COVID-19 : PLAN D'ACTION POUR UNE DEUXIÈME VAGUE

Votre gouvernement

Québec

Édition
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
Bibliothèque et Archives Canada, 2019
ISBN : 978-2-550-87363-1 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

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.

© Gouvernement du Québec, 2020

MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Au cours des derniers mois, le Québec, tout comme le reste du monde, a vécu une crise humaine et sanitaire sans précédent que nous avons dû aborder avec une très grande résilience. Pendant cette période, nous avons beaucoup appris et nous avons eu à trouver quotidiennement des solutions efficaces aux nombreux enjeux auxquels ont été confrontées les équipes de notre réseau de santé et de services sociaux, particulièrement dans nos milieux de vie pour aînés.

Pour ce faire, nous avons pu bénéficier d'une grande collaboration et du soutien de la santé publique et de différents groupes d'experts et de scientifiques. Je tiens à remercier ces personnes ainsi que tout le personnel du réseau de la santé et des services sociaux pour leur contribution et leur travail essentiels. Il faut également souligner l'exceptionnelle solidarité et le courage des Québécoises et des Québécois qui ont contribué à appuyer nos équipes au pire de cette crise, ce dont nous pouvons tous être très fiers.

Maintenant, bien que la situation se soit stabilisée vers la fin du printemps et au cours de l'été, il faut rappeler que d'autres défis s'annoncent. Entre autres, nous devons composer avec une présence soutenue de la COVID-19 dans notre communauté et la possibilité d'une deuxième vague de la pandémie. Forts des leçons tirées de notre récente expérience, nous pouvons d'ores et déjà agir de manière à prévenir certaines difficultés et conséquences qui pourraient en découler.

Le premier ministre du Québec a donc demandé, d'une part, de dresser un bilan des actions que nous avons menées jusqu'à maintenant et de brosser un portrait des difficultés rencontrées lors de la première vague. D'autre part, il fallait identifier les enjeux auxquels nous sommes toujours confrontés afin de guider les actions du ministère et ainsi adapter notre réponse face à une éventuelle deuxième vague de la COVID-19.

Christian Dubé
Ministre de la Santé et des Services sociaux

MESSAGE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX

La COVID-19, dès son apparition l'hiver dernier, a pris tout le monde par surprise. Ne connaissant que peu de choses de ce nouveau virus, nous avons su réagir rapidement, recueillant des renseignements précieux. Quoique de nombreuses questions demeurent à ce jour sans réponse, l'expérience acquise au cours de cette période est ce sur quoi nous devons miser pour affronter la potentielle deuxième vague qui nous attend.

Le présent plan d'action est à cet égard un outil essentiel. En plus de nous guider quotidiennement dans la lutte qu'il reste à mener au cours des prochains mois, il nous aidera à mieux soutenir l'ensemble des personnes vulnérables de nos communautés qui sont les plus affectées par la situation actuelle.

Depuis le début de cette pandémie, nous n'avons ménagé aucun effort pour soutenir les personnes les plus vulnérables. Tant du côté de la santé mentale, des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, des jeunes en difficulté ou des organismes communautaires, entre autres, nous avons tenté de contrer l'isolement social, la détresse financière et l'anxiété liée à la crise et pallier les difficultés d'accès à certains services en ces temps difficiles.

L'absence de traitement ou de vaccin pour traiter ou immuniser contre la COVID-19, la présence soutenue du virus dans notre communauté ainsi que la possibilité d'une deuxième vague de la pandémie nous incitent à adapter nos approches afin de limiter l'impact de cette situation exceptionnelle sur les personnes les plus vulnérables.

C'est en poursuivant ainsi notre travail que, de concert avec les équipes de notre réseau de santé et de services sociaux, de même qu'avec les experts qui ont su si bien nous conseiller jusqu'à maintenant, nous pourrons traverser cette crise, avec résilience et solidarité.

Lionel Carmant
Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux

MESSAGE DE LA MINISTRE RESPONSABLE DES AÎNÉS ET DES PROCHES AIDANTS

Les derniers mois ont été difficiles pour l'ensemble des Québécoises et des Québécois, et surtout pour les plus vulnérables d'entre eux, dont les personnes aînées. Fragilisées par des situations qui limitent leur autonomie, que ce soit sur le plan de la santé, sur le plan financier ou même sur le plan social, plusieurs de ces personnes ont pu vivre la pandémie comme une terrible épreuve mettant en péril leur bien-être, voire leur vie.

Dès les premiers mois, ce sont leurs milieux de vie qui ont été les plus affectés. Malgré les mesures qui ont été mises en œuvre, nos nombreux efforts n'ont pas suffi à prévenir certains drames dans ces milieux, ce qui a suscité un élan de solidarité instantané et manifeste au sein de la population.

Toutefois, il ne faut pas oublier que la COVID-19 a eu d'autres effets néfastes sur la vie des aînés. Coupés de leurs proches et de leurs familles, plusieurs d'entre eux ont vécu dans un certain isolement pendant des semaines. Privées du réconfort qu'aurait pu leur apporter leur entourage, ces personnes ont ressenti une grande détresse qu'il importe de ne pas négliger. Avec la deuxième vague, à laquelle nous pourrions être confrontés, nous devons nous préparer à mieux les soutenir, tout en assurant leur sécurité au quotidien.

J'aimerais également rappeler que nous ne devons pas oublier non plus les proches aidants, au cœur de cette crise. Je souhaite leur réitérer notre soutien, et nous allons veiller à bien les accompagner au cours des prochains mois.

Marguerite Blais
Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX III

MESSAGE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX V

MESSAGE DE LA MINISTRE RESPONSABLE DES AÎNÉS ET DES PROCHES AIDANTS VII

NOTE AU LECTEUR 11

INTRODUCTION 12

PREMIÈRE PARTIE
LE BILAN DE LA PANDÉMIE ET DES INITIATIVES ENGAGÉES 13

1. L'impact de la pandémie au Québec 15
2. Les difficultés rencontrées et les initiatives engagées 26
   - La préparation et les actions initiales 26
   - L'organisation clinique 30
   - La gestion de l'approvisionnement 34
   - Le dépistage et les tests 35
   - Les technologies de l'information 38
   - Les milieux de vie pour aînés 40
   - La main-d'œuvre 42
   - Le soutien aux clientèles vulnérables 44
   - Les communications 48

DEUXIÈME PARTIE
ENJEUX ET PLAN D'ACTION 51

1. Des risques à prévenir 53
   - La possibilité d'une deuxième vague de contamination 54
   - L'impact de la pandémie sur la santé physique et psychologique de la population 55
2. Plan d'action 57
   - Les milieux de vie pour aînés 60

Les clientèles vulnérables 63
La main-d'œuvre 69
Le dépistage 72
La prévention et la gestion des éclosions 76
L'organisation clinique 80
L'approvisionnement 84
La gouvernance 87
Les communications 91

CONCLUSION 94

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES 94

NOTE AU LECTEUR

Le présent document vise à dresser un bilan préliminaire de la première vague de la COVID-19 sur le territoire québécois et présenter un plan d'action pour répondre à une éventuelle deuxième vague.

L'objectif premier de cette démarche est de présenter les chantiers prioritaires et les solutions à mettre en œuvre afin d'améliorer le niveau de préparation du réseau québécois de la santé et des services sociaux, et de ses partenaires. Le présent document n'aborde que les problématiques relatives au domaine de la santé et des services sociaux.

Les autorités gouvernementales ont ainsi effectué un bilan des actions déployées lors de la première vague en matière de santé et de services sociaux.

Des constats ont été tirés à partir des difficultés et des enjeux vécus au cours des derniers mois, après consultation de plusieurs intervenants. Le but est de présenter le plan qui en résulte, en particulier les actions correctrices à déployer à court terme, afin de pouvoir mieux répondre à la nouvelle réalité résultant d'une présence soutenue de la COVID-19 dans la communauté.

Il importe de souligner que cette démarche ne saurait se substituer aux différentes enquêtes annoncées au cours des derniers mois et aux analyses qui seront certainement effectuées par la communauté scientifique dans les années à venir sur la réponse des gouvernements face à la crise sanitaire et sur son impact sur les systèmes de santé et la population.

Il est à noter que ce plan d'action se veut évolutif. Un dialogue régulier et transparent auprès des partenaires du réseau permettra d'assurer l'adhésion, la viabilité et l'application de la mise en œuvre des actions de ce plan, dont certaines sont déjà en cours de réalisation. La responsabilité et l'échéancier du déploiement de chacune des actions seront clairement établis lors de leur mise en vigueur, au plus tard à la fin du mois de septembre.

INTRODUCTION

Le 11 mars 2020, le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé annonçait que le monde faisait face à une pandémie due à l'infection au coronavirus SARS-CoV-2. À cette date, 120 000 cas étaient diagnostiqués dans 110 pays et territoires.

Cinq mois plus tard, au 7 août, on dénombrait près de 19 millions de cas confirmés dans le monde, ayant entraîné un peu plus de 700 000 décès. Le Québec a été durement touché, avec un peu plus de 60 000 cas confirmés et 5 687 décès à la même date.

Avec le présent rapport, le gouvernement fait le point sur les différentes initiatives engagées dans le domaine de la santé et des services sociaux afin de lutter contre les effets de cette pandémie.

Plus précisément, le rapport présente :

- Un **bilan** des difficultés rencontrées et des initiatives mises en œuvre lors de la première vague de la pandémie;
- Les **enjeux** identifiés et les **actions** prioritaires à mettre en place pour faire face à une éventuelle deuxième vague de la pandémie.

PREMIÈRE PARTIE
LE BILAN DE LA PANDÉMIE ET DES INITIATIVES ENGAGÉES

- L'objectif de cette section est de faire un bilan préliminaire de la pandémie au Québec, d'abord en présentant une synthèse des principales données illustrant l'impact de la pandémie au Québec, en date du 7 août 2020, sauf exception.
- Le document présente ensuite un relevé des initiatives engagées dans les différents domaines de la santé et des services sociaux pour contrer le développement et les effets de la pandémie.
- Des constats généraux sont identifiés d'entrée de jeu quant au bilan de la pandémie au Québec :
  - Dès le début de la crise, le gouvernement a agi rapidement en mettant en place des mesures importantes de confinement;
  - Ces décisions difficiles ont permis de limiter la transmission communautaire du virus dans la plupart des régions. La situation a été plus difficile à Montréal, mais est tout de même demeurée sous contrôle, grâce aux efforts de la population, des équipes de santé publique et du personnel de la santé et des services sociaux;
  - Bien que les mesures de confinement mises en place aient permis de sauver des vies, le Québec a néanmoins vécu l'un des moments les plus difficiles de son histoire, alors qu'en quelques mois seulement le virus a fait plusieurs milliers de morts, principalement dans les milieux de vie pour aînés.

1. L'IMPACT DE LA PANDÉMIE AU QUÉBEC

Le 31 décembre 2019, les autorités chinoises alertaient l'Organisation mondiale de la santé au sujet de plusieurs cas atypiques de pneumonies dans la province de Wuhan ne correspondant à aucun virus connu. Le 7 janvier 2020, la Chine confirmait l'identification d'une nouvelle souche virale pour l'espèce humaine. Il s'agissait d'un virus de la famille des coronavirus[1], responsable depuis décembre 2019 de plusieurs pneumonies accompagnées de syndromes de détresse respiratoire sévère et de décès chez l'humain. Les cas avaient essentiellement été identifiés dans la région de Wuhan, pour se propager par la suite à d'autres régions de la Chine, puis ailleurs dans le monde.

Le SARS-CoV-2

Cette nouvelle souche virale a été nommée SARS-CoV-2, alors que la maladie porte le nom de COVID-19. Il est généralement reconnu que ce coronavirus est d'origine animale. Les recherches se poursuivent afin de développer les connaissances scientifiques sur cette nouvelle souche, notamment pour déterminer comment il a été transmis à l'humain et quel est le taux de contagion du virus (R0). Le virus a progressé au sein d'une population mondiale non immunisée de manière fulgurante, engendrant une réelle urgence de santé publique et conduisant à une alerte pandémique.

Le 30 janvier 2020, l'Organisation mondiale de la santé déclarait que la situation représentait une « Urgence de santé publique de portée internationale », en invoquant son Règlement sanitaire international[2].

L'évolution de la pandémie au Québec

Le 27 février 2020, un premier cas de COVID-19 était rapporté au Québec.

À partir de cette date, l'épidémie s'est répandue au Québec – particulièrement à Montréal et dans les régions avoisinantes – jusqu'à un sommet atteint durant la deuxième quinzaine d'avril. Quoique la propagation du virus ait connu une baisse depuis le mois de juin, on constate toujours une présence soutenue de la COVID-19 dans la communauté.

Les graphiques ci-après, produits par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), rendent compte de l'évolution quotidienne du nombre de cas confirmés liés à la COVID-19, du nombre de décès liés à la COVID-19 et du nombre de nouvelles hospitalisations au 7 août 2020, sauf exception.

1 Le virus appartient à la même famille de virus que le SARS-CoV, en 2003, et le CoV-SRMO depuis 2012.

2 Voir l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international. Le Règlement sanitaire international a été signé par 196 pays, dont la Chine et le Canada. Le gouvernement du Québec a adopté un décret en 2012 liant légalement le Québec au respect des dispositions du Règlement sanitaire international.

La méthodologie appliquée

Il importe d'entrée de jeu de préciser que toute comparaison des bilans épidémiologiques de différents États doit s'effectuer avec une grande précaution et qu'elle ne peut faire abstraction de la méthodologie appliquée pour déterminer les cas positifs à la COVID-19.

Au Québec, les autorités de santé publique ont convenu qu'un cas est confirmé positif à la COVID-19 dans les situations suivantes :

- Un test de dépistage avec résultat positif (test de laboratoire);
- Une exposition à risque élevé avec un cas confirmé par laboratoire pendant sa période de contagiosité et un tableau clinique compatible (fièvre, toux, difficulté respiratoire, perte d'odorat);
- Une exposition à risque élevé du type : contact au domicile avec cas confirmé par laboratoire, partenaire intime, personne ayant prodigué des soins dans un contexte non médical.

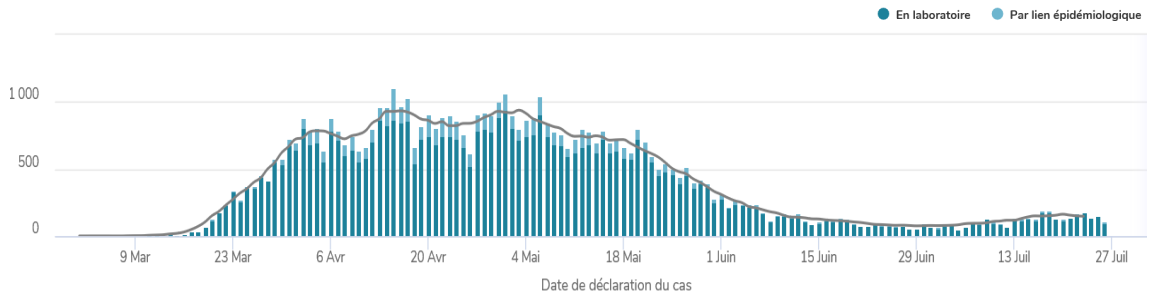
Un cas est suspecté si la personne présente des symptômes ou signes cliniques compatibles avec la COVID-19 sans aucune autre cause apparente :

- Fièvre (plus de 38 °C);
- Toux (récente ou chronique exacerbée);
- Difficultés respiratoires;
- Anosmie (perte d'odorat) d'apparition brutale sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'agueusie (perte de goût);
- Des signes radiologiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie;
- Un syndrome de détresse respiratoire;
- Un examen pathologique compatible (pour un décès).

Par précaution, et compte tenu des incertitudes scientifiques quant à la transmissibilité du SARS-CoV-2, en cas de doute, le cas doit être considéré comme suspecté.

GRAPHIQUE 1

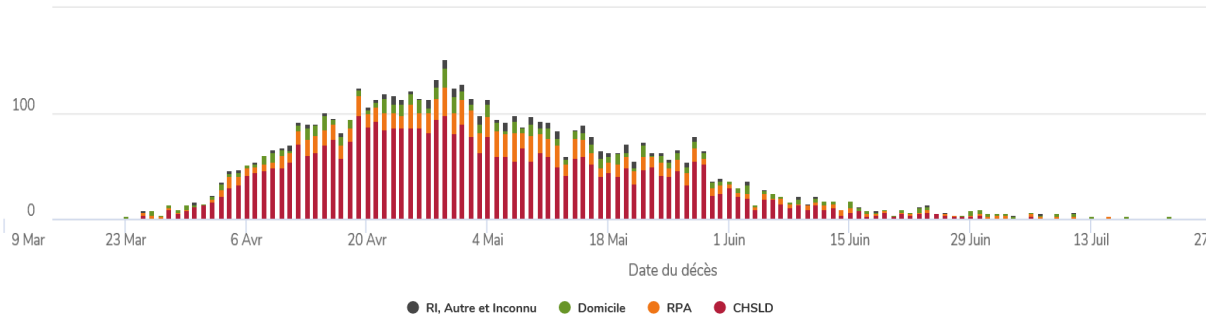
Évolution du nombre de cas confirmés liés à la COVID-19 au Québec selon le type de confirmation et la date de déclaration des cas



Source : Institut national de santé publique du Québec.
Note : Le nombre de cas confirmés peut être moins élevé pour les journées les plus récentes en raison d'un retard dans la saisie de l'information.

GRAPHIQUE 2

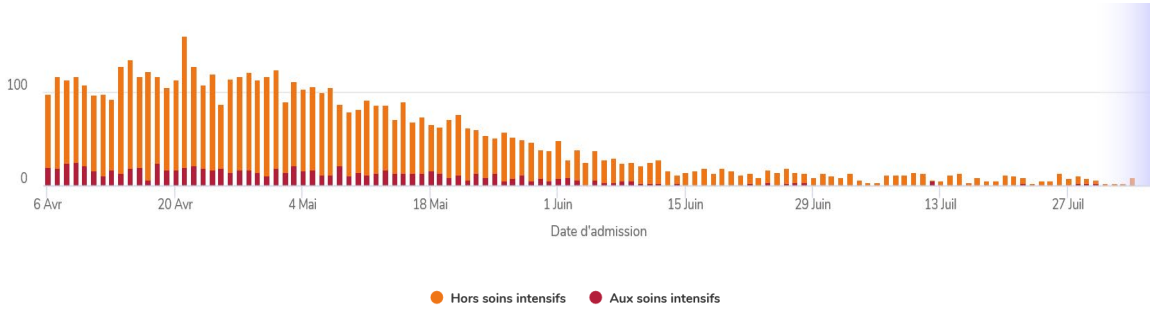
Évolution du nombre de décès liés à la COVID-19 au Québec selon le milieu de vie et la date de décès



Source : Institut national de santé publique du Québec.
Note : Le nombre de décès peut être moins élevé pour les journées les plus récentes en raison d'un retard dans la déclaration du décès ou dans la saisie de l'information. Certains décès sont absents de la figure, car l'information sur la date de décès est manquante.

GRAPHIQUE 3

Évolution du nombre de nouvelles hospitalisations liées à la COVID-19 au Québec selon la date d'admission et le type de séjour



Source : Institut national de santé publique du Québec.

Note : Nouvelles admissions à l'hôpital selon la date d'admission (incidence). Par exemple, le 20 mai 2020, il y a eu 66 nouveaux patients admis à l'hôpital dans la province pour un diagnostic de COVID-19. Un patient hospitalisé le 1er mai hors soins intensifs puis admis aux soins intensifs le 4 mai ne sera comptabilisé qu'une fois le 1er mai – son statut changera de « hors soins intensifs » à « soins intensifs ». Les nombres d'hospitalisations présentés dans la zone grisée sont sous-estimés en raison d'un retard dans la saisie de l'information. Ils peuvent évoluer de façon rétrospective pour les hospitalisations toujours en cours. Seuls les hôpitaux de soins généraux et spécialisés offrant des soins aigus sont considérés pour l'ensemble de la période.

Un premier bilan selon les régions

En date du 7 août 2020, le Québec recensait 60 241 cas confirmés et 5 687 décès.

À elle seule, la région de Montréal représentait 48,3 % des cas confirmés et 60,6 % des décès. À l'inverse, on n'a recensé aucun décès dans les régions de la Côte-Nord, du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres cries de la Baie-James.

