préciser que non seulement les ÉPI auraient été insuffisants, mais ceux-

ci n'auraient également pas fait l'objet d'une utilisation optimale par les intervenants de la santé. : Cirano, « COVID-19 et main-d'œuvre en santé. Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels », 2020, en ligne : <https://cirano.qc.ca/fr/sommaires/2020RB-05>, p. 41-55. D'ailleurs, un autre rapport mentionne que les intervenants devraient non seulement connaître la bonne utilisation des ÉPI, mais que des rappels devraient être faits, en ce que l'auteur s'exprime ainsi : « Tout employé devrait en connaître les bonnes méthodes d'utilisation et un rappel périodique devrait être instauré de façon statutaire. Des clarifications quant au type d'équipement requis pour telle ou telle tâche doivent être apportées afin d'éliminer les questionnements et craintes en situation d'urgence, comme cela s'est produit. » : MSSS, « Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée », 23 septembre 2020, en ligne : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002679/?&txt=hébergement&msss_valpub&date=DESC (p. 12). D'ailleurs, un autre rapport soulève le fait que « [s]eules de courtes capsules vidéo sur l'hygiène des mains et le port d'ÉPI ont été transmises par courriel à l'attention des membres du personnel. Cette méthode s'avère nettement insuffisante dans ce contexte. » : Collège des médecins, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, « Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers, au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19 », février 2021, en ligne : <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943833/RAPPORT-ENQUETE-2021.pdf> (p. 43)

- xii Selon une publication du Conseil interprofessionnel du Québec, il appert que les ordres professionnels ont été sollicités, mais que malgré tout, cette collaboration n'a pas perduré et que ceux-ci ont même été confrontés à l'absence de réponse à leurs questionnements. À cet égard, l'organisation s'exprime ainsi : « Bien que consultés à quelques reprises par des autorités gouvernementales, la majorité des ordres n'ont pas eu l'occasion de pouvoir faire bénéficier le gouvernement de leur expertise, particulièrement en amont de l'émission d'arrêtés ministériels. Certains ordres ont dû intervenir et faire modifier le même arrêté ministériel jusqu'à quatre reprises avant que celui-ci ne soit clair et intelligible pour les milieux de soins! [...] Certains ordres professionnels, n'ayant pas reçu de réponses malgré des représentations auprès de représentants du gouvernement, sont intervenus auprès des journalistes. Cette attention médiatique aura permis, à quelques reprises, de faire bouger les choses, voire d'accélérer le traitement des demandes formulées par les ordres professionnels. [...] Plusieurs ordres professionnels ont rapporté avoir eu de la difficulté à obtenir des réponses claires à leurs questions. [...] Certains ordres ont également rapporté avoir obtenu des informations différentes des associations professionnelles, ce qui a amplifié la confusion auprès des membres. » : Conseil interprofessionnel du Québec, « Pour une gestion efficace de la pandémie de la COVID-19. Regard des ordres professionnels et du Conseil interprofessionnel du Québec », septembre 2020, p. 9— 10.
- xiii D'ailleurs, le Conseil interprofessionnel du Québec a aussi fait état de la non-sollicitation de certains professionnels, lorsqu'il s'exprime ainsi : « À de nombreuses reprises, le premier ministre a fait appel aux Québécois afin d'apporter de l'aide dans les résidences pour personnes âgées. Répondant à l'appel, les ordres ont, à de nombreuses reprises, mentionné à des représentants du gouvernement que des milliers de professionnels (notamment ceux œuvrant en pratique privée) étaient disponibles pour venir prêter mainforte. Ces professionnels, dont plusieurs œuvrent déjà dans le domaine de la santé, auraient certainement pu contribuer davantage. Pensons notamment aux physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique, aux diététistes, aux

chiropraticiens, aux orthophonistes et audiologistes, aux hygiénistes dentaires, aux ergothérapeutes, pour ne nommer que ceux-ci au niveau de la santé physique. Au niveau de la santé mentale, l'apport des professionnels aurait pu être considérable afin de soutenir autant les professionnels en place que les aînés, grandement affectés par cette crise sans précédent.» et «Alors que le gouvernement a choisi une approche hospitalo-centrée, les professionnels œuvrant en cabinet privé ont été les grands oubliés dans cette période de la crise. En effet, bien que certains services professionnels jugés essentiels aient pu poursuivre leurs opérations, la plupart de ces professionnels n'ont pas été en mesure de mettre l'épaule à la roue dans le système de santé. Par ailleurs, une grande confusion a régné pendant la crise quant à la possibilité pour les professionnels œuvrant en cabinet privé d'offrir des services aux citoyens. Plusieurs interprétations ont été formulées concernant les décrets ministériels relatifs aux cabinets privés.» : Conseil interprofessionnel du Québec, «Pour une gestion efficace de la pandémie de la COVID-19. Regard des ordres professionnels et du Conseil interprofessionnel du Québec.», septembre 2020, p. 7, 8

- xiv En outre, le Conseil interprofessionnel du Québec souligne la rigidité du cadre entourant les ordres professionnels et ayant ainsi empêché une intervention rapide, en ce qu'il s'exprime ainsi : «le système réglementaire, dans sa forme actuelle, ne pouvait pas répondre aux besoins de flexibilité nécessaire dans un contexte d'urgence sanitaire.» : Conseil interprofessionnel du Québec, «Pour une gestion efficace de la pandémie de la COVID-19. Regard des ordres professionnels et du Conseil interprofessionnel du Québec», septembre 2020, p. 11. Toutefois, il tient lieu de préciser qu'il semble qu'à tout le moins un ordre professionnel a pu ajouter de la main-d'œuvre. En effet, il semble que l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec ait recruté d'anciens membres, 700 au total, avec l'octroi d'un permis temporaire, l'Ordre soulignant toutefois l'importance que les arrêtés soient adaptés à chaque ordre au niveau de la réglementation et des circonstances qui leur sont proposées. D'ailleurs, l'Ordre aurait également donné des autorisations particulières aux candidats à l'exercice de la profession à avoir une autorisation. : Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, *Infirmières auxiliaires incontournables du réseau pour affronter la 2^e vague de la COVID-19*, octobre 2020, en ligne : <https://www.oiiq.org/publications/autres-publications>, p. 7.
- xv En outre, il semble que les relations entre les ordres professionnels et l'Office des professions du Québec étaient quelque peu houleuses lors de la première vague, et ce, suivant les propos du Conseil interprofessionnel du Québec à l'effet que : «Bien qu'agissant au début de la crise comme agent centralisateur, les ordres ont rapidement constaté que les questions adressées à l'organisme demeuraient lettre morte. Certains d'entre eux ont témoigné avoir attendu plus de 6 semaines avant d'obtenir des réponses. [...] L'expertise professionnelle étant spécialisée et spécifique, les ordres professionnels sont bien placés pour informer les autorités gouvernementales, ayant la connaissance du milieu et de la pratique professionnelle. Dans ce contexte, plusieurs ordres ont manifesté un intérêt afin d'établir des ponts de communications plus fréquents avec les personnes en autorité.» : Conseil interprofessionnel du Québec, «Pour une gestion efficace de la pandémie de la COVID-19. Regard des ordres professionnels et du Conseil interprofessionnel du Québec.», septembre 2020, p. 8

**Ensemble, identifier,
proposer, débloquer.**