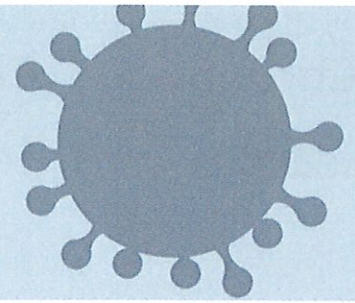


# Coronavirus (COVID-19)



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

Constats et recommandations

23 juillet 2020

# Coronavirus (COVID-19)

Québec, le 23 juillet 2020

Monsieur Christian Dubé  
Ministre de la Santé et des Services sociaux  
Édifice Catherine-De Longpré  
1075, chemin Sainte-Foy  
15e étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

Conformément au mandat qui m'avait été confié par votre prédécesseure, madame Danièle McCann, comme administratrice d'État avant ma nomination à titre de sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, nous vous transmettons le rapport faisant un 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.

Ce rapport est le fruit de nombreuses consultations et nous sommes confiants que les constats et recommandations qui y sont formulés feront, dans leur ensemble, consensus auprès des intervenants concernés.

Soyez assuré qu'à titre de sous-ministre, je m'assurerai maintenant de leur mise en œuvre.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

*ORIGINAL SIGNÉ*

Dominique Savoie

c.c. Madame Marguerite Blais, ministre responsable des Aînés et des Proches aidants  
Monsieur Lionnel Carmant, ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux



## Table des matières

<b>1. Contexte</b>	4
1.1 Gouvernance de la santé publique au Québec	6
<b>2. Mandat</b>	8
<b>3. Résumé de la démarche</b>	10
<b>4. Diagnostic : constats et recommandations</b>	12
4.1 Préambule	12
4.2 Enjeux de gouvernance	13
4.3 Mobilisation de la Santé publique : stratégies de dépistage, enquêtes épidémiologiques et ressources	20
4.4 Soutien des milieux en difficulté	23
4.5 Prévention et contrôle des infections (PCI)	27
4.6 Autres éléments incontournables	30
<b>5. Conclusion et remerciements</b>	34
<b>Annexe 1 – Liste des personnes rencontrées dans le présent mandat</b>	35
<b>Annexe 2 – Liste des principaux documents consultés</b>	38
<b>Annexe 3 – Liste des recommandations</b>	41



## 1. Contexte

Au cours des derniers mois, le Québec a été durement touché par la pandémie de la COVID-19. En date du 18 juin 2020<sup>1</sup>, quelque 54 550 cas de personnes infectées avaient été officiellement confirmés, dont 5 375 qui en sont décédées. À Montréal seulement, on comptait, à la même date, 26 937 cas confirmés et 3 298 décès. De ce nombre, environ 84 % ont eu lieu en CHSLD ou en résidence privée pour aînés.

### LA PANDÉMIE DANS L'AGGLOMÉRATION DE MONTRÉAL QUELQUES DONNÉES (EN DATE DU 18 JUIN 2020)

- **Taux de cas pour 100 000 habitants : 1 301**  
(le plus élevé au Québec)
- **Pourcentage des cas québécois concentrés sur le territoire de l'agglomération : 54,9%**  
(l'agglomération de Montréal représente 24,2% de la population du Québec)
- **Taux de mortalité pour 1 M d'habitants : 959 décès**  
(comparativement à Toronto avec 339 décès ou Boston avec 1 113 décès)
- **Taux de décès (COVID) survenus en CHSLD ou résidence privée pour aînés : 84 %**  
(comparativement à 76% en Montérégie et 85% à Laval)

Source : Observatoire Grand Montréal; *Covid-19 sur le territoire de la CMM*, Bulletin du 19 juin 2020; [https://cmm.qc.ca/wp-content/uploads/2020/06/Bulletin\\_COVID\\_Observatoire\\_19juin.pdf](https://cmm.qc.ca/wp-content/uploads/2020/06/Bulletin_COVID_Observatoire_19juin.pdf)