TABLEAU 1

Situation au Québec
Cumulatif - Cas confirmés et décès au 7 août 2020
(en nombre)

Régions	Total cas confirmés[1]	Cas par 100 000 habitants	Total décès
01 - Bas-Saint-Laurent	70	36	2
02 - Saguenay–Lac-Saint-Jean	368	133	26
03 - Capitale-Nationale	1 964	260	194
04 - Mauricie–Centre-du-Québec	2 100	402	212
05 - Estrie	1 090	221	26
06 - Montréal	28 133	1 410	3 447
07 - Outaouais	692	173	33
08 - Abitibi-Témiscamingue	180	122	4
09 - Côte-Nord	126	140	0
10 - Nord-du-Québec	8	59	0
11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	211	234	9
12 - Chaudière-Appalaches	575	134	8
13 - Laval	6 109	1 380	674
14 - Lanaudière	4 577	880	212
15 - Laurentides	4 022	642	233
16 - Montérégie	8 959	625	604
17 - Nunavik	17	119	0
18 - Terres cries de la Baie-James	10	54	0
Hors Québec	21	0	0
À déterminer[2]	9	0	3
Total	60 241	706	5 687

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
1 : Le total inclut les cas confirmés en laboratoire et par lien épidémiologique. Il s'agit d'un total cumulatif incluant aussi les décès.
2 : La ligne « À déterminer » signifie que le classement administratif est en cours.

Le 5 août dernier, Héma-Québec rendait publics les résultats d'une étude de séroprévalence, réalisée à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. Selon cette étude, portant sur un échantillon de 7 691 personnes âgées de 18 à 69 ans et ayant fait un don du sang entre le 25 mai et le 9 juillet 2020, 2,23 % de la population adulte du Québec aurait contracté à cette date la COVID-19.

D'après cette étude, c'est dans les régions de Montréal et de Laval que les taux les plus élevés ont été observés, à 3,05 %. Dans le reste du Québec, excluant Montréal et sa région, la séroprévalence serait beaucoup moins élevée, s'établissant à 1,29 %.

Quoique cette étude ne présente pas l'information pour l'ensemble des groupes d'âge, elle donne une indication sur le taux de séroprévalence pour la population active.

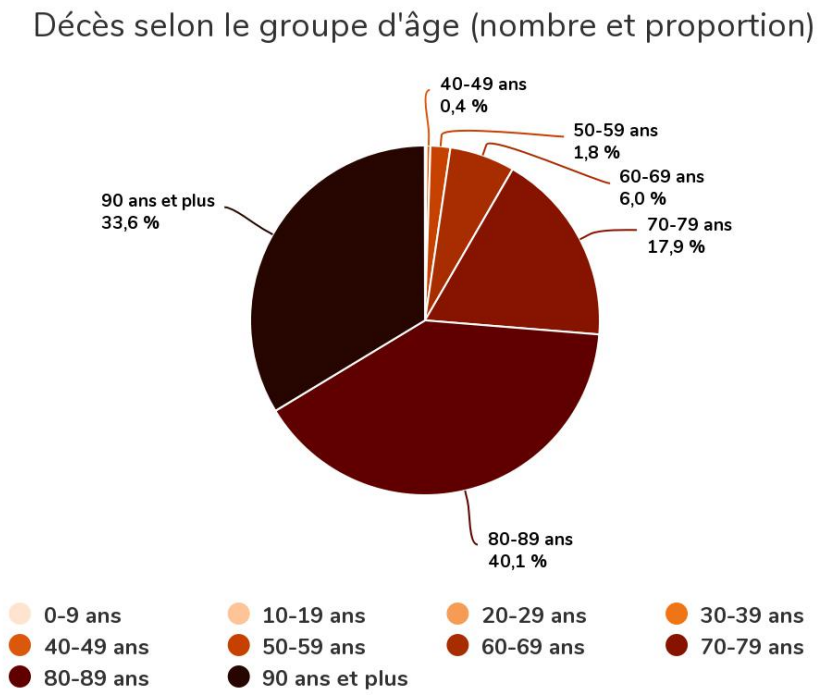
Une pandémie qui a surtout frappé les personnes les plus âgées

Au Québec, la pandémie a affecté particulièrement les personnes les plus âgées.

Au 10 août 2020, 91,6 % des personnes décédées avaient 70 ans ou plus. Aucun décès n'avait été observé dans le groupe d'âge de 0 à 20 ans, alors qu'à l'inverse, le taux de décès par 100 000 habitants atteignait 693,06 pour le groupe d'âge de 80 à 89 ans et 2 303,13 pour le groupe d'âge de 90 ans et plus.

GRAPHIQUE 4

Décès selon le groupe d'âge au 10 août 2020



Source : Institut national de santé publique du Québec.
Note : Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence puisque la stratégie de dépistage des cas peut différer entre les pays. Certaines sources officielles fournissent des données provisoires qui peuvent être ajustées dans le temps. Les données sont extraites chaque matin.

Au Québec, au 6 août 2020, 89,2 % des décès dus à la COVID-19 étaient survenus dans les établissements de soins et d'hébergement de longue durée.

TABLEAU 2

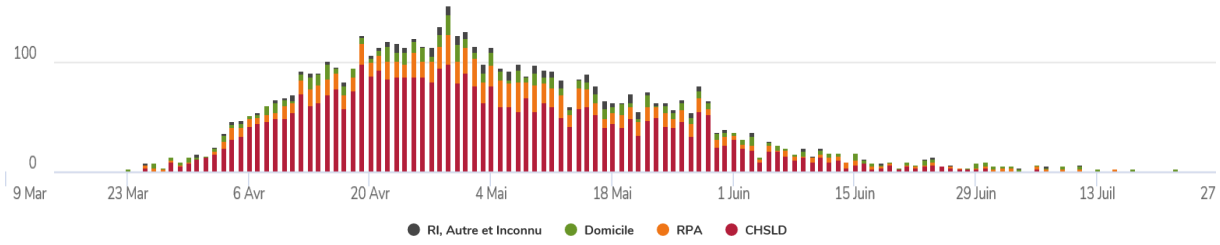
Situation au Québec – Répartition des décès en soins et en hébergement de longue durée, et dans la communauté – État de la situation au 6 août 2020

	Décès depuis le 17 mars 2020 (cumulatif)	
	Nombre	Pourcentage
Résidents en soins et hébergement de longue durée (CHSLD, RPA, RI, unités de soins de longue durée en CH)	5 054	89,2
Décès dans la communauté et certains milieux fermés (domicile, centres de détention, communautés religieuses, autres, inconnu)	613	10,8
Total	5 687	100

Source : DSPubliques

GRAPHIQUE 5

Décès selon le milieu de vie et la date du décès



Source : Institut national de santé publique du Québec.
Note : Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence puisque la stratégie de dépistage des cas peut différer entre les pays. Certaines sources officielles fournissent des données provisoires qui peuvent être ajustées dans le temps. Les données sont extraites chaque matin.

Le Québec parmi les plus touchés dans le monde

Le Québec a été durement touché par la pandémie, ce qu'on peut constater lorsqu'on compare les données disponibles à travers le monde. Il importe toutefois de faire preuve d'une certaine prudence lors de comparaisons avec d'autres juridictions, d'abord comme la situation internationale est hautement évolutive; puis parce que la méthodologie appliquée pour le suivi de l'épidémie et des décès varie d'un État à l'autre.

Notons que le Québec a adopté une méthodologie inclusive dans la détermination des cas et décès liés à la COVID-19. Tel que présenté précédemment, cette méthode inclut les décès de personnes pour lesquelles le diagnostic est confirmé par un test de laboratoire ou établi par lien épidémiologique (ex. : contact avec une personne ayant testé positif). Selon les données[3] publiées par l'Institut de la statistique du Québec, cette approche semble rendre en continu un portrait juste de la situation, puisqu'on observe une concordance entre les décès additionnels pour l'année 2020 et les décès attribués à la COVID-19.

[3] https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/deces-mortalite/nombre-hebdomadaire-deces.html

Au Canada

Au Canada, le Québec représentait à lui seul, à la date du 6 août 2020, 50 % des cas confirmés de contamination et 63,4 % des décès.

TABLEAU 2

Situation au Québec – Cas confirmés et décès au 6 août 2020

(en nombre)

Province, territoire ou autre	Cas confirmés*	Nombre de cas confirmés par 100 000	Décès	Décès par 100 000	Personnes testées	Personnes testées par 100 000	Estimation de la population 2020
Colombie-Britannique	3 881	**75,9**	195	**3,82**	234 986	**4 598**	5 110 917
Alberta	11 296	**256,0**	205	**4,65**	607 363	**13 763**	4 413 146
Saskatchewan	1 387	**117,4**	19	**1,61**	91 615	**7 753**	1 181 666
Manitoba	474	**34,4**	8	**0,58**	93 298	**6 773**	1 377 517
Ontario	39 809	**270,6**	2 783	**18,92**	2 245 400	**15 263**	14 711 827
Québec	60 241	**705,5**	5 687	**66,60**	889 002	**10 411**	8 539 073
Nouveau-Brunswick	176	**22,6**	2	**0,26**	47 438	**6 082**	779 993
Nouvelle-Écosse	1 071	**109,5**	64	**6,55**	66 290	**6 782**	977 457
Île-du-Prince-Édouard	36	**22,8**	0	**0,00**	20 831	**13 171**	158 158
Terre-Neuve-et-Labrador	266	**51,0**	3	**0,58**	26 280	**5 041**	521 365
Yukon	14	**34,1**	0	**0,00**	1 792	**4 362**	41 078
Territoires du Nord-Ouest	5	**11,2**	0	**0,00**	3 0126	**6 708**	44 904
Nunavut	0	**0,0**	0	**0,00**	1 441	**3 686**	39 097
Voyageurs rapatriés	13	**.**	0	**.**	76	**.**	.
Canada	**118 669**	**313,1**	**8 966**	**23,66**	**4 328 824**	**11 423**	**37 896 198**

Source : Institut national de santé publique du Québec.

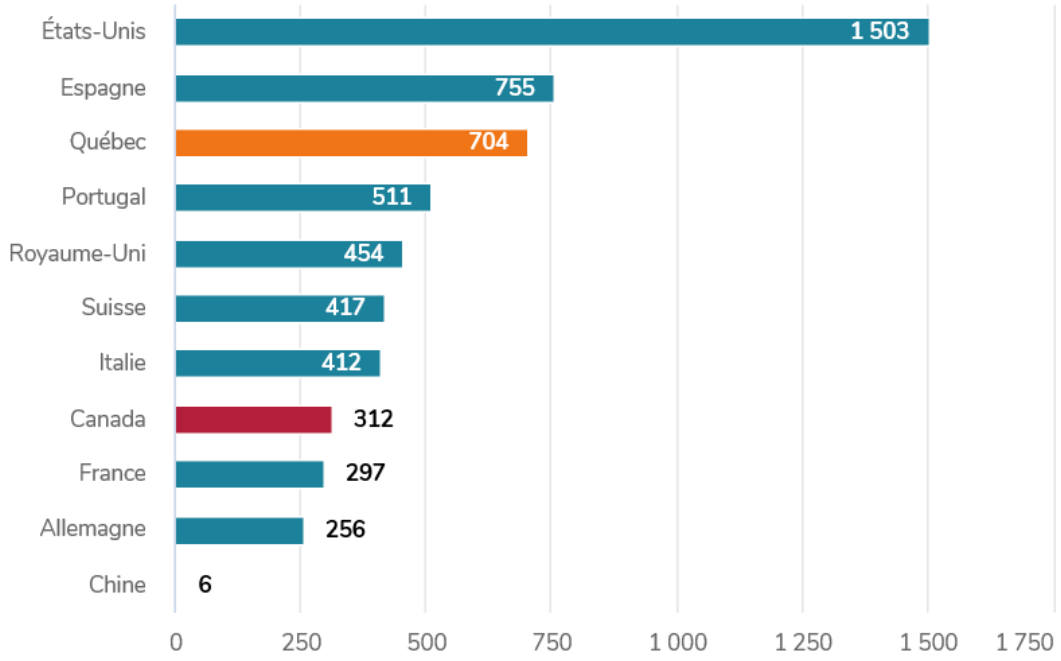
Note : Les cas décédés sont inclus dans le total des cas confirmés. Lorsque des provinces rapportent des cas probables, ces cas sont inclus dans le total des cas confirmés.
En raison de différences méthodologiques potentielles, les comparaisons entre les provinces et territoires doivent être interprétées avec prudence. Les cas du Québec incluent des cas confirmés par lien épidémiologique. La plupart des autres juridictions n'incluent pas ce type de cas dans leurs cas confirmés (mais seulement les cas confirmés en laboratoire). Pour les provinces et territoires qui rapportent le nombre de tests complétés plutôt que le nombre de personnes testées, un algorithme est appliqué par l'Agence de la santé publique du Canada pour estimer le nombre de personnes uniques testées.

Dans le monde

Selon les données compilées par l'Institut national de santé publique du Québec, et par rapport aux pays avec lesquels la comparaison a été effectuée, le Québec recensait presque le même nombre de cas confirmés par 100 000 habitants que l'Espagne, environ deux fois moins de cas que les États-Unis et le même taux de décès que le Royaume-Uni.

GRAPHIQUE 6

Cas cumulatifs confirmés selon certains pays sélectionnés, données disponibles au 7 août 2020
(Taux pour 100 000 habitants)

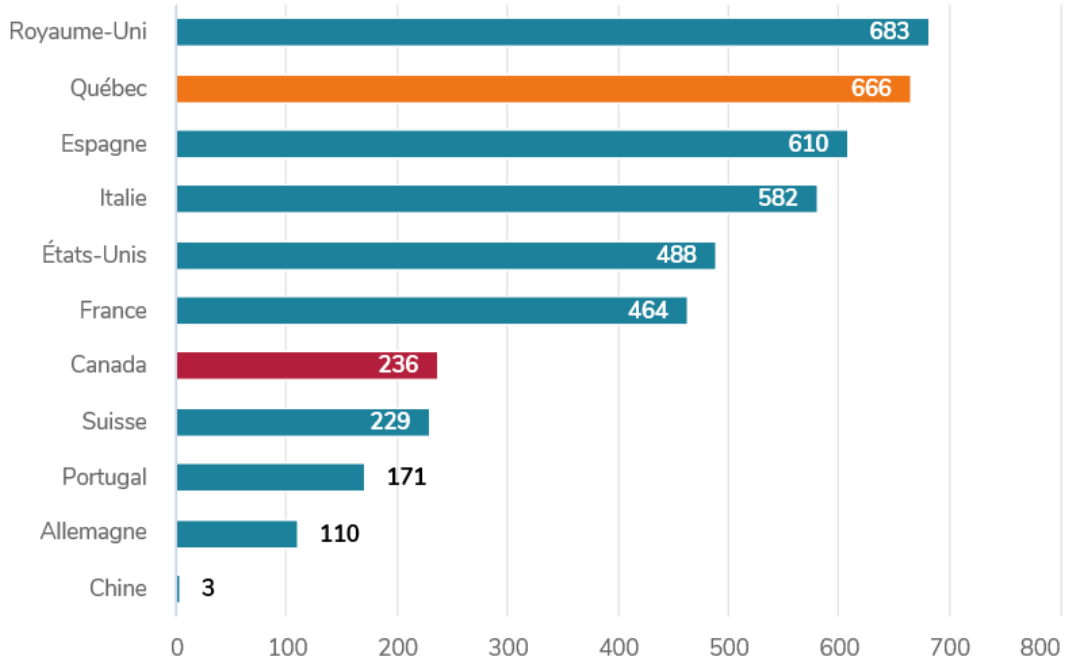


Source : Institut national de santé publique du Québec.
Note : Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence puisque la stratégie de dépistage des cas peut différer entre les pays. Certaines sources officielles fournissent des données provisoires qui peuvent être ajustées dans le temps.

GRAPHIQUE 7

Décès cumulatifs selon certains pays sélectionnés, données disponibles au 7 août 2020

(Taux pour 100 000 habitants)



Source : Institut national de santé publique du Québec.
Note : Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence puisque la stratégie de dépistage des cas peut différer entre les pays. Certaines sources officielles fournissent des données provisoires qui peuvent être ajustées dans le temps.

2. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET LES INITIATIVES ENGAGÉES

Cette section vise à identifier les principales difficultés rencontrées et revenir sur les actions engagées par le ministère de la Santé et des Services sociaux lors de la première vague de la pandémie, soit de manière proactive ou en réponse à des enjeux identifiés.

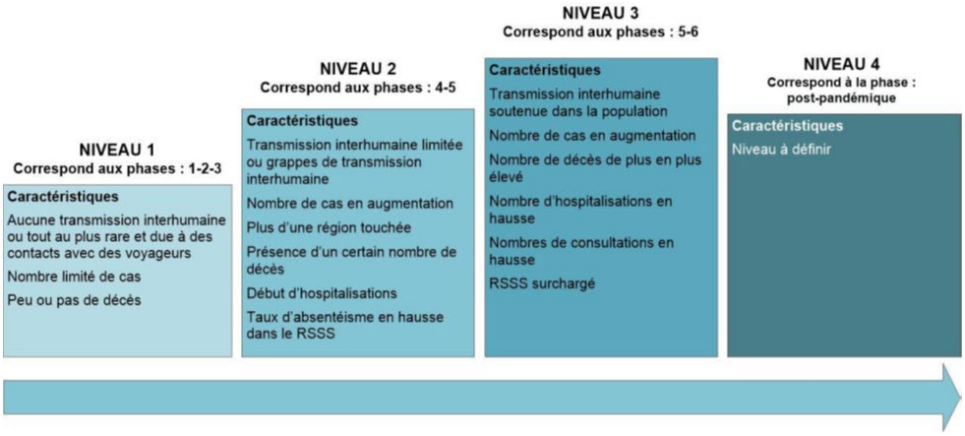
La préparation et les actions initiales

L'identification d'un risque

Alors que les premiers éléments d'information sur l'apparition du nouveau virus parvenaient de Chine, à la mi-janvier, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place une équipe chargée de surveiller, planifier et coordonner une réponse, comme prévu dès qu'un nouveau risque à la santé de la population est identifié. Cette équipe, composée des directions du ministère et des partenaires de sécurité civile, était chargée de réviser le « Plan actualisé de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé » afin de l'adapter aux particularités de la COVID-19, telles que connues à ce moment, et d'élaborer un plan de réponse.

Le plan élaboré comportait 28 stratégies d'action déterminées en fonction des 4 niveaux d'intervention de la sécurité civile : la prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement. Il est subdivisé en six phases correspondant à l'évolution de la pandémie, les mesures étant déployées selon l'évolution de la situation et le taux de pénétration du virus.

Périodes OMS	Phases	Description	Moments d'action MSSS
Interpandémique	Phase 1	Aucun nouveau sous-type du virus de l'influenza détecté chez l'humain	Préparation
	Phase 2	Un virus animal circule qui entraîne un risque important de maladie chez l'humain	
Alerte pandémique	Phase 3	Infection humaine avec un nouveau sous-type, sans transmission interhumaine, ou tout au plus rare, et due à des contacts étroits et prolongés avec la volaille	Préparation + Intervention
	Phase 4	Transmission interhumaine limitée et très localisée. Évidence d'un accroissement de transmission interhumaine	
	Phase 5	Grappes de transmission interhumaine	
Pandémique	Phase 6	Transmission interhumaine soutenue dans la population	Intervention
Post-pandémique[2]		Retour à la période interpandémique	Rétablissement



La mise à jour du plan a été complétée le 10 février 2020. Les différents mécanismes de sécurité civile ont été mis en place et étaient complètement opérationnels au début du mois de mars.

La confirmation du risque

Alors que le cap des 100 000 cas confirmés dans le monde est atteint, une cellule de crise, pilotée par le premier ministre du Québec, se met en opération et se réunit quotidiennement. Elle est composée d'une vingtaine de personnes provenant des ministères du Conseil exécutif, de la Santé et des Services sociaux et de la Sécurité publique.

Elle est notamment appuyée par une structure de gouvernance exceptionnelle mise en place au ministère de la Santé et des Services sociaux composée :

- D'une cellule de gestion stratégique, chargée d'anticiper les enjeux et d'émettre des recommandations;
- D'une cellule de gestion opérationnelle, chargée de mettre en œuvre les orientations et d'assurer les liens avec les partenaires et le réseau de la santé et des services sociaux;
- De comités cliniques et scientifiques, chargés de fournir l'expertise requise afin de soutenir la prise de décision gouvernementale, d'abord au niveau exécutif, mais aussi pour l'ensemble des paliers du gouvernement. Un comité spécifique à la lutte contre la pandémie dans les milieux de vie pour aînés a notamment été constitué.

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé qualifie la COVID-19 de pandémie, signifiant une transmission accrue et durable dans la population.

La déclaration de l'état d'urgence sanitaire

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la *Loi sur la santé publique*, le 14 mars 2020, le premier ministre du Québec annonce la déclaration de l'état d'urgence sanitaire sur tout le territoire québécois.

Cette mesure exceptionnelle accorde au gouvernement certains pouvoirs extraordinaires lui donnant les moyens nécessaires pour faire face à la pandémie, par exemple en lui permettant de procéder sans délai à l'achat de matériel ou de conclure tout contrat visant à protéger la santé de la population sans recourir au processus d'appel d'offres normalement requis pour un organisme public.

Au même moment, le premier ministre annonçait l'interdiction des rassemblements intérieurs de plus de 250 personnes et des visites régulières dans les centres hospitaliers, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les ressources intermédiaires, les ressources de type familial ainsi que dans les résidences privées pour aînés.

Les mesures de confinement

Le Québec a été parmi les premières sociétés à mettre en place d'importantes mesures de confinement. On constate dans le tableau ci-dessous que ces mesures ont été mises en place pratiquement en même temps que l'Espagne, la France, l'Italie et la Suisse, et avant la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, les États-Unis et le Royaume-Uni.

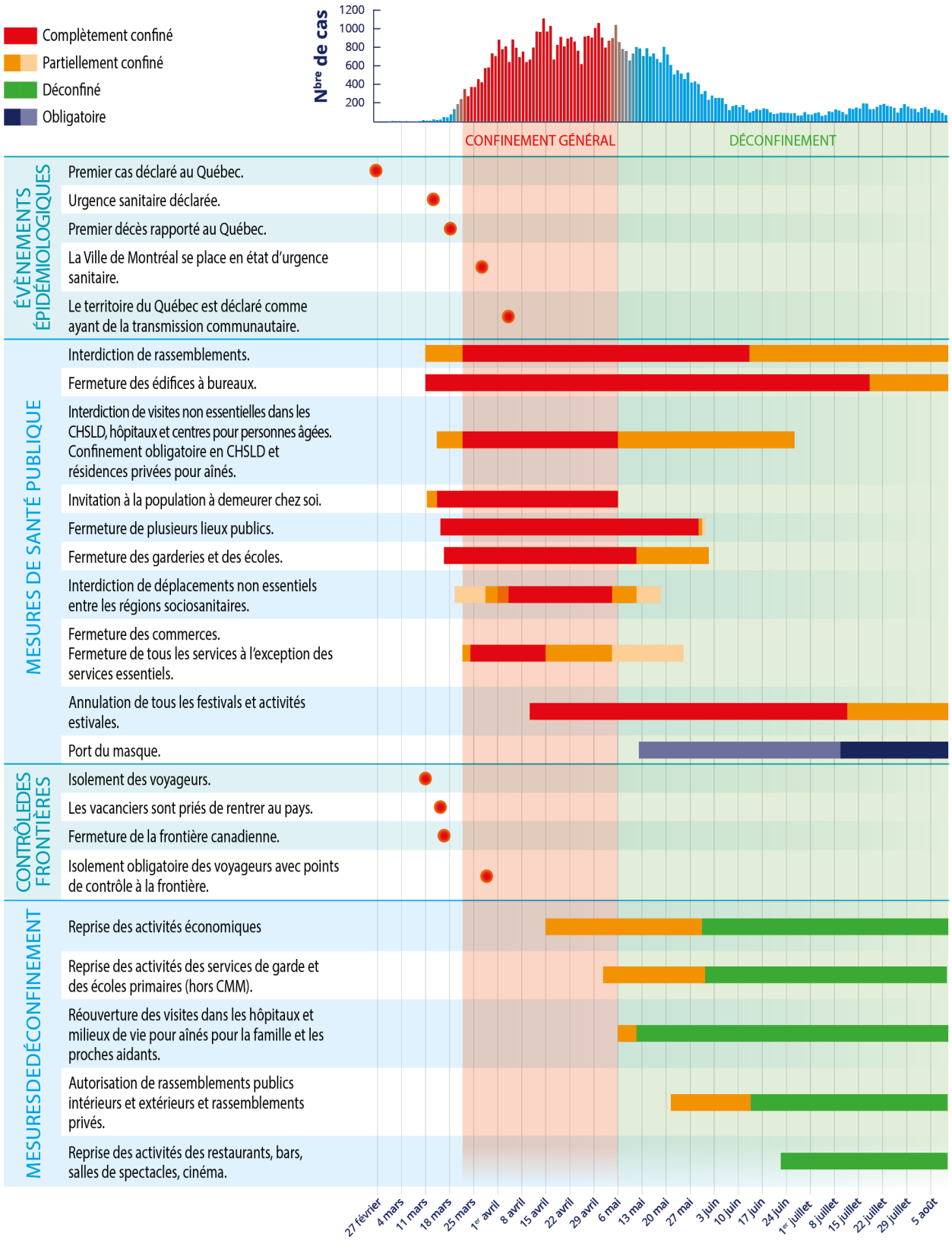
TABLEAU 3

Déploiement des principales mesures québécoises de confinement en comparaison avec plusieurs pays

Date	Premières restrictions ou recommandations d'éviter les rassemblements publics	Interdiction complète de rassemblements	Mesures de protection des personnes âgées	Fermeture des écoles et des services de garde	Fermeture de tous les commerces et des lieux de travail sauf services essentiels
≤ 11 mars 2020	Espagne France Italie Suisse	Italie	France	Italie	Italie
12-13 mars 2020	Québec Norvège Pays-Bas Portugal	Norvège	Portugal	Québec Norvège Portugal Suisse	Norvège
14-15 mars 2020	S.O	Espagne	Québec Norvège	Espagne Pays-Bas	Espagne France Pays-Bas
≥ 16 mars 2020	Allemagne États-Unis Royaume-Uni	Québec Allemagne États-Unis France Pays-Bas Portugal Royaume-Uni Suisse	Allemagne Espagne États-Unis Pays-Bas Royaume-Uni Suisse	Allemagne États-Unis France Royaume-Uni	Québec Allemagne États-Unis Portugal Royaume-Uni Suisse

Source : MSSS.
Note : Les juridictions présentées sont celles ayant été utilisées dans les scénarios de comparaison internationale. Elles ont été regroupées en fonction des dates d'annonce du déploiement des mesures, selon les informations colligées de sources officielles gouvernementales et d'autres informations publiques.

Déroulement chronologique des mesures de confinement et de déconfinement au Québec



L’organisation clinique

La préparation

Les milieux hospitaliers

Se référant au plan de lutte contre la pandémie et se fondant sur les expériences vécues à l’étranger d’hôpitaux débordés par le flot de patients atteints de la COVID-19, le ministère s’est rapidement mobilisé pour se préparer à une forte hausse des besoins en réorganisant sa capacité hospitalière afin de recevoir un volume important de patients et en organisant les activités de laboratoire, de pharmacologie et les services de première ligne.

Le comité directeur clinique a été chargé de la mise en place de l’opération. Il a organisé le délestage des activités liées au traitement des cas électifs et semi-électifs, et supporté les établissements dans la mise en place de directives cliniques basées sur les évidences scientifiques disponibles, notamment par des mandats urgents donnés à l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

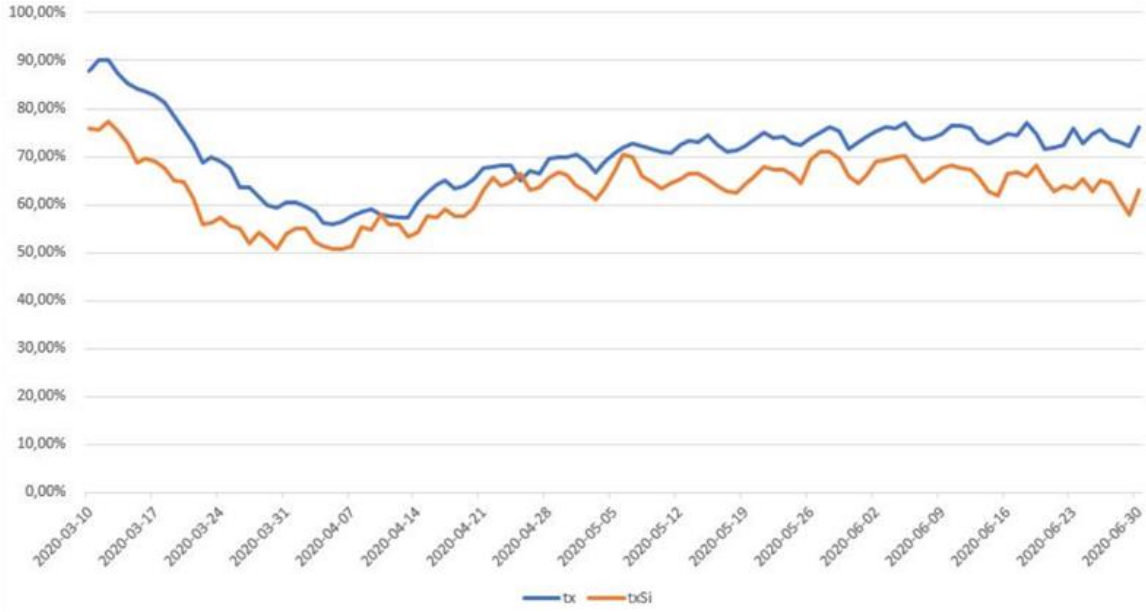
Le ministère a ainsi libéré rapidement des lits d’hospitalisation et de soins intensifs, et mis en place un plan de contingence en identifiant des centres désignés ordonnancés selon des niveaux d’alerte liés au taux d’occupation des lits et au taux d’infection du personnel soignant.

Il est à noter que les suivis de grossesse et des enfants de 0-2 ans ont été maintenus, et des directives cliniques émises afin d’assurer une prise en charge sécuritaire tout en réduisant les impacts négatifs sur les patients, notamment en favorisant la présence des parents lors de l’hospitalisation.

Tout au long de la première vague de la pandémie, le réseau a ainsi maintenu une capacité hospitalière adéquate pour recevoir des patients atteints de la COVID-19.

GRAPHIQUE 8

Taux d'occupation des lits d'hospitalisation et de soins intensifs



Source : MSSS
Légende : tx : taux d'occupation des lits d'hospitalisation
txSi : taux d'occupation des lits de soins intensifs

L'urgence et les services préhospitaliers

Plusieurs actions ont été prises pour réorganiser les salles d'urgence et le transport ambulancier pendant la pandémie. Des plans de contingence ont été émis rapidement pour permettre au réseau de structurer les lieux physiques et prévoir l'éventualité d'une arrivée massive de patients atteints de la COVID-19 :

- La publication de directives cliniques et opérationnelles pour le transport ambulancier, combinée à la diffusion d'outils de formation, a permis aux techniciens ambulanciers de faire une vigie efficace et d'optimiser les soins d'usagers suspectés de COVID-19 tout en se protégeant adéquatement;
- La mise en place d'orientations pour diminuer le plus possible la pression sur les salles d'urgence, soit la réorientation de personnes présentant des symptômes légers vers les sites de première ligne et les cliniques de dépistage, l'introduction de la plateforme *Rendez-vous santé Québec* (RVSQ) dans les salles d'urgence québécoises et l'instauration au triage d'un processus de réorientation vers les cliniques externes de médecine spécialisée.

Le nombre de visites dans l'ensemble des urgences du Québec a diminué de 50 % en l'espace de 24 heures, du 13 au 14 mars, principalement à cause des craintes liées au nouveau coronavirus. Cette diminution marquée d'achalandage a persisté jusqu'à la fin avril. Aujourd'hui, le nombre de visites à l'urgence est revenu à un niveau habituel.

Les cliniques désignées COVID-19

Pour permettre la prise en charge en première ligne de patients présentant des symptômes de la COVID-19, des sites spécialement prévus pour limiter les risques de propagation du virus ont été mis en place sur le territoire québécois. Ces sites ont été organisés de manière que les pratiques en prévention et contrôle des infections soient rigoureusement appliquées. Ils facilitent aussi la gestion et la logistique, dont la prise de rendez-vous, la distribution des équipements de protection individuelle et du matériel médical, et le transport des échantillons vers les laboratoires.

Des cliniques désignées de dépistage, dédiées exclusivement aux prélèvements pour le diagnostic de la COVID-19, ont été déployées sur le territoire québécois. De plus, des cliniques désignées d'évaluation ont été mises en place pour l'évaluation médicale de tout patient présentant des symptômes d'allure grippale et des patients ayant testé positifs à la COVID-19. Elles ont aussi pour mandat d'effectuer des prélèvements pour le dépistage si les délais pour l'obtention d'un rendez-vous dépassent 24 heures dans les cliniques désignées de dépistage. Au total, plus de 150 000 rendez-vous ont été donnés dans les cliniques d'évaluation.

Le système RVSQ a été utilisé pour donner des rendez-vous en clinique aux personnes dont l'état de santé le justifiait.

Finalement, de nombreuses ressources ont été ajoutées aux équipes d'Info-Santé 811 afin de répondre à une hausse importante d'appels.

Une ligne unique

Une ligne d'information gouvernementale, le 1 877 644-4545, a été mise en place afin d'offrir aux citoyens un point de contact unique pour rejoindre un représentant du gouvernement pour toute question en lien avec la COVID-19, notamment pour ceux présentant des symptômes ou ayant besoin de soutien psychosocial.

Les difficultés vécues

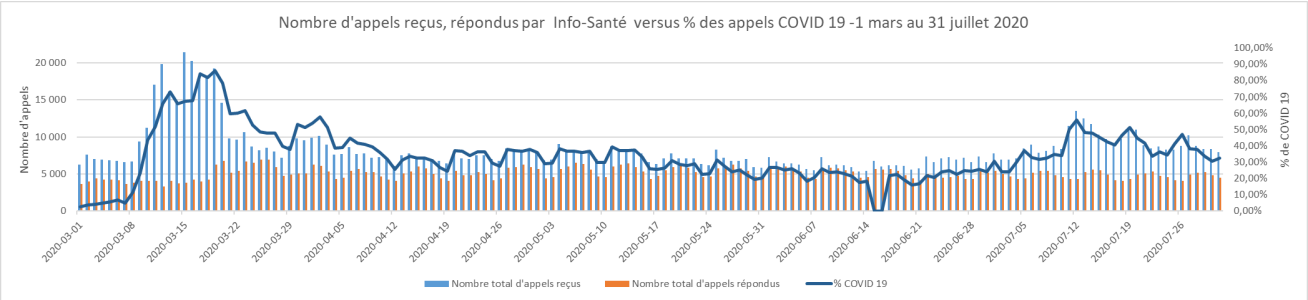
La diminution drastique des services alternatifs de transport (taxi, transport adapté), notamment liée à l'incertitude entourant la COVID-19, a entraîné une hausse importante de la demande de transports ambulanciers, qui sont plus coûteux.

Ceci a eu plusieurs conséquences sur les citoyens et les services hospitaliers. Par exemple, faute de moyens de transport à faible coût, certains usagers habituellement traités en clinique externe pour des services d'hémodialyse ont dû être hospitalisés. Des congés ont été retardés à la sortie de l'hôpital. La clientèle qui souhaitait une consultation dans une clinique de dépistage n'avait pas de transport pour s'y rendre.

Dès le début de la pandémie, le volume d'appels au 811 et à la ligne gouvernementale a occasionné des délais d'attente importants pour les citoyens. Comme le démontre le graphique suivant, une augmentation importante de la capacité au 811, réalisée notamment par l'affectation d'infirmières en retrait préventif, a permis de résorber l'attente sur une période de 10 jours.

GRAPHIQUE 9

Nombre des appels reçus COVID-19 par rapport aux appels reçus Info-Santé – 1er mars au 31 juillet 2020



Source : MSSS.

Les difficultés à traiter

L'importante réorganisation des services médicaux n'est cependant pas sans conséquences sur le traitement des autres pathologies dans un système de santé qui, en temps normal, est déjà hautement sollicité. Le délestage d'activités occasionnera des délais dans les traitements aux patients qui seront accentués par le ralentissement des services diagnostiques.

Il importe de souligner que, quoique les activités de cancérologie ont été maintenues à la hauteur d'environ 70 % du niveau régulier tout au long de la première vague, le ralentissement des activités de dépistage des cas de cancer aura un impact sur les activités futures de ce secteur.

Des difficultés importantes d'application des directives et orientations ministérielles à la réalité des établissements en région a grandement complexifié l'organisation des services à la population. À l'avenir, le ministère devra prendre en considération les particularités régionales dans la préparation d'orientations à l'intention du réseau.

La gestion de l'approvisionnement

Les difficultés vécues

L'envergure mondiale de la pandémie a provoqué une demande accrue pour les équipements de protection, certains médicaments et le matériel médical. Le Québec a dû conjuguer très tôt avec des problématiques internationales d'approvisionnement et une hausse significative de l'utilisation d'équipements de protection. Bien qu'il n'y ait pas eu de rupture d'inventaire au cours de la première vague, la gestion serrée de l'utilisation de ces produits, dont les masques N95, et certaines difficultés de distribution ont mis sous tension plusieurs milieux et environnements de soins.

Les solutions mises en place

Pour remédier à la situation, le ministère a procédé à la centralisation de la gouvernance et la gestion des équipements de protection individuelle, en priorisant la distribution aux régions selon certains critères, dont le nombre de cliniques et de centres désignés à la COVID-19, le nombre d'employés et selon la population desservie.

Les structures suivantes ont été mises en place :

- Un comité d'urgence pour la réallocation des équipements entre les établissements;
- Un comité tactique avec l'industrie et les répondants en approvisionnement du réseau;
- Un comité sur les équivalences en équipements de protection individuelle.

Un appel à l'entraide interétablissements a été lancé afin de prévenir les ruptures de stock lorsque l'inventaire atteignait un niveau critique dans un établissement. Le gouvernement a également réquisitionné certains équipements d'autres secteurs, tels que ceux en inventaire dans les établissements d'enseignement ou dans certaines industries.

Le gouvernement a de plus fait appel à des fabricants québécois pour la fabrication locale de certains équipements, dont des blouses lavables et des visières.

En matière de médicaments et de matériel médical, le gouvernement a priorisé la gestion des stocks et le rehaussement significatif des inventaires, notamment pour les écouvillons et les médicaments nécessaires en soins palliatifs et pour le traitement d'infections respiratoires. De plus, le service des médicaments en pharmacie a été limité à 30 jours.

Des échanges réguliers ont eu lieu avec Santé Canada, l'Association canadienne du médicament générique, Médicaments novateurs Canada, les grossistes en médicaments et les fabricants individuels au sujet des difficultés d'approvisionnement. Un suivi régulier de la situation a aussi été effectué avec le comité pancanadien sur les ruptures d'approvisionnement.

Le dépistage et les tests

L'une des principales stratégies à déployer pour lutter contre la pandémie est la mise en place d'une approche réfléchie et efficiente pour tester et diagnostiquer les cas soupçonnés de COVID-19. Le ministère et le réseau ont dû s'adapter rapidement pour effectuer un volume important de prélèvements et d'analyses en laboratoire.

Les tests au Québec

Les efforts consentis par le gouvernement pour accroître le nombre de tests ont connu des difficultés, mais des résultats sont aujourd'hui apparents. Au 7 août 2020, par rapport aux juridictions observées, le Québec se classait au douzième rang des tests effectués. Le Québec avait réalisé 148 530 tests par million d'habitants, ce qui le classait derrière l'Islande et l'État de New York, mais devant la Belgique, l'Autriche et la Corée du Sud.

TABLEAU 4

COVID-19 – Tests par million d'habitants – Données au 7 août 2020

(En nombre)[1]

		Nombre total	Date[2]
1	Islande	396 266	31 juillet 2020
2	New York (État)	308 611	31 juillet 2020
3	Danemark	261 087	30 juillet 2020
4	Royaume-Uni	250 897	1er août 2020
5	Illinois	218 161	1er août 2020
6	Californie	203 149	1er août 2020
7	Massachusetts	175 965	1er août 2020
8	États-Unis	171 637	2 août 2020
9	Portugal	157 527	1er août 2020
10	Alberta	155 285	30 juillet 2020
11	Ontario	151 966	31 juillet 2020
12	Québec	148 530	1er août 2020
13	Italie	112 809	31 juillet 2020
14	Canada	109 415	1er août 2020
15	Belgique	106 519	29 juillet 2020
16	Autriche	102 765	2 août 2020
17	Allemagne[3]	95 557	26 juillet 2020
18	Norvège	82 259	30 juillet 2020
19	Hong Kong[3]	81 934	28 juillet 2020
20	République tchèque	65 733	1er août 2020
21	Suède[3]	59 197	5 juillet 2020
22	Colombie-Britannique	51 851	30 juillet 2020
23	Corée du Sud	30 409	1er août 2020
24	Japon	6 765	2 août 2020
25	Taïwan	3 477	2 août 2020

Source : MSSS.

1 La majorité des juridictions publient les données sur les tests réalisés, mais d'autres publient le nombre de personnes testées.

2 Données les plus récentes disponibles, provenant principalement des sites gouvernementaux.

3 Ces pays ne diffusent plus de données à jour, ou pas quotidiennement. Leur rang dans ce tableau est donc sous toutes réserves.

Note : La population du Canada et des provinces et territoires figurant dans ce tableau est celle projetée en 2020 par Statistique Canada, excepté pour le Québec dont la valeur est celle de l'Institut de la statistique du Québec.

La gestion des priorités

Le ministère a défini des critères de priorisation pour le dépistage des cas de COVID-19. Ces critères ont été revus à diverses reprises, selon l'évolution de la situation épidémiologique au Québec.

Des orientations intérimaires ont aussi été émises pour baliser l'utilisation des tests, avec le soutien d'un comité scientifique. Un mandat a été donné à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux pour qu'il effectue des recommandations d'indications et de critères d'accès aux tests sur la base des preuves scientifiques disponibles, des considérations de santé publique et des besoins de différents milieux de soins et d'hébergement.

Les difficultés vécues

Même si le Québec s'est maintenu en bonne position en matière de tests effectués, il a rencontré plusieurs difficultés au cours de la première vague. Le début de la pandémie a été marqué par des enjeux de disponibilité de ressources humaines et d'approvisionnement en matériel médical, tous deux nécessaires pour les prélèvements et l'analyse en laboratoire. Un nombre insuffisant de cliniques et de laboratoires ont initialement été affectés aux prélèvements et analyses COVID-19 en début de crise, engendrant des délais et une accumulation de plus de 15 000 tests en attente d'analyse au 27 mars.

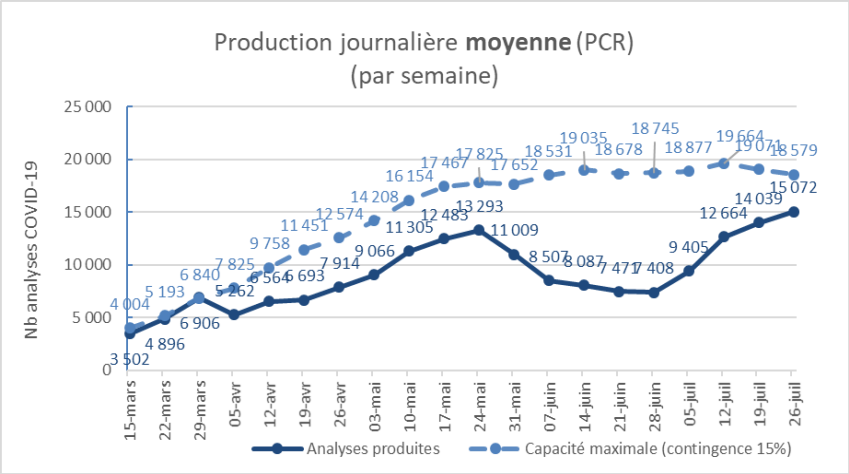
Il a aussi été difficile de mobiliser la population pour qu'elle aille se faire tester, particulièrement les personnes asymptomatiques. Ceci a limité la capacité à maintenir une cadence de tests, particulièrement lorsque le nombre de cas confirmés a commencé à diminuer.

Les solutions mises en place

Un réseau spécifique a été mis en place à travers le Québec pour effectuer les prélèvements, avec l'identification de 60 cliniques désignées de dépistage et de 96 cliniques désignées d'évaluation, pour une capacité quotidienne théorique de 14 000 prélèvements. Différents modèles de cliniques de dépistage ont été mis en place, selon les besoins locaux, dont certaines en mode « service à l'auto », des cliniques mobiles, etc.

Les analyses ont été prises en charge graduellement dans 48 laboratoires, incluant le Laboratoire de santé publique du Québec, pour une capacité théorique de 20 000 analyses par jour. Constatant des difficultés importantes de capacité de prélèvements et d'analyses dans les laboratoires, le ministère a rapidement réagi et travaillé avec ses partenaires pour augmenter l'offre pour ces deux volets. Le graphique ci-dessous démontre une augmentation significative de la capacité d'analyses en laboratoire après le 27 mars.

Graphique 10



Les technologies de l'information

Les différentes mesures de confinement et la réorganisation des soins pour faire face à la pandémie ont nécessité une grande adaptabilité et le développement rapide de stratégies de recours aux technologies de l'information. Les différentes mesures mises en place ont permis de livrer des solutions facilitant la télémédecine et la collaboration à distance des professionnels de la santé favorisant, par le fait même, le maintien de services à la population pendant le confinement.

La préparation

La téléconsultation et la visioconférence

Le déploiement de la téléconsultation et la visioconférence a été accélérée dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a financé les travaux d'arrimage des dossiers médicaux électroniques aux applications Teams, Zoom ou Reacts avec les différents fournisseurs pour améliorer le partage de données cliniques. Par souci d'équité, ce même financement a été octroyé aux autres fournisseurs de dossiers médicaux électroniques ayant développé leur propre solution de télésanté.

Le télétravail

Des mesures ont été mises en place pour permettre le télétravail et soutenir les services à distance dans le réseau de la santé et des services sociaux. La capacité des connexions à distance a été augmentée de manière significative, passant de 5 000 connexions à 65 500 connexions.

Le fax électronique

Une solution de fax électronique est en cours de déploiement. Elle permet aux médecins qui n'ont pas accès à un dossier médical électronique ou à un dossier clinique informatisé de conclure leurs prestations de soins en transmettant électroniquement et de manière sécurisée leurs notes d'évolution ainsi que les ordonnances.

Une conversation électronique

Le gouvernement a développé un outil de type agent conversationnel (ou « chatbot ») faisant appel à l'intelligence artificielle pour soutenir les citoyens à la recherche d'information sur Québec.ca/coronavirus. Il s'agit d'un robot capable de dialoguer par écrit avec des citoyens et de répondre à des questions grâce à une arborescence de décision. Ce programme facilite la recherche de réponses aux questions fréquentes de la population à partir de l'information officielle publiée par le gouvernement du Québec.

Cette initiative permet une interaction en continu (24/7) avec les citoyens en répondant automatiquement aux questions fréquentes. Il développera avec le temps un répertoire plus étendu de questions auxquelles il peut répondre. À terme, ceci devrait permettre de diminuer le volume d'appels reçus par les lignes 1 877 644-4545 et 811 et ainsi améliorer les délais de réponse de ces services.

Les technologies d'avertissement des contacts

Des technologies d'avertissement de contacts ont été déployées en Corée du Sud, en Chine et à Singapour. Des technologies analogues sont en cours de déploiement en France et en Allemagne.

Le 18 juin 2020, le gouvernement du Canada a annoncé qu'il rendrait disponible l'application mobile d'avertissement de contacts de Shopify (COVID Shield). Cette solution exclut toute forme de données de géolocalisation et d'échange de renseignements personnels. Au Québec, le Secrétariat du Conseil du trésor a mené des travaux pour déterminer la pertinence et les moyens requis, au besoin, pour rendre cette application disponible aux citoyens disposant d'un téléphone intelligent. Ceci pourrait faciliter la gestion des éclosions et l'identification des cas et contacts par les équipes de santé publique.

Avec la collaboration de la Commission d'accès à l'information du Québec et du ministère de la Justice, une consultation publique s'est déroulée du 8 juillet au 2 août, faisant du Québec l'un des rares États à sonder l'opinion de sa population au sujet de l'utilisation volontaire de cette application. Une commission parlementaire s'est également tenue à la mi-août.

La trajectoire de santé publique

En début de pandémie, une plateforme des trajectoires de santé publique développée par Akinox a été mise en place pour les directions régionales de santé publique.

Avec cette solution, les personnes identifiées comme cas confirmés ou contacts d'un cas peuvent remplir en ligne un formulaire de suivi des symptômes, selon les directives reçues. Les équipes de santé publique peuvent ainsi assurer le suivi de ces personnes par cet outil, un processus qui était auparavant effectué manuellement.

Les difficultés à traiter

Si certaines initiatives ont contribué à une adaptation rapide face à la situation de la pandémie, le réseau de la santé et des services sociaux a vite été confronté à la vétusté de ses systèmes de gestion, tant au niveau clinique qu'administratif.

Cette situation est principalement due au fait que le développement et le renouvellement des systèmes de gestion informatique du réseau de la santé et des services sociaux n'ont pas suivi le rythme des réformes qui ont eu cours depuis les années 1990.

Cette situation a occasionné des difficultés à plusieurs niveaux au cours de la première vague : difficulté d'avoir accès à un portrait clair de l'évolution de la pandémie dans certains milieux, d'évaluer l'impact réel sur le personnel, d'obtenir une information de qualité en temps opportun, notamment sur le nombre de cas et de décès, de concilier des délais dans l'analyse des données non compatibles avec une prise de décision rapide. Bien qu'il soit illusoire de penser que le gouvernement pourra corriger complètement la situation en prévision d'une deuxième vague, des améliorations devront être apportées à court terme.

Les milieux de vie pour aînés

Il ne fait aucun doute que les personnes aînées sont parmi les plus vulnérables à la COVID-19. Plus de 91 % des personnes décédées de cette maladie au Québec avaient plus de 70 ans.

Cependant, un aspect essentiel à l'envergure et la gravité de la crise ayant éprouvé le Québec est sans aucun doute le concept de milieux de vie et d'hébergement en collectivité, où vivaient plus de 89 % des Québécois décédés des suites de la maladie. Quoique la pandémie qui sévit toujours est certainement la plus importante qu'ait connue la province depuis des décennies, il est clair qu'elle ne justifie pas à elle seule la situation vécue à certains endroits et que plusieurs lacunes du système de santé ont convergé dans ces lieux.

Même si plusieurs initiatives ont été mises en place en cohérence avec le plan de lutte contre la pandémie, les événements entourant le CHSLD Herron ont constitué le point de départ de la mise au jour de problèmes systémiques dans ces milieux.

Les difficultés vécues

Des difficultés majeures dans l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections ainsi que de disponibilité et de mobilité de personnel ont affecté ces milieux, contribuant par le fait même à la transmission du virus. La pandémie a mis en lumière une problématique déjà existante mais exacerbée par ce contexte. L'absence de gestionnaire dans plusieurs milieux a rendu extrêmement difficile, voire impossible, la transition vers un mode de gestion de crise dans certains sites.

Ces difficultés ont été exacerbées par les mesures préventives d'interdiction de visite des proches aidants dans ces milieux. Ces mesures sanitaires ont privé les personnes hébergées du soutien essentiel de leur proche dans des moments très difficiles, jusqu'à l'assouplissement des consignes à la mi-avril.

Les événements entourant le CHSLD Herron ont mené au constat que l'encadrement des milieux privés de soins doit être renforcé pour assurer la santé et la sécurité des Québécois hébergés dans ces milieux. Par ailleurs, trois mandats d'enquête indépendante ont été donnés pour faire la lumière sur les évènements tragiques survenus dans deux milieux privés, le CHSLD Herron et l'Auberge aux Trois Pignons, et un public, le CHSLD Ste-Dorothée.

Finalement, certains milieux privés ont éprouvé des difficultés financières à la suite d'une hausse importante de leurs dépenses pour l'ajout de personnel et pour l'achat d'équipements de protection.

Les solutions mises en place

Le soutien aux milieux

Une cellule de crise a été mise en place pour soutenir les milieux jugés à très haut risque, ou en situation d'éclosion, ou présentant une situation particulière requérant une surveillance afin d'assurer la sécurité des résidents et du personnel.

Pour assurer l'équité et la qualité des soins et services dans les milieux privés, le gouvernement a annoncé, le 30 mars 2020, un financement exceptionnel de 133 millions de dollars aux résidences privées pour aînés, aux CHSLD privés ainsi qu'aux ressources intermédiaires pour soutenir leur réponse aux enjeux importants éprouvés, dont ceux de ressources humaines, soit le paiement d'heures supplémentaires et l'embauche de personnel additionnel, et d'approvisionnement en équipements de protection et en matériel de désinfection.

La stratégie d'intervention

Une stratégie d'intervention a été déployée dans ces milieux, en s'appuyant sur un suivi en temps réel du nombre de cas dans chaque milieu. Elle reposait sur six axes d'intervention :

- La gestion des accès et des sorties;
- La prévention et le contrôle des infections;
- Les consignes de gestion des cas suspectés ou confirmés;
- Les mécanismes de communication avec les partenaires;
- Le développement de milieux de soins alternatifs;
- Le soutien financier.

La main-d'œuvre

Les difficultés vécues

La disponibilité des ressources humaines pour répondre aux besoins exceptionnels de la pandémie fut parmi les premiers enjeux pour lesquels le gouvernement a dû agir, dans un contexte où une pénurie de main-d'œuvre affectait le réseau de la santé et des services sociaux avant même le déclenchement de la crise.

Au plus fort de la crise, plus de 12 000 employés étaient absents de leurs fonctions, provoquant des situations de rupture ou de risques de rupture de services. L'absentéisme dans les milieux privés a complexifié cette situation, les établissements étant aussi appelés à pallier le manque de ressources humaines dans ces milieux à même leur bassin de main-d'œuvre déjà fragilisé.

La grande mobilité et l'introduction massive de nouveau personnel peu qualifié ont constitué un défi de taille en créant un contexte peu propice à l'application adéquates de mesures de prévention et de contrôle des infections.

Il était essentiel d'intervenir sur plusieurs angles pour obtenir des résultats à la hauteur du défi présenté, notamment la rareté de la main-d'œuvre qualifiée, l'absentéisme et les conditions de travail.

Les solutions mises en place

L'augmentation de la disponibilité de la main-d'œuvre

Parmi les grandes actions déployées et ayant eu des impacts favorables sur la situation des ressources humaines dans le réseau, on peut noter les éléments suivants :

- L'opération *Je contribue COVID-19*, appel à la solidarité des Québécois visant le recrutement de la main-d'œuvre sans égard au niveau de formation en santé, a été lancée par le premier ministre le 15 mars. En date du 12 août 2020, les établissements avaient procédé à 21 215 embauches, dont 11 960 personnes qui sont toujours à l'emploi;
- L'arrêté 2020-007 prévoit des modifications aux dispositions des conventions collectives pour s'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre nécessaire, par exemple en faisant passer des ressources œuvrant à temps partiel vers un horaire à temps plein ou en permettant d'affecter des ressources à des tâches pour lesquelles elles sont qualifiées mais qui sont normalement effectuées par un autre corps d'emploi;
- D'autres arrêtés ministériels dont les mesures avaient pour objectif de favoriser l'attraction et la rétention de main-d'œuvre ont été publiés, visant principalement l'octroi de primes salariales, le déplacement interrégional et des autorisations spéciales d'exercice professionnel, notamment pour les professionnels retraités depuis moins de cinq ans;
- La mise en place d'une coordination de la mobilité du personnel de la santé dans la région de Montréal, pour assurer la continuité des services dans les secteurs les plus critiques;
- La mise à jour quotidienne des besoins de main-d'œuvre, particulièrement pour les soins aux aînés, afin de prioriser les actions en matière de ressources humaines pour ce volet.

Le réseau de l'éducation et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur ont également procédé à la mise en place de différentes mesures pour soutenir le ministère et le réseau de la santé et des services sociaux, notamment par :

- Un prêt de personnel enseignant des professions de la santé entre les institutions d'enseignement et le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Un arrêté ministériel pour permettre le redéploiement des ressources de l'éducation vers le réseau de la santé et des services sociaux (arrêté 2020-019);
- Un arrêt de la majorité des stages cliniques en cours dans les établissements du réseau;
- Un appel aux étudiants des professions de la santé par les institutions d'enseignement afin qu'ils offrent leur candidature et soient embauchés par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- Des travaux, en collaboration avec les ordres professionnels et l'Office des professions du Québec, afin de favoriser la diplomation des étudiants finissants de plusieurs programmes en santé et services sociaux, et d'accélérer leur entrée en fonction à la fin du printemps;
- Le redéploiement d'employés dans les secteurs des ressources humaines, de la sécurité et en hygiène et salubrité.

La collaboration de différents partenaires

- La Croix-Rouge canadienne, division du Québec, a agi dans un rôle de conseil en prévention et contrôle des infections auprès de certains milieux de vie.
- L'Ambulance Saint-Jean a déployé une trentaine de ressources agissant comme aides de service dans certains milieux de vie, principalement à Laval.
- Les Forces armées canadiennes ont déployé plus de 1350 militaires, dont environ 1050 en CHSLD, dans le cadre de l'opération LASER, une mission d'assistance visant à stabiliser la situation dans certains milieux où les besoins étaient les plus criants.
- Les Forces armées canadiennes ont aussi soutenu le Québec à travers deux autres mandats, soit par le déploiement de près de 200 rangers dans 15 communautés du Nunavik et de la MRC du Golfe-du-Saint-Laurent, section Basse-Côte-Nord. Ces mandats avaient comme principal objectif d'apporter un soutien logistique et communautaire.

Le soutien aux clientèles vulnérables

Une série de mesures ont été définies en faveur des autres clientèles du réseau de la santé et des services sociaux, et de ses partenaires.

Les difficultés vécues

L'arrivée d'une crise sanitaire de l'envergure de celle qui frappe le Québec depuis le mois de mars amène des impacts majeurs sur l'ensemble des citoyens, tant sur la santé physique que mentale. Que ce soit en raison des mesures sanitaires, des répercussions économiques ou du contexte généralement anxiogène, la situation est difficile pour la plupart d'entre nous.

Les répercussions sont encore plus importantes chez les personnes les plus vulnérables de notre société, le contexte amenant une tension additionnelle sur des situations déjà précaires. L'offre de soins et services offerte à ces clientèles a été considérablement réduite pendant les premiers mois de la crise, soit pour des motifs sanitaires ou pour permettre la réaffectation du personnel à des activités dédiées à la lutte contre la COVID-19. Ce délestage d'activités a affecté l'ensemble des secteurs, notamment les soins à domicile.

L'isolement social, la perte de revenus, l'anxiété entourant la crise et la suspension de plusieurs services de santé physique et de services sociaux sont certaines des conséquences sur les citoyens que le ministère devait absolument limiter afin de veiller au bien-être de la population pendant cette période exceptionnelle.

Les solutions mises en place

Les jeunes en difficulté et leur famille

Le traitement des signalements en protection de la jeunesse s'est poursuivi tout au long de la période de confinement. Le portrait des cas infectés, suspectés de l'être ou symptomatiques pour les jeunes hébergés dans les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation et en ressources de type familial a également été suivi depuis le début de la pandémie.

Enfin, l'application rigoureuse des mesures et directives dans les milieux a permis d'éviter des éclosions dans les milieux d'hébergement jeunesse, dont les centres de réadaptation. Ces directives ont été adaptées selon l'évolution de la pandémie.

Environ 500 téléphones cellulaires ont été mis à la disposition des centres jeunesse pour faciliter les contacts et briser l'isolement des jeunes qui y sont hébergés.

La déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme

Une cellule ministère-réseau en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme a été mise en place afin de répondre en continu et en temps réel aux questions, aux préoccupations et aux problématiques émergeant des établissements, des organismes, des associations et de la population.

- Les services ont été adaptés au contexte de la pandémie en s'assurant de maintenir des services essentiels et en s'assurant de protéger les personnes et les milieux de vie.
- Les consignes de santé publique ont été rendues accessibles aux personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou qui sont malentendantes, sourdes et non voyantes.
- Un comité de coordination en réadaptation a été mis en place pour les territoires de Montréal et de Laval.
- Un soutien intensif a été apporté à la région montréalaise pour la coordination des lits de réadaptation.

Le soutien à domicile

Le gouvernement a adapté l'offre de soutien à domicile (SAD) afin de répondre aux différents besoins des usagers, selon leur condition et leur milieu de vie. Le 17 avril 2020, le gouvernement annonçait une mesure de près de 16 millions de dollars en soutien aux entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) ainsi qu'aux travailleurs du Chèque emploi-service.

- 8,3 M$ pour déployer des préposés d'aide à domicile en CHSLD en soutien aux équipes déjà à pied d'œuvre auprès des résidents;
- 3 M$ pour les heures de service non rendu en raison du refus de certains usagers de donner accès à leur domicile aux préposés d'aide à domicile;
- 1,3 M$ pour faire bénéficier de la prime de 4 $ de l'heure les employés des EÉSAD qui ont été déployées en CHSLD. Cette mesure fut bonifiée par la suite pour atteindre le même taux horaire que les aides de service, soit 21,27 $, un investissement mensuel de 0,1 M$;
- 2,2 M$ pour faire bénéficier de la prime de 8 % les travailleurs du programme Chèque emploi-service qui offrent déjà des services à domicile;
- 0,9 M$ pour faire bénéficier de la prime de 8 % les employés des EÉSAD qui offriront des services en résidence privée pour aînés ou à domicile, sur référence du CLSC. Cette mesure fut par la suite élargie aux services non référés, un investissement mensuel de 1,6 M$.

Les intervenants pivots des CLSC ont fait des suivis réguliers auprès des clientèles desservies en soutien à domicile pour s'assurer du maintien de leur santé physique et psychologique, tandis que les services essentiels ont été maintenus tout au long de l'urgence sanitaire.

Le soutien aux organismes communautaires

Le gouvernement a mis en place des programmes d'urgence pour soutenir les organismes communautaires afin qu'ils puissent maintenir leurs services et faire face aux coûts supplémentaires découlant de la pandémie de la COVID-19.

- Une aide d'urgence de 70 M$ afin d'aider les organismes communautaires à combler leur manque à gagner en autofinancement pour la période du 13 mars au 30 septembre;
- 2 M$ pour les banques alimentaires du Québec;
- 20 M$ aux organismes communautaires qui offrent des services prioritaires afin qu'ils puissent faire face aux coûts supplémentaires découlant de la pandémie de la COVID-19;
- 500 000 $ pour Tel-jeunes et Ligne Parents;

- 2,5 M$ pour les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et pour femmes violentées vivant de multiples problématiques sociales.

Des comités de suivi hebdomadaire ont été mis en place avec les regroupements d'organismes communautaires ainsi qu'avec les regroupements de maisons d'hébergement en violence conjugale et les responsables des établissements.

La dépendance

Une instance de concertation a été établie avec les ressources privées et communautaires offrant de l'hébergement en dépendance et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Le gouvernement a annoncé un financement d'urgence de 3 millions de dollars pour les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance.

La santé mentale et la psychiatrie légale

En réponse à la hausse marquée des besoins en santé mentale pendant la crise, le ministère a mis en œuvre différentes actions, dont la publication d'un plan d'action spécifique à la COVID-19 octroyant 31 M$ pour soutenir l'ensemble de la population ainsi que les clientèles qui faisaient déjà l'objet ou qui étaient en attente d'un suivi.

- Les services de l'Info-Social 811 ont été bonifiés, notamment par l'ajout d'un service de consultation psychosociale téléphonique.
- Certains services ont été renforcés ou intensifiés, notamment pour les services de consultation sociale et psychologique, de suivi intensif dans le milieu et de soutien à intensité variable.
- Des contacts téléphoniques ont été effectués auprès de toute personne en suivi actif en santé mentale ainsi que des personnes en attente de services, afin de vérifier leur état dans le contexte de la pandémie. Ces contacts ont concerné plus de 325 000 personnes.
- Une trousse a été publiée pour soutenir les professionnels de la santé dans le repérage de personnes présentant une vulnérabilité et devant faire l'objet d'une attention particulière.
- Une table de coordination pour les personnes présentant des problèmes psychiatriques a été mise en place afin d'aborder les enjeux en santé mentale et en psychiatrie légale dans le contexte de la pandémie.
- La télécomparution en psychiatrie légale a été déployée dans la région de Montréal, en collaboration avec le ministère de la Justice, et sera déployée ailleurs au Québec.

L'itinérance

Les établissements ont mis en place une trajectoire adaptée à la COVID-19 pour les personnes en situation d'itinérance, de concert avec le milieu communautaire.

À Montréal, l'organisation des services pour les personnes en situation d'itinérance a été coordonnée par les autorités municipales et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, en étroite collaboration avec le milieu communautaire. Cette

initiative vise notamment l'actualisation rapide d'un plan de dispersion sur différents sites pour limiter les risques de contamination.

Une cellule de crise regroupant des représentants du ministère, du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et de la Ville de Montréal a été mise en place, afin de soutenir les refuges pour les personnes en situation d'itinérance à Montréal.

Les communications

Depuis le mois de mars dernier, le gouvernement mène une campagne de communication d'une envergure sans précédent afin d'informer et de sensibiliser la population à la COVID-19 et aux mesures à appliquer. Cette campagne se déploie sur l'ensemble des plateformes disponibles : télé, radio, Web, imprimés, tablettes, médias des communautés ethnoculturelles, médias autochtones, affichage.

Des initiatives de communication ont pris diverses formes, telles que des activités de relations publiques, des publicités, des publications sur le Web et les médias sociaux, et bien d'autres.

On peut citer notamment :

- Les points de presse réguliers du gouvernement sur l'évolution de la situation et des actions prises. Dans les premières semaines de la crise, l'auditoire a régulièrement dépassé les deux millions de téléspectateurs et a atteint le 5 avril un sommet de 2,7 millions de personnes (selon un sondage Numeris);
- Des placements numériques et dans plus de 500 médias partout au Québec;
- La création et la mise à jour en continu du site Québec.ca/coronavirus, qui est devenu la référence pour toute l'information gouvernementale et qui compte plus de 50 millions de pages vues en quelques semaines et des pointes de 53 000 visites simultanées;
- La campagne « Aller mieux », visant à sensibiliser la population à l'importance de prendre aussi soin de sa santé mentale et émotionnelle en temps de pandémie;
- Des messages enregistrés par des personnalités québécoises, transmis par appels automatisés, pour rappeler les principales mesures de protection aux personnes aînées;
- Un volet visant à remercier et à mobiliser le personnel de la santé et des services sociaux en cette période exceptionnelle où leur apport est primordial;
- Des offensives de communication pour soutenir le recrutement de main-d'œuvre au sein du réseau, telles que « Lève la main », invitant les étudiants à se porter volontaires pour aider les aînés vulnérables, et « On a besoin du meilleur de toi », visant à recruter des candidats pour la formation accélérée de préposé en CHSLD;
- Le Guide autosoins, diffusé par la poste, pour aider les gens à prendre les meilleures décisions possibles pour leur santé et celle de leurs proches durant la pandémie;
- De nombreux outils informatifs (affiches, vidéos, infographies, etc.) sur des consignes sanitaires précises (lavage des mains, port du masque, fabrication d'un couvre-visage, etc.), produits et rendus disponibles en format imprimé ou numérique;
- La traduction dans plus d'une vingtaine de langues d'outils informatifs et de sensibilisation ainsi que des documents sur les consignes et mesures de protection, comme le port d'un couvre-visage, afin de joindre les diverses communautés ethnoculturelles du Québec;
- De nombreuses adaptations des différents outils et éléments de campagne de manière que les consignes de santé publique et de sécurité civile soient accessibles aux personnes ayant un handicap, qu'elles soient malentendantes, sourdes ou non voyantes, ou ayant une déficience

intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, et diffusion des points de presse quotidiens du premier ministre et des autorités de santé publique en langue signée;

- À ces activités de communication s'ajoutent bien sûr toutes les autres actions menées régionalement par les équipes des établissements du réseau et des directions régionales de santé publique.

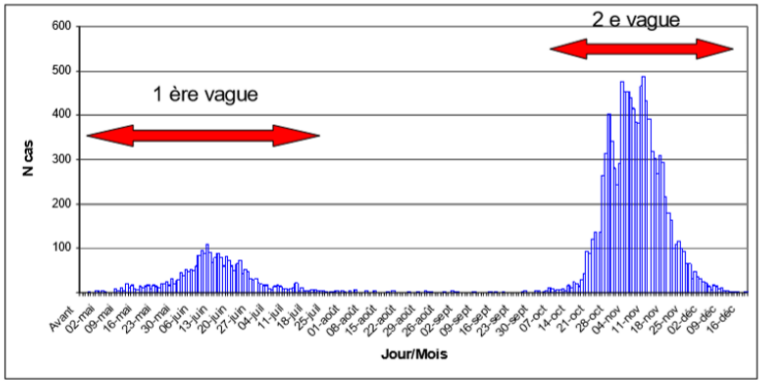
DEUXIÈME PARTIE
ENJEUX ET PLAN D'ACTION

L'objectif de cette section est de présenter de façon plus détaillée les difficultés vécues et les actions correctrices qui ont été ou seront déployées afin d'apporter des améliorations à court terme pour préparer le réseau de la santé et des services sociaux à une éventuelle deuxième vague de la pandémie.

Comme les dernières données disponibles le démontrent, nous avons constaté depuis le mois de mai une régression du nombre de personnes infectées par la COVID-19. Cette régression a permis une reprise partielle des activités et un déconfinement ordonné de la société québécoise. Or, depuis cette reprise, on constate une présence soutenue du virus au Québec.

La majorité des experts s'entendent sur l'éventualité d'une deuxième vague de contamination. Cependant, bien des inconnues demeurent quant à sa forme et sa portée. Comme le démontre le graphique ci-dessous, l'expérience du H1N1 nous enseigne la présence d'une deuxième vague de contamination de plus grande envergure. Soulignons cependant que la deuxième vague de H1N1 a été marquée par l'arrivée d'un vaccin, ce qui explique sa décroissance rapide.

Graphique 11



Source : LSPQ, Laboratoires désignés et associés.

Figure 4 : Les deux vagues de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 au Québec.

La grippe espagnole, au début des années 1900, a été marquée par trois vagues de la pandémie entre juin 1918 et mai 1919.

Une deuxième vague de la pandémie est donc probable. Les risques subsistent et on doit les prévenir. Il faut également limiter l'impact de la pandémie sur le traitement des autres maladies et sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux.

Pour y arriver, il faut tirer les leçons de la crise sanitaire vécue par le Québec depuis mars dernier. L'épidémie de COVID-19 a mis en lumière un certain nombre d'enjeux qu'il faut aborder afin d'en atténuer les impacts dans le futur.

Les mesures identifiées dans ce plan d'action visent à guider les interventions du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le déploiement d'actions préparatoires à court terme.

1. DES RISQUES À PRÉVENIR

Alors que la contamination de la COVID-19 a diminué au Québec, permettant un déconfinement et un début de retour à la vie normale, des risques importants demeurent.

- La possibilité d'une deuxième vague de contamination est réelle et, à cet égard, l'Organisation mondiale de la santé incite tous les pays et tous les États à une grande prudence.
- Au Québec comme dans le reste du monde, la COVID-19 a eu un impact significatif sur le traitement des autres maladies et, plus globalement, sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Cet impact est également source de risques auxquels on doit maintenant parer.

La possibilité d'une deuxième vague de contamination

Le virus de la COVID-19 n'a été identifié qu'à la fin de l'année 2019. Beaucoup d'inconnues demeurent quant à ses caractéristiques et aux réponses médicales que l'on peut y apporter.

Le mode de transmission du virus : des inconnues

Des incertitudes subsistent concernant le mode de transmission de la COVID-19.

Malgré la mobilisation de la communauté scientifique internationale dans l'étude de ce nouveau coronavirus, la rapidité de sa propagation a obligé les systèmes de santé à travers le monde à s'organiser en s'appuyant sur des connaissances et informations extrêmement incomplètes. Ceci a grandement complexifié les efforts de contrôle et de prévention des infections ainsi que l'organisation des soins et services de santé.

L'absence de médicaments et de vaccins

Surtout, aucune réponse médicale au virus n'est actuellement disponible.

Plusieurs études prometteuses sont en cours, mais il n'existe à ce jour aucun traitement unanimement reconnu pour soigner les personnes gravement atteintes de la maladie. Des résultats encourageants ont été rendus publics concernant l'utilisation de certains médicaments pour le traitement de la COVID-19. Cependant, plusieurs semaines ou plusieurs mois seront encore requis avant que l'efficacité et l'innocuité d'un traitement soient scientifiquement reconnues.

La vaccination est l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir une maladie infectieuse. La mise au point d'un vaccin contre la COVID-19 fait l'objet de recherches intensives dans un grand nombre de laboratoires pharmaceutiques à travers le monde. Cependant, tous les spécialistes s'accordent pour estimer à plusieurs mois le délai d'obtention d'un vaccin sûr et son administration à un nombre suffisant de personnes, ce qui permettra de limiter la propagation de la maladie.

Entretemps, la communauté mondiale doit apprendre à composer avec une présence soutenue du virus, laquelle peut notamment être expliquée par la reprise des activités régulières, par le relâchement des politiques de confinement et par la perception moins élevée du risque de la part de certains individus.

L'arrivée concomitante d'une deuxième vague et d'autres virus

Le risque d'une deuxième vague de contamination à la COVID-19 est d'autant plus préoccupant qu'il peut se conjuguer à l'éclosion d'autres virus affectant régulièrement la population québécoise et présentant des symptômes similaires, comme l'influenza.

L'impact de la pandémie sur la santé physique et psychologique de la population

La pandémie de la COVID-19 a eu un impact direct sur la santé physique et psychologique de la population, au Québec comme dans le reste du monde. Cet impact continuera d'avoir des effets au cours des prochains mois.

Un impact majeur sur les maladies non transmissibles

Selon une étude de l'Organisation mondiale de la santé publiée le 1er juin 2020[4], les services de prévention et de traitement des maladies non transmissibles ont été gravement perturbés depuis le début de la pandémie de la COVID-19.

Au Québec, comme ailleurs, cette situation est très préoccupante, car les personnes souffrant de maladies non transmissibles sont plus exposées aux risques de complications et de décès liés à la COVID-19, compte tenu des facteurs de vulnérabilité additionnels avec lesquels ils doivent composer. Par exemple, les personnes souffrant d'obésité présentent souvent des problèmes cardiovasculaires ou cardiorespiratoires qui les rendent plus susceptibles de développer des complications si elles contractent le virus.

Les raisons de la baisse des services

Pendant plusieurs semaines, après la déclaration d'état d'urgence sanitaire, des personnes nécessitant des traitements pour certaines maladies comme le cancer, les cardiopathies et le diabète n'ont bénéficié que des services médicaux prioritaires pour leur santé.

Un délestage massif des services de santé et des services sociaux a été nécessaire pour permettre la préparation du système de santé en amont de la crise, puis pour répondre aux immenses besoins qui sont apparus, particulièrement auprès des personnes les plus vulnérables, et pour mettre en œuvre les services requis afin de contrôler la propagation du virus, comme le déploiement des cliniques désignées pour les tests de la COVID-19.

Seuls certains services essentiels ont été maintenus, tels que les traitements en cancérologie, l'obstétrique et les activités chirurgicales urgentes.

Les activités de prévention et de promotion de la santé ont aussi été suspendues, au détriment des personnes les plus vulnérables.

[4] Voir https://www.who.int/fr/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases.

2. PLAN D'ACTION

Les risques à venir sont donc majeurs. Pour les prévenir, le ministère a engagé une démarche pour tirer des constats et leçons de la difficile période que le Québec vient de vivre.

Une démarche en trois volets

Ces leçons ont été identifiées à partir d'une démarche en trois volets.

- Un bilan documenté de la pandémie et de ses effets sur la santé et les services sociaux a été effectué par les autorités politiques, par le comité de direction du ministère de la Santé et des Services sociaux, par le comité de gestion du réseau – rassemblant l'ensemble des présidents-directeurs généraux des établissements – et par les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal. Ce premier volet a également compris l'analyse de l'ensemble des commentaires reçus au moyen de l'initiative « On vous écoute », lancée le 16 mai;
- Chacune des directions générales du ministère a été exposée rapidement aux enjeux soulevés lors de la première étape et elles ont été chargées d'identifier les actions pouvant mener à des correctifs à court terme;
- Les enjeux identifiés par les équipes du ministère ont constitué la base du plan d'action à proprement dit, d'abord élaboré par le ministère puis soumis aux différentes approbations nécessaires en vue d'une mise en œuvre effective d'ici la fin du mois de septembre.

Neuf axes d'intervention

La démarche effectuée a permis d'identifier neuf axes d'intervention prioritaires visant à apporter des correctifs à court terme en prévision d'une deuxième vague de la COVID-19.

- Les milieux de vie pour aînés

Les milieux de vie pour aînés ont été les plus durement touchés par la crise. Des correctifs importants sont essentiels pour protéger ces milieux du virus et assurer la santé et la sécurité des personnes qui y sont hébergées.

- Les clientèles vulnérables

Les clientèles vulnérables ont été particulièrement frappées par la pandémie. On doit prioritairement faire mieux pour les protéger et assurer leur bien-être en prévision d'une prochaine vague.

- La main-d'œuvre

Des difficultés importantes ont été vécues dans les milieux de vie pour aînés en raison de la pénurie de personnel, qui demeure un enjeu majeur à améliorer dans de brefs délais.

- Le dépistage

Pour lutter contre la COVID-19, il importe d'identifier rapidement les nouvelles infections afin d'entreprendre les actions requises pour limiter la transmission du virus. Au cours de la première vague, plusieurs difficultés ont affecté le processus de dépistage. Nous devons corriger ces lacunes afin d'assurer une réponse adaptée aux impératifs de santé publique et aux besoins de la population.

- La prévention et la gestion des éclosions

L'expérience de la première vague témoigne de certaines lacunes dans la capacité d'intervention des établissements afin d'assurer une gestion efficace des éclosions. Ceci démontre qu'il faut agir tant sur le plan de la prévention et du contrôle des infections que sur le plan de la gestion des éclosions.

- L'organisation clinique

L'organisation clinique et les services ont fait l'objet de transformations majeures et rapides dès le déclenchement de la pandémie. Il faut pouvoir les adapter aux exigences d'une prochaine vague et d'une présence soutenue du virus dans la communauté, tout en maintenant une offre de services continue afin d'atténuer l'impact sur les services rendus et la santé des Québécois.

- L'approvisionnement

L'approvisionnement en équipements de protection et en médicaments reste un enjeu majeur, même si les problèmes rencontrés en première vague ont été graduellement réglés. Comme la pandémie fait toujours rage à travers le monde, la demande pour certains produits se maintient à des niveaux inégalés. Cette compétitivité force les États à innover pour répondre aux besoins de leur population.

- La gouvernance

La pandémie a démontré la nécessité de faire une réflexion sur certains aspects de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, plus spécifiquement la gouvernance

en santé publique et dans la région de Montréal. On doit faire en sorte que cette gouvernance puisse s'appuyer sur une agilité organisationnelle où les rôles et les responsabilités de chacun sont clairement définis.

- Les communications

En temps de crise, les besoins d'information de la population sont immenses. Le gouvernement doit répondre aux questions prioritaires et informer la population sur les risques existants. Il doit aussi s'assurer que ses orientations soient reçues et mises en œuvre de manière cohérente et que les problématiques d'application circulent jusqu'aux décideurs pour considération.

Les milieux de vie pour aînés

Les milieux de vie pour aînés ont été le principal théâtre de la bataille contre la COVID-19 au Québec. C'est dans ces installations, publiques et privées, que sont hébergées certaines des personnes les plus vulnérables à la maladie et où vivaient plus de 89 % des Québécois décédés de la COVID-19. Les tristes événements survenus dans certains milieux ont représenté à cet égard un dur réveil pour le gouvernement et ont contribué à déstabiliser l'ensemble des ressources humaines du réseau, particulièrement dans la région de Montréal.

Notons que ces milieux sont adaptés de manière à en réduire les caractéristiques hospitalières. Ceci, dans l'objectif de les rendre plus familiers pour les personnes qui y vivent. Toutefois, l'arrivée et la propagation rapide du virus ont mis en lumière de façon brutale la faiblesse de cette approche au regard de la prévention et du contrôle des infections. Ceci, combiné à des enjeux importants de main-d'œuvre, a contribué à l'apparition d'éclosions dans certains milieux amenant des conséquences aggravantes telles que le retrait de personnel et l'absence de médecin sur place pour faire l'évaluation de l'état de santé des patients.

Les CHSLD publics

La gouvernance de ces milieux a été rendue complexe et parfois décalée en raison de l'absence d'un gestionnaire désigné par site, responsable de la prise de décision et imputable des résultats. Sans répondant désigné dans le milieu, l'établissement ne peut s'appuyer sur un gestionnaire de proximité pour assurer la mise en œuvre adéquate des orientations et des priorités. Aussi, le personnel dans le milieu ne peut se référer à une personne en position d'autorité pour obtenir une décision ou soumettre un enjeu. Cette dynamique n'est pas propice à une gestion de qualité et à la stabilisation des équipes de travail.

Les milieux de vie privés pour aînés

Dans les milieux privés, soit les résidences pour aînés, les ressources intermédiaires et les CHSLD privés, l'épidémie a fait ressortir de façon particulière des problématiques déjà existantes avant la crise, notamment sur le plan de la main-d'œuvre, des pratiques cliniques et de la capacité de l'État à exercer un encadrement adéquat de ces milieux. Les rôles et les responsabilités respectifs des propriétaires et des établissements publics n'étaient pas suffisamment clairs et bien définis pour faire face à un défi de cette envergure. Cette situation a parfois entraîné des délais d'intervention, favorisant par le fait même la propagation du virus, et des ruptures de service dans certains milieux.

La pandémie a démontré la nécessité de renforcer l'encadrement des CHSLD privés, d'en améliorer la gestion et d'accroître leur niveau de préparation afin de se prémunir contre une prochaine vague. Comme dans le cas des CHSLD publics, il est essentiel de stabiliser le personnel qui y œuvre afin d'assurer une prestation de soins et de services requise par la clientèle.

Les proches aidants

Les restrictions de visites des personnes proches aidantes dans les milieux ont eu un impact tant sur les personnes hébergées, qui se sont vues privées de soutien, que sur les personnes proches aidantes, qui ont vécu de la détresse et de l'anxiété. La reconnaissance des personnes proches aidantes comme partenaires de soins et de services, et la nécessité, selon le portrait épidémiologique,

de leur permettre d'accéder de façon sécuritaire aux milieux demeurent essentielles dans le contexte actuel.

Une nette distinction doit être effectuée entre un visiteur et un proche aidant apportant du soutien significatif. Cette distinction doit être considérée dans l'application d'éventuelles mesures de confinement, selon les directives ministérielles diffusées, lesquelles s'appuient sur une recommandation de la Fondation canadienne pour l'amélioration des soins en santé.

PLAN D'ACTION

Objectifs :

- Diminuer les risques encourus par les personnes hébergées dans ces milieux;
- S'assurer d'une imputabilité accrue dans les milieux de vie;
- S'assurer que les partenaires publics et privés comprennent et assument leurs responsabilités respectives;
- Améliorer la communication entre les gestionnaires et les autorités publiques ainsi qu'entre les usagers et leurs proches.

Actions :

1. Maintenir, selon le portrait épidémiologique, l'accès sécuritaire aux milieux de vie pour les proches aidants.
2. Identifier un gestionnaire responsable pour chaque CHSLD et soutenir la mise en place des équipes médicales et administratives.
3. Clarifier les rôles et responsabilités des milieux de vie et apporter les modifications réglementaires requises.
4. Débuter des travaux législatifs visant à faciliter l'intervention exceptionnelle du gouvernement en cas de mise en danger d'une personne dans un milieu de vie.
5. Mettre en place des mécanismes de vigie régulière dans les milieux de vie privés.
6. Déployer des outils pour faciliter les communications avec les usagers, les proches et les milieux de vie.
7. Informatiser les CHSLD publics :
    - Acquisition d'équipements notamment pour la télésanté (portables, tablettes, caméras, micros);
    - Rehaussement et déploiement de l'infrastructure technologique (télécommunication et autres);
    - Déploiement d'un outil de collaboration facilitant le suivi des symptômes liés à la COVID-19.

Les clientèles vulnérables

Les aînés et les clientèles vulnérables, ainsi que leurs proches aidants, ont été particulièrement affectés par la pandémie et les mesures de confinement mises en place. On doit prioritairement faire mieux pour les protéger et assurer leur bien-être. On doit aussi reconnaître le rôle essentiel de soutien et de réconfort des proches aidants pendant la crise sanitaire et faciliter leur présence.

Le soutien à domicile

La pandémie de la COVID-19 démontre plus que jamais l'importance des services de soutien à domicile aux personnes en perte d'autonomie, vivant avec des incapacités ou agissant à titre de proches aidants. Il est impératif de faciliter le maintien au domicile pour les personnes qui le souhaitent et dont la condition le permet, avec les services adéquats, dans le but de les rendre moins vulnérables aux éclosions en milieux de vie partagés.

Cela étant, l'attraction et la rétention de personnel en soutien à domicile est un enjeu majeur pour assurer le maintien de ces services. Le délestage des services non essentiels a entraîné la perte de certains emplois chez des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, laquelle, combinée à l'aide du gouvernement fédéral, a contribué à la baisse du bassin de main-d'œuvre disponible.

Le déconditionnement des aînés dans un contexte de confinement

Dans le contexte actuel de pandémie, les personnes aînées sont plus à risque de déconditionnement moteur (perte d'indépendance), cognitif (perte d'autonomie) et social (perte des liens sociaux), en raison des mesures de confinement souvent réalisées à la chambre.

Pendant la première vague, les mesures d'isolement ont entraîné une diminution des capacités pour plusieurs aînés. De plus, les complications associées au déconditionnement peuvent mener à une hospitalisation, voire à un décès.

La protection de la jeunesse

Au total, 36 590 enfants ont fait l'objet d'au moins un signalement retenu en 2019-2020. Il s'agit d'une moyenne de 324 situations d'enfants signalés par jour au Québec.

Les principaux motifs de rétention de signalement sont :

- La négligence ou un risque sérieux négligence (33,3 %);
- L'abus physique ou un risque sérieux d'abus physique (31,4 %).

La plupart de ces signalements sont issus du filet de protection social qui s'installe autour de l'enfant lorsqu'il fréquente les services de garde, les milieux scolaires ou des services communautaires.

Quoique les importantes mesures de confinement mises en place au Québec avaient pour objectif initial de protéger la santé et la sécurité de l'ensemble de la population face à une menace qui amenait son lot d'inconnues, celles-ci ont aussi eu pour effet d'isoler des jeunes et des enfants dans des situations précaires, pouvant porter atteinte à leur bien-être.

Précisons aussi que les services de première ligne aux familles, enfants et jeunes vulnérables ont été suspendus pendant la crise afin que le personnel puisse être réassigné au suivi des enfants en protection de la jeunesse pendant le confinement.

Quoique ce suivi était essentiel, il importe de souligner que ces services délestés servent à soutenir ces clientèles vulnérables face aux difficultés vécues et visent à éviter l'intervention des directions de protection de la jeunesse. Les conséquences du délestage de ces services peuvent donc être très sérieuses sur le bien-être de plusieurs jeunes et enfants.

Le confinement des enfants et des jeunes

Les enfants, et plus particulièrement les adolescents, ont besoin du contact social avec leurs pairs. Les mesures de confinement ont eu des impacts significatifs sur les enfants en situation de vulnérabilité ou ceux encadrés par la protection de la jeunesse.

- Les pertes d'emploi et le climat généralement anxiogène engendrés par la crise ont occasionné chez les parents un stress pouvant exacerber des comportements nocifs.
- L'isolement social et la fermeture des écoles ont entraîné une diminution de 20 % des signalements. En 2019, environ 20 % des signalements provenaient des milieux scolaires.
- Les mesures de confinement initiales ont aussi privé certains enfants et parents de leurs droits de visite, ajoutant au stress des enfants pour qui le maintien des liens est fondamental.

Les services en déficience intellectuelle, en déficience physique et en trouble du spectre de l'autisme

Le contexte de pandémie a limité l'offre et l'accès aux programmes et services en déficience physique, en déficience intellectuelle ou en trouble du spectre de l'autisme pour les usagers et leurs familles.

- Le confinement et les directives de santé publique ont entraîné une diminution de l'offre de services directs à l'usager, une diminution des ratios usagers-intervenants, la suspension des activités de groupe et des rassemblements, l'interdiction ou la limitation des visites et des sorties, ainsi que la diminution des services de répit pour la famille et les proches.
- Le personnel professionnel et d'accompagnement a été insuffisant pour couvrir les besoins dans le contexte de l'adaptation des services. On fait référence aux services dans les milieux résidentiels ou dans les sites non traditionnels d'isolement.
- On s'est heurté au refus des familles à recevoir certains services, par crainte de contamination.
- La reprise des activités par certains partenaires communautaires indispensables est difficile.
- Des mesures telles que l'isolement et la quarantaine ont un impact important chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, une déficience physique ou un trouble du spectre de l'autisme. On constate un stress psychologique déclenché par l'anxiété et par l'augmentation de l'épuisement, ainsi que le risque élevé d'épuisement chez des proches aidants.

Les services aux personnes présentant des troubles mentaux

Le contexte de pandémie a transformé l'offre et l'accès aux programmes et services en santé mentale. Les rencontres de groupe ont été annulées et les rencontres individuelles ont été remplacées par des suivis téléphoniques ou virtuels. Ces changements ont pu entraîner du stress et de l'anxiété chez certains usagers.

Les organismes communautaires ont dû fermer leurs points de services, dont certains sont des milieux de socialisation importants pour les utilisateurs. Bien que la grande majorité des organismes ait maintenu des suivis téléphoniques ou des activités à distance, il demeure que le confinement a augmenté l'isolement des personnes.

Les services aux enfants de 0 à 5 ans

Plusieurs services de dépistage, d'évaluation, de stimulation précoce, d'adaptation et de réadaptation ont été délestés lors de la première vague.

Ce délestage a occasionné :

- Une diminution de l'intensité de services ou des bris de services, entraînant un arrêt de la poursuite des objectifs du plan d'intervention de chaque enfant et sa famille, pouvant remettre en cause la sécurité ou le développement de l'enfant;
- Une augmentation du nombre d'enfants vulnérables en attente d'un dépistage ou d'une évaluation des besoins ainsi que des délais d'accès aux services;
- Une diminution importante du nombre de partenaires susceptibles d'assurer une surveillance développementale, tels que les centres communautaires et les haltes-garderies.

Les services de réadaptation

La pandémie de la COVID-19 a occasionné des bris de services en réadaptation. L'accès aux milieux de réadaptation désignés COVID-19 et non désignés est limité par :

- La fermeture d'un nombre élevé de lits en réadaptation en raison de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (interdiction des chambres multiples et des aires communes aux lits de CHSLD), des éclosions ou des ressources humaines insuffisantes;
- Le nombre insuffisant de lits pour les usagers en réadaptation infectés à la COVID-19;
- L'accès limité aux services d'hébergement après un séjour en réadaptation;
- Le volume insuffisant des services à domicile et de téléréadaptation.

Si la réadaptation n'est pas réalisée dans un certain délai, le recouvrement de la capacité de la personne sera limité et les incapacités persisteront.

Les autres clientèles vulnérables

Les clientèles itinérantes ont également été affectées et le contexte est propice au développement de problématiques de santé mentale, de consommation et de dépendance.

De plus, les mesures mises en place pour contrôler les risques de propagation du virus dans les maisons d'hébergement ont mené plusieurs femmes victimes de violence conjugale à demeurer dans un foyer non sécuritaire ou à le réintégrer.

Les organismes communautaires

Les organismes communautaires ont développé une expertise dans la définition des besoins des personnes marginalisées et vulnérables, et mettent en place des actions permettant de répondre à des besoins qui ne sont pas toujours couverts par le réseau public. Ils ont été grandement affectés par la variation des demandes de services, par les dépenses excédentaires pour l'adaptation de leurs services, par la baisse de revenus en autofinancement et par la pénurie de main-d'œuvre (travailleurs et bénévoles).

PLAN D'ACTION

Objectifs :

- Limiter les impacts de la crise sanitaire sur les aînés et certaines clientèles vulnérables telles que les enfants, les jeunes présentant des problématiques particulières, les femmes victimes de violence conjugale ou encore la clientèle itinérante;
- Réduire les méfaits de la crise sanitaire sur la santé mentale des Québécois;
- S'assurer du maintien des services aux clientèles vulnérables pendant la crise sanitaire;
- S'assurer du maintien des services des organismes communautaires en santé et services sociaux.

Actions :

1. Déployer une offre de services de soutien à domicile, incluant du répit, adaptée aux besoins de la population :
    - Identifier des équipes attitrées à chacun des milieux de vie collectifs par secteur géographique;
    - Déployer les soins intensifs à domicile;
    - Augmenter les services de répit à domicile;
    - Augmenter les activités découlant d'ententes de services spécifiques avec les partenaires communautaires et intersectoriels, tels que les paramédicaux communautaires.

2. Mettre en place des mesures pour pallier le déconditionnement des aînés et des personnes qui vivent avec une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme :
    - Demander l'adaptation des milieux en bulles de vie, lorsqu'applicable;
    - Publier des recommandations d'interventions et d'activités permettant de prévenir le déconditionnement;
    - Désigner des responsables de la mise en œuvre des actions préventives au déconditionnement dans chaque établissement.

3. Réviser les approches de confinement et les services aux enfants et jeunes vulnérables pour limiter les impacts de la crise :
    - Rehausser les effectifs en protection de la jeunesse pour intensifier les services et suivis auprès des plus vulnérables;
    - Maintenir les activités de dépistage et d'intervention précoce des troubles de développement pour les enfants de 0-5 ans;
    - Déployer une stratégie de confinement plus ciblée pour diminuer le nombre de jeunes et enfants isolés, et faciliter l'action du filet social (écoles, services de garde, services sociaux).

4. Diffuser des directives concertées et harmonisées selon les différents milieux et les clientèles :

    - Déterminer des balises et principes de base pour l'adaptation des directives de milieux de vie en fonction de la situation épidémiologique locale.

5. Mettre en place des mesures pour prévenir les effets de la crise sanitaire sur la santé mentale :

    - Mettre en place d'autres outils numériques pour la population afin de soutenir les démarches d'auto-gestion de la santé émotionnelle et d'accompagnement de la population;
    - Poursuivre les actions de sensibilisation invitant les gens à prendre soin d'eux, notamment par des messages ciblés destinés aux populations vulnérables à la COVID-19 et faisant la promotion des services psychosociaux disponibles;
    - Prendre contact avec les usagers suivis ou en attente de services publics par les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

6. Développer une réponse adaptée aux personnes en situation d'itinérance :

    - Établir les services essentiels et prioritaires à maintenir en matière d'itinérance et les mesures de prévention et contrôle des infections à mettre en place dans les milieux d'hébergement et les services complémentaires (centres de jour, hébergement transitoire, aide alimentaire, etc.);
    - Soutenir les partenaires dans la mise en place des services temporaires (ex. : l'ancien hôpital Royal Victoria, ajouts d'intervenants, d'installations sanitaires, de sites d'accueil intérieur, de sites de distribution de nourriture, etc.) en collaboration avec les partenaires du milieu municipal et du milieu communautaire.

7. Maintenir l'offre de services des organismes communautaires :

    - Analyser le financement des organismes communautaires et identifier des solutions aux écarts financiers causés par le contexte de crise sanitaire, le cas échéant;
    - Élaborer un plan de communication ministériel pour joindre les organismes communautaires.

La main-d'œuvre

La situation de pénurie de main-d'œuvre et la mobilité du personnel qu'elle a engendrée afin d'éviter des situations de rupture de services ont été des enjeux majeurs au cours de la première vague de la pandémie.

La situation de la main-d'œuvre avant la pandémie

Avant le déclenchement de la pandémie, le réseau de la santé et des services sociaux était confronté à une importante pénurie de main-d'œuvre causée par de multiples facteurs, dont des conditions de travail généralement difficiles, une sous-valorisation des emplois en santé et une situation de plein emploi caractérisant l'ensemble de l'économie québécoise. Cette pénurie a été exacerbée par le contexte de pandémie, alors que des besoins accrus ont mis une pression sur le système de santé et qu'une partie de la main-d'œuvre fut préventivement réaffectée ou retirée.

La situation pour les préposés aux bénéficiaires était particulièrement difficile avant la crise, alors que le taux de départ annuel pour ce corps d'emploi était d'un peu plus de 14 % en 2018-2019. Dans les milieux d'hébergement pour aînés, les exigences particulières pendant la pandémie en matière de prévention et de contrôle des infections ont eu un impact majeur sur la capacité des équipes à répondre aux besoins des usagers, puisque les procédures à respecter, quoiqu'essentielles, impliquaient des délais additionnels pour ces employés déjà surchargés.

Les milieux privés ont aussi été très touchés par la pénurie de main-d'œuvre, entre autres en raison de l'écart salarial existant avec le secteur public.

L'impact de la pandémie sur les ressources humaines

La pandémie a eu un impact majeur sur la main-d'œuvre du réseau, alors que les besoins étaient déjà difficilement comblés. Un nombre important de travailleurs ont dû être retirés ou réaffectés, afin de protéger leur santé des risques associés à la COVID-19.

Malgré la volonté et l'engagement ferme du gouvernement à vouloir assurer leur santé et leur sécurité, un nombre important de travailleurs ont contracté la COVID-19. L'inquiétude découlant des difficultés de distribution des équipements de protection individuelle, l'incertitude quant aux conséquences de la COVID-19 sur la santé, la présence de mesures fédérales de soutien financier aux personnes et la détérioration des conditions de travail en cours de crise ont mené plusieurs travailleurs à s'absenter, par souci de protéger leur propre santé ou celle d'un proche.

Les directives des autorités de santé publique exigeant l'isolement préventif de toute personne en attente d'un résultat de dépistage a aussi mené au retrait ponctuel de plusieurs membres du personnel tout au long de la première vague.

Ainsi, au plus fort de la crise, près de 12 000 employés du réseau étaient absents.

La mobilité de la main-d'œuvre

Afin de maintenir le niveau de soins et de services essentiels dans les milieux de vie, un même employé pouvait œuvrer dans plusieurs installations. Les milieux privés et publics ont aussi dû

augmenter le recours aux services d'agences de placement. Ces travailleurs sont amenés à travailler dans différents milieux et sont souvent peu familiers avec les pratiques en prévention et contrôle des infections, leur impact sur la propagation du virus est certain.

Par conséquent, des employés contaminés ont fait circuler le virus dans plusieurs milieux, souvent alors qu'ils étaient asymptomatiques.

Répondre aux besoins en période de crise

Afin de pallier le manque de personnel et interdire la mobilité de la main-d'œuvre, il importe de mettre en place des mécanismes agiles de réponse aux besoins de main-d'œuvre en contexte de pandémie.

La pénurie et l'absence de personnel ont grandement affecté le niveau des services offerts dans certains milieux. Cette désorganisation a touché plus particulièrement la région métropolitaine de Montréal, où les administrateurs ont souvent dû combler à la pièce des quarts de travail avec peu de préavis.

Le déploiement d'équipes stables est à privilégier pour répondre aux besoins découlant d'une pénurie importante de main-d'œuvre dans un milieu. Cette méthode de déploiement a été saluée par la plupart des intervenants, qui ont souligné notamment le soutien des établissements non fusionnés et les opérations de convergence de ressources des régions moins affectées. Cependant, le délai d'organisation d'une telle opération s'est avéré une problématique majeure dans certains cas, sans compter les difficultés inhérentes à l'arrivée de membres du personnel peu expérimentés ou ne connaissant pas les lieux, l'organisation du travail ni les usagers.

En prévision d'une prochaine vague, les établissements de santé devraient constituer dès maintenant des équipes prêtes à être déployées dans des milieux affectés, tant au niveau local que par une opération de convergence des ressources interrégionales.

PLAN D'ACTION

Objectifs :

- Augmenter le nombre de membres du personnel formés en santé et services sociaux;
- Éliminer la mobilité de la main-d'œuvre, incluant la main-d'œuvre indépendante (sous réserve d'une rupture de services);
- S'assurer d'une réponse rapide des établissements de santé et de services sociaux face à un besoin de main-d'œuvre exprimé;
- S'assurer de la poursuite de la formation des professionnels de la santé et des services sociaux en contexte de pandémie et accélérer l'intégration à l'emploi des nouveaux finissants.

Actions :

1. Accroître le recrutement et la rétention de préposés dans les CHSLD :
    - Développer un programme de formation accélérée pour les préposés en CHSLD;
    - Déployer les mesures pour que les nouveaux préposés se voient offrir un poste à temps plein à la conclusion de leur formation;
    - Intégrer dans les CHSLD publics la première cohorte de préposés ayant réussi la formation accélérée;
    - Lancer l'appel de candidatures pour une deuxième cohorte de formation.
2. Interdire la mobilité de la main-d'œuvre :
    - Mettre en œuvre un plan pour éliminer la mobilité de la main-d'œuvre pour les préposés aux bénéficiaires et maintenir au minimum la mobilité des infirmières, des infirmières auxiliaires et des autres professionnels de la santé, tout en respectant de façon stricte les normes de prévention et de contrôle des infections;
    - Publier un arrêté ministériel permettant d'interdire la mobilité du personnel, incluant la main-d'œuvre indépendante, et de spécifier les obligations des agences de placement en ce qui a trait à la formation de leurs ressources en prévention et contrôle des infections.
3. Assurer la capacité de réponse aux besoins de main-d'œuvre pendant la crise :
    - Préparer les modalités de composition d'équipes pouvant faire l'objet d'un redéploiement, telles que l'identification des ressources, les conditions de déploiement, les modalités de retour, etc.;
    - Élaborer une stratégie avec les établissements d'enseignement et les ordres professionnels afin de maximiser l'utilisation des étudiants et d'accélérer la complétion des études des finissants;
    - Maximiser la contribution des inhalothérapeutes dans les soins critiques;
    - Mettre à jour les modalités favorisant le retour à la profession des retraités et l'utilisation du plein champ de compétences des professionnels de la santé.

Le dépistage

Pour lutter contre la COVID-19, il importe de pouvoir identifier rapidement les nouvelles infections afin de prendre les mesures requises pour limiter la transmission dans la population. Pour ceci, il est essentiel d'offrir un test aux bonnes personnes, aux bons endroits et aux bons moments, et d'en obtenir les résultats dans les plus brefs délais.

Au cours de la première vague, plusieurs difficultés ont affecté la performance du réseau en matière de dépistage. Ces difficultés ont touché toutes les étapes du processus, de la prise de rendez-vous à la confirmation du résultat, occasionnant des délais déraisonnables et possiblement des isolements non pertinents.

La pression sur ce processus pendant la première vague a mis en évidence la complexité de la gouvernance de celui-ci, où la chaîne de collaboration entre plusieurs parties prenantes n'était pas clairement définie.

La stratégie

Outre l'application des mesures de distanciation, d'hygiène respiratoire et des mains et de port de l'équipement de protection individuelle, les autorités de santé publique recommandent à l'unanimité l'utilisation réfléchie et efficiente des tests en laboratoire pour identifier les personnes atteintes de la COVID-19. Il s'agit de l'une des principales stratégies de santé publique pour contrôler la pandémie.

Pour ceci, les autorités provinciales émettent des balises et priorités pour l'ensemble du territoire permettant l'identification rapide des cas, la prévention de la transmission dans les milieux et la communauté, et l'utilisation judicieuse de la capacité du réseau. Chaque direction régionale de santé publique peut ajouter à ces balises des critères spécifiques au contexte de son territoire, toujours pour cibler les situations à risque d'éclosion.

Cette stratégie est établie sur la base des connaissances et de la situation épidémiologique en vigueur, et évolue en fonction de ces dernières. Plusieurs facteurs sont évalués pour déterminer les priorités de dépistage, notamment :

- La présence ou non de symptômes suggestifs de la COVID-19;
- La vulnérabilité de la personne (âge, immunosuppression, etc.);
- Les contacts avec un cas confirmé ou suspecté;
- Les milieux et les risques associés (hébergement, industries, refuges, milieux carcéraux, etc.);
- La nécessité de recevoir des soins médicaux (chirurgie, obstétrique, etc.);
- La présence d'une éclosion dans un milieu ou une communauté.

Le ministère identifie de plus pour chaque région, selon la situation épidémiologique, des cibles de tests à effectuer, à une fréquence déterminée, et la reddition de comptes attendue pour permettre le suivi de la situation dans l'ensemble du Québec. Ce suivi a été laborieux depuis le début de la crise, l'information étant difficilement accessible et de qualité inégale, principalement à cause du manque de systèmes informatiques adéquats et de standards provinciaux pour l'opérationnalisation des orientations.

Des changements à la stratégie de dépistage sont nécessaires afin de prioriser les actions du réseau en fonction de l'évolution de la pandémie dans le but d'adapter les services rendus à la population et

surtout de mieux contrôler la propagation du virus. Cette agilité organisationnelle n'est toutefois pas naturelle pour le système de santé québécois, qui est procédural, administratif, et où la culture hiérarchique est profondément ancrée.

Un processus à optimiser

Le processus de dépistage de la COVID-19 implique la participation de multiples intervenants, provenant de secteurs distincts pour chaque étape, allant du pré-triage, à la prise de rendez-vous, au prélèvement, à l'analyse en laboratoire et à la confirmation du résultat. Chaque étape de ce processus entraîne des enjeux de coordination et des délais ayant des impacts importants sur les citoyens qui s'isolent afin de ne pas contaminer autrui. Aussi, ces délais peuvent alourdir la tâche d'identification des contacts par les équipes de santé publique puisqu'une personne en attente d'un résultat a plus de chances de contaminer autrui pendant ce temps, selon le respect des consignes sanitaires. La somme de toutes ces étapes exige un meilleur effort de coordination pour éviter que le processus actuel soit mis sous tension si la prochaine vague était de plus grande envergure.

La capacité

Le déploiement des cliniques désignées de dépistage a rapidement été confronté à des enjeux de ressources humaines. Initialement, seules les infirmières, les infirmières auxiliaires et les inhalothérapeutes étaient autorisées à effectuer le prélèvement nasopharyngé, requis pour le test de la COVID-19. Ces ressources étant hautement sollicitées pour les autres soins à donner pendant la pandémie, il n'était pas possible d'augmenter l'offre de rendez-vous en fonction de la demande à partir de ce seul bassin de ressources. Le ministère a agi, avec la collaboration des ordres professionnels, pour étendre cette autorisation à d'autres professionnels de la santé, ce qui a contribué à améliorer la situation. Cependant, les récentes difficultés éprouvées avec les files d'attente aux sites de prélèvements dans la région de Montréal démontrent que beaucoup reste à faire pour s'assurer que le réseau puisse s'adapter rapidement à une hausse des besoins en cas d'éclosions.

Aussi, un nombre insuffisant de laboratoires ont été affectés aux analyses COVID-19 en début de crise, ce qui est principalement dû au peu de connaissances sur le taux de contagion du virus, engendrant une accumulation de plus de 15 000 tests en attente d'analyse au 27 mars. Quoique des améliorations aient rapidement été apportées pour résorber cette attente et que la capacité provinciale d'analyses soit aujourd'hui de 35 000 tests, le personnel œuvrant dans ces installations a été mis sous pression tout au long de la crise afin de pallier une organisation du travail caractérisée par de multiples saisies d'informations dans différents systèmes informatiques. La performance des laboratoires a ainsi été limitée par la capacité humaine, surchargée par des tâches sans valeur ajoutée. De plus, des délais ont affecté la transmission des résultats des laboratoires vers les directions de santé publique. Pour ces raisons, la production hebdomadaire n'a jamais dépassé 75 % de la capacité d'analyses théorique provinciale.

PLAN D'ACTION

Objectifs :

- Identifier rapidement les personnes ayant contracté le virus et celles avec qui elles sont entrées en contact pendant la période de contagion;
- Permettre une organisation des services favorisant une réponse agile, adaptée aux besoins de la population et du système de santé.

Actions :

1. Diffuser auprès du réseau les priorités de dépistage à appliquer à l'échelle du Québec :
    - Identifier les groupes prioritaires visés (ex. : travailleurs de la santé en contact direct avec la clientèle aînée, travailleurs étrangers temporaires agricoles, main-d'œuvre indépendante en santé, centres de prélèvements, selon les régions, clientèles vulnérables et lieux à risque);
    - Cibler, sur la base des données épidémiologiques, les milieux ou les populations vulnérables qui doivent faire l'objet d'un dépistage de façon prioritaire ou périodique;
    - Déterminer, pour chaque groupe prioritaire, une cible de volumétrie et un calendrier de dépistage par région;
    - Assurer le suivi du volume de dépistage effectivement réalisé par une reddition de comptes régulière.
2. Maintenir une capacité de prélèvements pouvant s'adapter à l'évolution de la situation épidémiologique et aux besoins de dépistage qui en découlent :
    - Émettre une directive aux établissements afin de demander la mise en place d'une offre de dépistage avec et sans rendez-vous;
    - Bonifier le bassin de professionnels de la santé autorisés à effectuer des prélèvements par la publication d'arrêtés ministériels élargissant temporairement le champ de compétences de certains corps d'emploi;
    - Constituer une réserve d'écouvillons équivalant à 4 à 6 mois de consommation en période de pandémie;
    - Procéder à l'acquisition d'automates visant à augmenter la capacité d'analyses en laboratoire tout en réduisant l'impact sur les ressources humaines. L'augmentation de la capacité est dépendante du nombre d'automates que le Québec sera en mesure d'acquérir;
    - Collaborer avec les ordres professionnels afin de permettre à d'autres professions de pouvoir contribuer à la vaccination de la population.
3. Réviser les processus et standardiser certaines pratiques dans le but de réduire les délais sur l'ensemble du continuum de services en dépistage et en améliorer l'accessibilité :
    - Mettre en place un comité de coordination de la stratégie de dépistage;
    - Cartographier le processus de dépistage, en effectuer la mesure et analyser sa performance;
    - Clarifier la gouvernance du processus;
    - Mettre en œuvre un processus de collecte d'informations pour soutenir l'amélioration continue;
    - Identifier et mettre en œuvre les améliorations requises.

4. Améliorer la gouvernance et la performance du processus par le déploiement d'outils informatiques et de gestion :

- Intégrer les données issues du suivi des contacts de cas confirmés dans l'outil de gestion des données épidémiologiques;
- Mettre en place la déclaration électronique d'un résultat positif de COVID-19 par les laboratoires aux directions de santé publique;
- Mettre en place la déclaration électronique des cas cliniques de COVID-19 par les médecins aux directions de santé publique;
- Arrimer les sources d'informations de différents partenaires pour faciliter la production de rapports de gestion.

La prévention et la gestion des éclosions

L'expérience de la première vague témoigne de lacunes dans la capacité d'intervention des établissements afin d'assurer une gestion efficace des éclosions. L'ampleur de la pandémie et le lieu principal de propagation du virus dans les milieux de vie pour aînés ont mis au jour plusieurs vulnérabilités, notamment le manque de ressources spécialisées en la matière tant sur le plan de la santé publique que sur celui de la prévention et du contrôle des infections. Les équipes en place ont vite été dépassées par les événements.

Prévention et contrôle des infections

Connaissances et compétences

L'application efficace de mesures de prévention et de contrôle des infections repose d'abord sur la connaissance des principes de base en prévention et contrôle des infections. Or, le niveau de connaissances insuffisant de plusieurs membres du personnel en la matière a été un facteur important ayant contribué à l'apparition d'éclosions autant chez les résidents que le personnel.

De plus, la main-d'œuvre spécialisée en prévention et contrôle des infections est en nombre limité au Québec. La multiplicité des foyers d'éclosion dans divers sites a provoqué des délais d'intervention dans l'application de mesures efficaces pour contrôler les éclosions. Bien que les établissements soient intervenus pour soutenir les milieux aux prises avec des éclosions, la hauteur de la propagation du virus ne permettait pas une gestion optimale ni une prise de contrôle efficace de la situation.

Discipline et organisation

L'application de règles en matière de prévention et de contrôle des infections repose sur la sensibilisation, la formation, la discipline et l'organisation. Le niveau de formation et de sensibilisation des employés œuvrant dans les milieux de vie s'est vite avéré insuffisant pour faire face à une pandémie de cette ampleur dans les milieux de vie pour aînés. L'absence de mécanisme pour s'assurer du respect des règles de base en prévention et contrôle des infections a occasionné des bris de sécurité importants dans la transmission du virus. Cette situation a également été exacerbée par le fort roulement de personnel et l'introduction de nouveaux employés peu qualifiés, appelés en renfort pour remplacer ceux qui étaient atteints par la COVID-19 ou qui désertaient des foyers d'éclosion.

Le climat de désorganisation qui s'est installé dans certains milieux de vie pour aînés était peu propice à l'application stricte et rigoureuse des règles de prévention et de contrôle des infections. Le manque de connaissances, la charge de travail importante, l'absence de gouvernance claire, le roulement de personnel et le manque de discipline ont vite rattrapé les autorités.

Plan d'action spécifique

La première vague de la pandémie indique donc qu'il est impératif d'augmenter les actions en matière de prévention et de contrôle des infections.

Un plan d'action spécifique a été développé à cette fin dans le courant du mois de mai et est présentement mis en œuvre. Il vise notamment à renforcer les pratiques par certaines initiatives, entre autres :

- Par la création ou le rehaussement d'équipes d'intervention en prévention et contrôle des infections;
- Par l'instauration de champions en prévention et contrôle des infections pour chaque quart de travail dans les milieux relevant du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires privés.

Le plan vise la formation de plus de 15 000 personnes aux principes fondamentaux de la prévention et du contrôle des infections.

Gouvernance en prévention et contrôle des infections

La première vague de la pandémie nous indique également des lacunes dans la gouvernance de la prévention et du contrôle des infections dans les établissements de santé et de services sociaux. Les modèles d'application diffèrent d'un établissement à l'autre et la chaîne d'autorité reste difficile à identifier, de sorte que l'autorité et l'imputabilité quant à la mise en œuvre des meilleures pratiques sont difficilement identifiables. En prévision d'une prochaine vague de contagion, les interventions en prévention et contrôle des infections doivent bénéficier d'une organisation structurée et d'une chaîne de commandement claire pour guider les interventions dans les différents milieux.

La vigie et le contrôle des éclosions

La vigie sanitaire est la fonction de santé publique qui vise à obtenir l'information de gestion permettant d'identifier les risques qui requièrent une intervention. Ceci, pour investiguer rapidement les cas soupçonnés, identifier les contacts, déterminer la présence d'une éclosion et, le cas échéant, mettre en place les mesures nécessaires.

Pour être efficace, cette action de vigie doit pouvoir s'appuyer sur des données fiables et surtout disponibles rapidement, puisque plus les interventions se font tôt, plus le contrôle des éclosions est facilité. Les équipes de santé publique doivent aussi bénéficier d'outils leur permettant de réaliser les enquêtes épidémiologiques, soit le suivi des cas, de leurs contacts et des symptômes de ces personnes. Or, de façon générale, le réseau de santé publique du Québec ne dispose que de peu d'outils informatiques fournissant des données en temps réel. Plusieurs établissements ont développé des systèmes d'information pour leur région, et dans plusieurs cas, la mise en commun de données régionales est complexe ou impossible.

Vu le bassin limité d'experts en santé publique au Québec, le contexte des derniers mois a mis une forte pression sur les ressources de ces équipes spécialisées. Il est primordial de remédier à certaines de ces lacunes et de faciliter l'accès aux informations stratégiques permettant aux directions de santé publique d'intervenir rapidement lorsqu'une menace est identifiée. Il est aussi essentiel de doter ce secteur d'outils performants afin de soutenir leurs travaux des prochains mois dans cette nouvelle réalité où la COVID-19 est en circulation dans la communauté et à travers le monde.

Pour effectuer une vigie sanitaire efficiente lors d'une prochaine vague, les autorités de santé publique se basent sur les principes suivants :

- Le maintien d'une vigie proactive de certains milieux identifiés (ex. : écoles), combinée aux stratégies de dépistage provinciales et régionales;
- L'optimisation des efforts et des délais par la mise en place d'outils de cueillette et de gestion de l'information intégrés soutenant la prise de décision en santé publique;
- L'intervention rapide lorsqu'une menace est identifiée;
- Un suivi rigoureux des cas et de leurs contacts;
- L'élaboration d'une stratégie de dépistage adaptée au profil épidémiologique de chaque éclosion afin d'en assurer un contrôle optimal;
- Une stratégie ciblée de gradation des mesures de contrôle d'une éclosion, selon le portrait épidémiologique de celle-ci.

PLAN D'ACTION

Objectifs :

- Améliorer les pratiques en matière de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de santé et de services sociaux;
- Optimiser la collecte et le partage d'informations pour soutenir la prise de décision en santé publique et la rapidité d'intervention;
- Bonifier la capacité des équipes de santé publique à poursuivre leur mandat pendant la crise.

Actions :

1. Former et sensibiliser le personnel de la santé et des services sociaux à l'importance d'appliquer les mesures en prévention et contrôle des infections, et favoriser une meilleure gestion à cet égard dans les établissements :

    - Mettre en place une équipe d'intervention multidisciplinaire dédiée en prévention et contrôle des infections pour chaque établissement;
    - Déployer plus de 15 000 champions PCI dans les milieux non hospitaliers afin qu'ils agissent à titre de coach et d'agents multiplicateurs auprès de leurs pairs;
    - Déployer une campagne de sensibilisation massive destinée au personnel du réseau leur expliquant l'importance d'une application rigoureuse des mesures de prévention et de contrôle des infections;
    - Préparer un guide de gestion des éclosions pour l'ensemble des milieux;
    - Identifier un gestionnaire responsable de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de santé et de services sociaux.

2. Optimiser les processus de gestion des éclosions par le déploiement d'outils et l'ajout de ressources humaines :

    - Intégrer les données issues du suivi des contacts de cas confirmés dans l'outil de gestion des données épidémiologiques;
    - Mettre sur pied des systèmes d'alerte précoce pour détecter rapidement les éclosions potentielles (*monitoring* de l'absentéisme dans les écoles, programme de surveillance dans les milieux de soins);
    - Implanter un tableau de bord pour le suivi des éclosions;
    - Élaborer une stratégie de gradation des mesures selon des paliers d'alerte locaux;
    - Mettre sur pied une réserve de main-d'œuvre pour soutenir, au besoin, les équipes de santé publique dans les enquêtes et interventions sur leur territoire;
    - Rehausser la capacité du réseau de santé publique pour composer avec la charge additionnelle générée par la pandémie et le suivi à long terme d'une nouvelle maladie infectieuse;
    - Informatiser le processus de déclaration des décès.

3. Planifier les actions en santé publique et soutenir les partenaires :

    - Poursuivre la conception et la diffusion de guides, d'outils ou de documents destinés aux partenaires afin qu'ils puissent déployer les interventions dans leurs secteurs d'activité;
    - Intensifier les échanges avec les directions régionales de santé publique et leurs partenaires.

L’organisation clinique

L’organisation clinique et les services ont fait l’objet de transformations majeures et rapides dès le déclenchement de la pandémie. Il faut maintenant les adapter à la perspective d’une présence soutenue du virus dans la communauté. Il faut en ce sens s’assurer du maintien d’une offre de services continue afin d’atténuer l’impact d’une prochaine vague sur les services rendus et la santé des Québécois.

Les premiers enseignements de la pandémie

Lors du déclenchement de la pandémie, le Québec a procédé sans délai à une réorganisation des activités du réseau de la santé et des services sociaux, afin d’être prêt à répondre à des besoins exceptionnels. Cette réorganisation s’est effectuée sur la base de connaissances très limitées sur l’épidémiologie du virus, la maladie qu’il cause et les traitements à appliquer. Vu la rapidité de l’évolution de la situation, la préparation s’est d’abord appuyée sur les informations partagées par la communauté médicale internationale. Elle a aussi reposé sur les connaissances et pratiques développées pour la prévention et le traitement d’autres maladies infectieuses, dont le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), lui aussi un coronavirus.

On doit rappeler qu’à ce moment, les expériences partagées par les pays d’abord affectés par le virus portaient principalement sur la tragédie entourant la sursaturation des hôpitaux et l’arbitrage que devaient faire des professionnels de la santé pour prioriser les patients qui seraient traités.

On peut aujourd’hui conclure que ceci a mené au Québec à une concentration des efforts de préparation dans les milieux hospitaliers et qu’un équilibre aurait dû être apporté pour préparer adéquatement les autres types de milieux, notamment en ce qui concerne le renforcement des mesures de prévention et de contrôle des infections, la libération de lits et l’organisation des soins.

Parce qu’il importe de tirer des leçons importantes de ces constats, la préparation de l’organisation et de la trajectoire de soins lors d’une éventuelle deuxième vague est une priorité.

Le maintien du volume et de la capacité des soins

Durant la première vague d'éclosion, face à un virus encore peu connu et une maladie pour laquelle aucun traitement n'était identifié, les autorités de santé publique à travers le monde et au Québec ont convenu de mettre en place des mesures de confinement étendues et généralisées. Ceci a forcé un délestage massif d'activités médicales pour limiter les risques que la maladie se propage dans les hôpitaux et contamine des patients dont l'état de santé est déjà précaire.

Les conséquences de ce délestage massif se feront ressentir pendant plusieurs mois. Entre autres, au 30 juillet, le réseau de la santé avait effectué environ 91 000 chirurgies électives de moins qu'à pareille date l'année précédente. Ceci aura des répercussions sur les délais d'attente pour ces services pour les mois à venir. Aussi, les suivis médicaux réguliers ayant été suspendus, certaines problématiques de santé non diagnostiquées au début de la crise n'auront pu bénéficier d'une prise en charge précoce.

À ceci s'ajoute l'impact d'une prochaine vague de COVID-19 et du ralentissement qui en découlera certainement. Afin de limiter les impacts à long terme de la crise sanitaire sur l'organisation des services de santé physique, il est impératif de moduler de façon plus précise le délestage d'activités lors d'une prochaine vague de contagion. Il faudra de nouveau assurer le suivi des différentes maladies et plus largement des problématiques de santé de la population en plus d'évaluer en continu la stratégie de résorption du retard accumulé, selon l'évolution de la situation.

Le maintien du volume et de la capacité des soins passe notamment par une bonne définition du concept de marge de manœuvre que les établissements doivent conserver pour faire face aux volumes supplémentaires liés à la gestion de la pandémie. La gestion des listes d'attente en chirurgie et dans les secteurs diagnostics (imagerie, endoscopie, pathologie) représente un défi particulier. La situation a évolué de façon positive en matière de capacité pour le dépistage, de réserves d'ÉPI et de réserves de médicaments anesthésiques, ce qui permettra le maintien de l'accès aux services à un niveau plus élevé que lors de la première vague. De plus, les diminutions d'activités seront plus régionalisées et ciblées afin de balancer les besoins des patients atteints de COVID-19 et des patients ayant d'autres conditions de santé.

La capacité de lits et les sites non traditionnels

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière un enjeu de prévention et de contrôle des infections lié à la présence de chambres doubles ou multiples dans les CHSLD, les centres de réadaptation et les centres hospitaliers. Ce constat oblige le ministère à réévaluer le recours à ces chambres dans plusieurs milieux pour limiter les risques de contagion. Ceci aura pour impact de diminuer la disponibilité habituelle de lits dans le réseau, nécessitant la mise en place de solutions alternatives dans un contexte de besoins accrus.

De plus, on a constaté en première vague une augmentation de la durée moyenne de séjour en milieu hospitalier, notamment en raison du long rétablissement de plusieurs patients atteints de la COVID-19 et de la diminution des transferts de patients dans plusieurs milieux de vie pour aînés.

En première vague, des sites non traditionnels ont dû être mis en place pour donner des soins sécuritaires et adaptés à certains besoins, entre autres pour des soins post aigus et palliatifs pour

lesquels le soutien à domicile n'était pas disponible. L'ouverture de ces sites a permis d'augmenter la capacité d'accueil du réseau et d'éviter des situations de surcapacité dans les hôpitaux.

Les modèles de sites non traditionnels déployés par chaque établissement, quoiqu'adaptés aux besoins locaux, variaient d'une région à l'autre, ce qui a complexifié la gestion de ce modèle au point de vue administratif et logistique. Toutefois, avec quelques ajustements, l'expérience acquise en première vague permet de conclure que cette solution flexible est facilitante pour répondre aux besoins de lits en période de crise sanitaire.

PLAN D'ACTION

Objectifs :

- Le maintien d'une offre de services optimale et sécuritaire dans le contexte de la nouvelle réalité imposée par la présence de la COVID-19 ;
- Minimiser les impacts de la COVID-19 sur les services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Actions :

1. Maintenir une offre de services optimale en chirurgie, en endoscopie et en imagerie médicale :
    - Déterminer les conditions d'utilisation des services des cliniques médicales spécialisées en chirurgie et en endoscopie et des laboratoires d'imagerie médicale;
    - Établir les cibles de délestage selon la zone d'éclosion du virus;
    - Moduler la réservation des lits (incluant les soins intensifs) selon la zone d'éclosion ou la zone de deuxième vague.
2. Assurer la capacité hospitalière dans le respect des pratiques recommandées en prévention et contrôle des infections :
    - Établir des orientations sur la mise en place des zones chaude, tiède et froide, et sur l'impact de la réduction de l'utilisation des chambres multiples;
    - Planifier la mise en place et l'utilisation des sites non traditionnels (ex. : hôtels) pour répondre à certains besoins d'hébergement;
    - Mettre en place les actions visant à assurer une capacité hospitalière adéquate pour l'automne-hiver 2020;
    - Déployer et construire des unités modulaires et autres solutions immobilières dans certaines régions afin de pallier la diminution de la capacité de lits.

L’approvisionnement

La portée planétaire de la pandémie et de la crise sanitaire qui en découle ainsi que l’ampleur et la spécificité des besoins qu’elle entraîne ont complètement transformé les structures et les conventions existantes dans le domaine de l’approvisionnement médical, tant pour ce qui est des équipements de protection individuelle, des équipements médicaux que des médicaments.

Quoique l’approvisionnement en équipements de protection individuelle – dont les masques – et en médicaments ait été un enjeu majeur dans les derniers mois, les différents problèmes rencontrés lors du déclenchement de la pandémie ont pu être graduellement réglés. Comme la pandémie fait toujours rage à travers le monde, la demande mondiale pour certains produits se maintient à des niveaux inégalés. La compétitivité du marché force les États à innover afin de sécuriser l’approvisionnement stratégique de certains produits et répondre aux besoins de leur population.

Les équipements de protection individuelle

Le contexte de l’approvisionnement en équipements de protection individuelle a été largement médiatisé pendant la première vague. Alors qu’une surenchère internationale battait son plein, beaucoup d’incertitudes se sont installées dans les chaînes d’approvisionnement, habituellement très fiables, structurées et axées sur une gestion de type « juste à temps ».

Le ministère avait anticipé une hausse très importante de l’utilisation d’équipements. La consommation réelle au plus fort de la crise a toutefois dépassé largement les prévisions. À ce moment, l’utilisation d’équipements dans le réseau a représenté près de douze fois le volume habituel d’utilisation, ce qui a fait diminuer les stocks à des niveaux critiques à quelques reprises.

Cette situation a obligé l’imposition d’une structure rigoureuse de contrôle et de suivi de l’utilisation des équipements dans le réseau afin d’éviter une pénurie d’équipements essentiels à certaines activités médicales. Cette gestion serrée a généré de l’inquiétude chez le personnel, préoccupé, à juste titre, par l’accès en quantités suffisantes aux équipements adéquats pour assurer leur protection et celle des patients, menant certains membres à s’absenter par crainte pour leur propre santé ou celle d’un proche.

Un travail colossal fut accompli afin d’éviter un manque de matériel essentiel. Bien que les différentes mesures mises en place au cours de la première vague aient permis de régulariser l’approvisionnement, la demande mondiale pour certains produits se maintient toujours à des niveaux inégalés. Quoique le Québec ait grandement renforci sa chaîne d’approvisionnement dans les derniers mois par la diversification de son réseau de fournisseurs et de distributeurs fiables, le ministère surveille étroitement la situation.

S’impose aujourd’hui la nécessité de sécuriser de façon pérenne l’approvisionnement de produits stratégiques et d’augmenter les réserves en prévision d’une prochaine vague. Pour ce faire, le gouvernement du Québec a d’abord voulu diversifier ses fournisseurs fiables et la provenance des produits dans le monde. Surtout, il a priorisé le soutien au développement d’entreprises québécoises afin que soient fabriqués localement certains produits stratégiques, notamment des masques N95, des blouses lavables et des visières.

Les médicaments

Des constats similaires sont applicables à l'approvisionnement en écouvillons et en médicaments, avec une particularité importante liée à la variation significative de la demande internationale pour certains médicaments, souvent liée à des résultats préliminaires de recherches présentant des effets potentiellement bénéfiques pour le traitement de la COVID-19. Le ministère a effectué une vigie soutenue du marché pour réagir rapidement, lorsque requis, afin de sécuriser les volumes de médicaments nécessaires au traitement de certaines conditions médicales non liées à la COVID-19.

De plus, la concentration élevée de la demande internationale pour les médicaments critiques requis pour la prise en charge de patients aux soins intensifs et en chirurgie a mis beaucoup de pression sur l'approvisionnement de ces produits, disponibles auprès d'un nombre limité de fabricants. Le nombre important de patients atteints de la COVID-19, et surtout leur séjour prolongé aux soins intensifs, a engendré une consommation très largement supérieure à la normale de ces médicaments contrôlés. L'arrivée soudaine et en nombre élevé de ces patients a eu pour effet de diminuer rapidement l'inventaire habituellement détenu dans les centres hospitaliers.

PLAN D'ACTION

Objectifs :

- Sécuriser l'approvisionnement en médicaments et en équipements de protection individuelle;
- Constituer, d'ici décembre, une réserve d'équipements de protection et d'écouvillons équivalant à 4 à 6 mois de consommation en période de crise sanitaire;
- Rehausser les inventaires en médicaments dans les départements de pharmacie à 90 jours d'activités pour les médicaments critiques.

Actions :

1. Assurer l'approvisionnement en équipements de protection individuelle :
    - Conclure des ententes avec des entreprises québécoises pour la fabrication de produits stratégiques, tels que des masques N95, des masques de procédure, des visières et des blouses lavables;
    - Compléter les commandes auprès de fournisseurs et distributeurs variés afin de constituer la réserve provinciale;
    - Augmenter la capacité d'entreposage pour la réserve provinciale.
2. Sécuriser l'approvisionnement en médicaments critiques dans les établissements de santé et de services sociaux :
    - Faire un appel d'offres sur invitation pour l'achat des médicaments nécessaires à la constitution de la réserve;
    - Rehausser les inventaires dans les départements de pharmacie des centres hospitaliers;
    - Constituer une réserve de surcapacité de médicaments critiques chez les grossistes en médicaments sous contrat avec les établissements de santé et de services sociaux.

La gouvernance

Plusieurs problèmes de gouvernance ont nui à une réponse efficace lors de la première vague de la COVID-19. Les difficultés ont principalement résidé dans le manque de consultations préalables à la prise de décision, quoique nécessaire en situation de crise, rendant parfois difficile l'application des directives sur le terrain, particulièrement dans les régions. De plus, des problèmes occasionnels de cohérence entre les orientations préconisées à l'échelle nationale et régionale ont été vécus. Il apparaît également nécessaire que le ministère joue un rôle plus important en cas de divergences de points de vue entre les divers joueurs interpellés par une problématique, afin de trancher rapidement et d'éviter les pertes de temps. Bref, une gouvernance plus intégrée, avec la santé publique au cœur de celle-ci, doit être instaurée pour une gestion efficace de la crise sanitaire.

Il faut souligner que le système de santé québécois est structuré d'une façon qui rend difficile l'agilité et la proactivité, étant caractérisé par plusieurs lois et règlements.

Le rôle de la santé publique

La pandémie a démontré la nécessité de réfléchir à la gouvernance en santé publique dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, et plus largement dans l'ensemble de l'appareil gouvernemental. En conformité avec les pouvoirs et obligations découlant de leurs fonctions en vertu de la *Loi sur la santé publique* et du décret déclarant l'état d'urgence sanitaire, les autorités de santé publique sont rapidement devenues la référence principale en matière de choix gouvernementaux. On doit faire en sorte qu'elles conservent cette autorité et cette responsabilité pendant la gestion de la crise sanitaire et que cette gouvernance puisse s'appuyer sur une agilité organisationnelle où les rôles et les responsabilités de chacun sont clairement définis.

La région de Montréal

Une attention particulière doit être portée à la région de Montréal, qui a vécu différents enjeux directement liés à la complexité de sa structure. Ceux-ci, largement documentés dans le rapport « 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 »[5], ont complexifié différentes opérations, notamment celles en lien avec le partage des responsabilités et des effectifs. Les recommandations formulées dans ce rapport ont directement inspiré le présent plan d'action.

Le partage des responsabilités et des ressources

Les dirigeants des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux montréalais ont salué les liens étroits entre la direction régionale de santé publique et leurs établissements. Ils ont cependant soulevé certaines problématiques quant au partage des responsabilités entre eux.

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 centres intégrés, qui est de déployer les efforts opérationnels requis

[5] https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002654/?&date=DESC&type=rapport&critere=type

pour l'atteinte de ces objectifs, incluant les activités de dépistage. Il semble y avoir eu confusion dans ces rôles par moments.

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.

Le niveau opérationnel

Au niveau opérationnel, les établissements ont mis en place des cellules de crise efficaces, permettant une adaptation rapide à des problématiques en constante évolution. On doit également souligner qu'il ressort des consultations une excellente collaboration entre les établissements montréalais, notamment pour le partage des ressources humaines.

Cependant, la coordination régionale semble avoir été affectée par une multiplicité de comités de coordination et de tables diverses qui ont complexifié considérablement l'arrimage entre les différents interlocuteurs et les structures, et ont affecté globalement la cohérence de certaines actions découlant des recommandations de la direction régionale de santé publique.

La communication avec les autorités politiques

Le territoire montréalais présente des caractéristiques qui lui sont propres, tant sur le plan de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux, avec une multitude d'établissements, que sur le plan de l'organisation municipale avec les autorités de la ville centre, des arrondissements et des municipalités non fusionnées.

Cette configuration complexifie les communications entre les autorités du réseau de la santé et des services sociaux et les autorités municipales en temps de pandémie. Les élus doivent pouvoir compter sur une structure leur donnant accès à de l'information cohérente leur permettant de répondre aux questions de leurs commettants. Il importe donc que les élus puissent profiter d'une instance régionale et d'instances locales pouvant répondre à leurs préoccupations.

Les informations stratégiques

Pendant la première vague, des enjeux critiques en matière d'information de gestion ont eu un impact important sur le ministère et sa capacité à appliquer une gestion agile de la crise.

Plusieurs éléments ont contribué à cette situation, notamment un système d'information de gestion limité en portée et archaïque, un manque d'informations stratégiques dans plusieurs secteurs ainsi qu'une information de qualité inégale et produite de manière inefficace. Finalement, des difficultés de consolidation des informations en provenance des établissements ont perduré.

L'approche gouvernementale de gestion de la pandémie fondée sur la transparence et la communication à la population a été confrontée à ces enjeux à plusieurs reprises dans les derniers mois. Les autorités ont dû justifier plusieurs incohérences et délais, difficilement acceptables à notre époque, par exemple pour expliquer des variations importantes dans le nombre de décès confirmés quotidiennement.

Ces incohérences ont pu jouer sur la perception d'une partie de la population quant à la transparence du gouvernement dans sa gestion de la crise sanitaire. Il est impératif d'apporter des améliorations importantes à l'information stratégique produite en soutien à une prise de décision de qualité et à une gestion publique transparente.

PLAN D'ACTION

Objectif :

- S'assurer de la cohérence des actions du réseau, notamment dans la région de Montréal, et de l'organisation optimale des services afin de répondre adéquatement aux besoins de la population.

Actions :

1. Instaurer une gouvernance claire et agile afin de mieux coordonner l'action du ministère, du réseau et des partenaires :
    - Accroître la consultation des directeurs régionaux de santé publique pendant la crise sanitaire, notamment par la Table nationale des directeurs régionaux de santé publique et par des échanges bilatéraux avec les directeurs des régions plus touchées;
    - Consulter sur une base régulière les établissements des régions concernées par des enjeux, mesures et directives spécifiques afin de s'assurer de l'adéquation des orientations ministérielles avec la réalité propre à leur territoire;
    - Assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations du rapport « Diagnostic sur la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie à Montréal »[6], particulièrement celles qui concernent les structures de coordination stratégique et tactique.
2. Assurer la disponibilité d'une information de gestion pertinente et de qualité :
    - Identifier les besoins d'information de gestion essentiels à une prise de décision efficace et optimale pour la gestion de la crise, les bonifier d'une analyse stratégique et les intégrer dans une seule source;
    - Implanter un nouvel outil pour la collecte des informations COVID-19 dans le réseau;
    - Identifier les informations critiques COVID-19 dont la qualité doit être améliorée (décès, contaminations, hospitalisations, etc.) et revoir les processus de génération de ces informations.

[6] https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002654/?&date=DESC&type=rapport&critere=type

Les communications

De nouvelles habitudes

L'application des consignes sanitaires en tout temps et en tout lieu constitue un moyen de faire sa part pour endiguer la propagation du virus. Les Québécois sont bien au fait des pratiques et des mesures à appliquer pour lutter contre la pandémie. Il existe en même temps un besoin légitime de socialisation, avec lequel on doit concilier. C'est en amont d'une éventuelle deuxième vague que l'on doit continuer de sensibiliser la population à l'importance d'appliquer ces mesures sanitaires, pour soi-même et pour les autres.

Des communications ciblées et adaptées

En situation de crise, les besoins d'information sont grands et partagés par l'ensemble de la population, mais ne sont pas nécessairement les mêmes pour tout le monde. Par exemple, une information peut être importante à un groupe de personnes précis, s'appliquer à un territoire circonscrit, ou encore devoir prendre une forme distincte pour pouvoir être comprise de personnes aux prises avec un handicap ou des limitations particulières.

Pour permettre une meilleure compréhension commune des différentes mesures mises en place, des communications ciblées et adaptées aux différents publics (anglophones, communautés autochtones, communautés ethnoculturelles, etc.) sont incontournables, et la diffusion de celles-ci doit reposer sur des mécanismes bien établis afin de se faire dans les meilleurs délais.

Une diffusion d'information concertée

Les besoins d'information de la population en temps de crise sont importants, et la quantité d'informations produites et diffusées l'est tout autant. La multiplicité à la fois des données et des sources, tout particulièrement sur le Web (ex. : Québec.ca, site du ministère, site de l'INSPQ, site de l'INESSS), contribue à augmenter les risques de divergences et à entraîner une perception de manque de concertation entre les partenaires concernés, voire à miner leur crédibilité, isolément (ministérielle ou institutionnelle) ou collectivement (gouvernementale).

La diffusion des directives ministérielles

Plus de 260 directives ont été émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux au cours de la première vague de l'épidémie. Ce haut volume d'informations et les différentes adaptations demandées étaient justifiés, afin de tenir compte de l'évolution des connaissances sur le virus, mais également pour s'adapter à des problématiques particulières visant la protection du public. Il est attendu, en situation de crise, que les processus habituels soient escamotés au profit de l'agilité.

Toutefois, cette grande quantité d'informations, dont la diffusion a été peu structurée, a entraîné de la confusion et de la frustration dans le réseau ainsi qu'une charge importante et des délais pour l'analyse et l'application de ces directives.

Il est évident que les mécanismes de préparation et de communication du réseau, tant ascendants que descendants, ne sont pas adaptés aux besoins d'une organisation aussi vaste et complexe que le système de santé québécois. Il est aussi clair que des solutions doivent être trouvées afin d'améliorer le modèle de communication et les mécanismes qui le soutiennent pour qu'il performe mieux en contexte de gestion de crise, tant au point de vue de l'agilité organisationnelle que de la cohérence. Par exemple, dans certains cas, les établissements ont appris les directives par le point de presse quotidien du gouvernement avant d'en prendre connaissance par les canaux formels. À ceci s'ajoutent des difficultés pour joindre et informer certaines catégories de personnes concernées par les directives ministérielles mais qui n'ont pas de lien d'emploi dans le réseau, telles que les proches aidants, les bénévoles, les milieux privés, etc.

Dans les derniers mois, des écarts entre les messages véhiculés sur la place publique par le personnel soignant ou leurs représentants et les autorités gouvernementales ont mené à la mise en place de la boîte courriel « onvousecoute@msss.gouv.qc.ca », signe de la préoccupation du gouvernement d'être à l'écoute du réseau et de considérer l'expérience dans les milieux dans sa prise de décision. Le recours à cette solution indique que les mécanismes de communication ascendants entre les multiples paliers du réseau ne sont pas propices à la circulation adéquate de l'information sur laquelle devrait s'appuyer la prise de décision et une gestion de crise proactive.

En préparation d'une prochaine vague de contagion, un nouveau modèle de communication des directives, mieux adapté aux besoins de l'organisation en contexte de crise, devra être déployé. L'objectif sera de rapprocher les auditoires de l'information leur étant destinée, ainsi que de simplifier et de structurer l'information pour contribuer à l'agilité du réseau et réduire les efforts consacrés à la gestion d'informations non pertinentes.

PLAN D'ACTION

Objectifs :

- Informer l'ensemble de la population de façon juste, efficace et cohérente;
- Informer les employés ou collaborateurs du réseau concernés par une directive de façon claire et en temps opportun.

Actions :

1. Informer la population des habitudes recommandées pour prévenir la transmission du virus :
    - Poursuivre la campagne de communication gouvernementale sociétale en l'adaptant aux différents publics pour favoriser l'adoption des bons comportements et de nouvelles habitudes.
2. Diffuser des communications ciblées et adaptées aux différents publics :
    - Élaborer et déployer des plans de communication permettant de joindre l'ensemble des Québécois selon les sujets d'intérêt de chacun;
    - Conclure des ententes pour l'adaptation spécialisée de certains messages (ex. : traduction, interprétation en langue signée, etc.);
    - Concevoir un outil numérique permettant d'illustrer les niveaux d'alerte des différentes régions sociosanitaires du Québec.
3. Assurer la cohérence de l'information diffusée sur le Web :
    - Convenir avec les partenaires des responsabilités de chacun en matière de diffusion de l'information;
    - Établir une séquence commune pour la mise en ligne d'informations;
    - Convenir d'un processus de partage de l'information entre les partenaires, incluant tout changement à la séquence et autres initiatives de diffusion;
4. Communiquer les directives ministérielles de manière intégrée et cohérente :
    - Identifier les personnes et groupes d'individus concernés par les informations contenues dans les directives ministérielles;
    - Convenir d'un mécanisme efficient de communication interne en situation de crise, tant pour les communications vers le réseau que vers le ministère;
    - S'assurer d'une diffusion proactive des informations lorsqu'applicable;
    - Déterminer un processus de mise à jour des informations qui assure une cohérence intersectorielle et en facilite l'application.

CONCLUSION

La pandémie de la COVID-19 qui afflige le monde entier est un événement exceptionnel représentant un défi considérable pour tous les gouvernements. Des mesures importantes doivent être mises en place afin de protéger la population et soigner les personnes affectées dans un contexte où les systèmes de santé sont déjà hautement sollicités en temps normal.

L'absence de vaccin, la présence soutenue du virus dans la communauté ainsi que la possibilité d'une deuxième vague sont autant de facteurs ayant incité le ministère de la Santé et des Services sociaux à tirer des leçons de la première vague de la pandémie, à établir un plan d'action afin d'adapter le système de santé et de services sociaux québécois à cette nouvelle réalité et à préparer les correctifs nécessaires afin d'affronter cette éventuelle deuxième vague.

Il ne fait aucun doute que les aînés ont été les plus touchés au cours de la première vague de la pandémie, alors que plus de 91 % des personnes décédées de cette maladie étaient âgées de 70 ans et plus. Il est également clair que la capacité d'intervention du réseau dans certains milieux de vie pour aînés, en particulier dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée, a connu des ratés importants alors que la majorité des décès y ont été constatés. Cet état de fait témoigne de plusieurs difficultés rencontrées lors de la première vague et affectant la capacité du réseau à répondre adéquatement à l'évolution de la situation dans ces milieux.

Sans avoir la prétention de régler l'ensemble des problèmes systémiques du réseau de la santé et des services sociaux québécois, qui nécessiteront des travaux sur plusieurs années, le présent plan d'action vise à répondre à des problèmes précis, survenus au cours des derniers mois, en déployant d'ici la fin du mois de septembre des actions qui prennent en compte la capacité actuelle du réseau.

Ce plan se veut donc évolutif et sa mise en œuvre fera l'objet d'un suivi étroit, permettant d'apprécier l'état de préparation du réseau. Il sera accompagné d'autres gestes, déterminés en collaboration avec les partenaires, qui prendront aussi en considération les conclusions d'enquêtes en cours menées par différentes instances. Nous souhaitons que les mesures adoptées dans ce plan d'action contribuent à adapter notre réponse à la nouvelle réalité sanitaire à laquelle nous devons faire face et à en limiter les impacts sur la population, en particulier sur les plus vulnérables de notre société.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation

20-210-257W

Santé
et Services sociaux
Québec