Nul doute que les experts savent expliquer l'impact des facteurs démographiques, sociaux et économiques propres aux régions métropolitaines sur la propagation d'un virus comme celui de la COVID-19. Cela étant, la concentration des cas et des décès à Montréal suscite également des questions sur la façon dont a été gérée la crise sur le territoire, sur les facteurs qui ont contribué à la lourdeur du bilan et sur les améliorations qui pourraient être apportées aux façons de faire. Ces questionnements sont d'autant plus légitimes dans la perspective de l'arrivée possible d'une deuxième vague de la pandémie.

Il y a en effet lieu de comprendre si la gouvernance, l'organisation, la coordination et la prestation des services de santé et des services sociaux, particulièrement les services de santé publique, ont été adaptées à la situation de crise et au contexte d'urgence sanitaire en vigueur. Sans remettre en question l'organisation de la desserte du territoire montréalais, on ne peut que constater qu'elle est caractérisée par une certaine complexité:

- Cinq centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS);
- Cinq établissements non fusionnés, dont certains avec des mandats régionaux, suprarégionaux et nationaux;

<sup>1</sup> Cette date reflète le portrait de la situation au moment où le présent mandat a été effectué.



- Mandats régionaux confiés au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en vertu de la loi, sans que celle-ci permette à un établissement d'exercer une quelconque forme d'autorité sur un autre.
- Responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de s'assurer de la coordination des activités des établissements au sein d'une même région de même que de la coordination des services entre les établissements des régions avoisinantes. À Montréal, ce rôle est notamment assuré par l'Équipe ministérielle de coordination (ÉMC) 514-450, laquelle a été peu impliquée jusqu'à maintenant dans les enjeux de santé publique;
- Présence de nombreux partenaires et de médias locaux, régionaux et nationaux.

Cette complexité et les défis de concertation et de coordination qu'elle entraîne ont d'ailleurs été soulevés par la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle<sup>2</sup> dans son *Rapport d'analyse de la perception des acteurs sur le modèle de coordination montréalaise interétablissements*, déposé en 2018. Pour plusieurs, la situation de crise dans laquelle le Québec a été plongé au cours des derniers mois a fait émerger de manière plus aigüe certains problèmes qui avaient déjà été identifiés et pour lesquels des solutions n'avaient pas nécessairement été mises en place.

Par ailleurs, au-delà de cette complexité propre au modèle montréalais, le système à deux niveaux (national et régional) de la santé publique au Québec et les enjeux d'arrimage qui en découlent parfois ont aussi semblé exacerber certaines difficultés vécues et générer une certaine confusion. Force est de constater que lors du déclenchement de l'état d'urgence sanitaire au Québec le 14 mars 2020, la réalisation de la mission de santé publique régionale à Montréal a été confrontée à des embûches qu'il y aurait lieu d'aplanir en vue d'une potentielle deuxième vague.

---

<sup>2</sup> Cette direction est maintenant appelée la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles.



## 1.1 Gouvernance de la santé publique au Québec

Puisque la santé publique est au cœur de la réponse à la pandémie, il apparaît opportun de faire un rapide survol de sa gouvernance dans la province.

De façon très succincte, il existe quatre grandes fonctions de santé publique, c'est-à-dire :

- La protection : effectuer une vigie sanitaire et intervenir lorsque la santé de la population est menacée;
- La prévention : prévenir les maladies infectieuses, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population;
- La promotion : influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé (action intersectorielle concertée);
- La surveillance : surveillance continue de l'état de santé de la population.

Au-delà des pouvoirs et responsabilités confiées au ministre, le système de santé publique sur le territoire fonctionne à deux niveaux :

### LA SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC

- Niveau national, avec le directeur national de la santé publique, notamment chargé d'élaborer et mettre en œuvre un programme national de santé publique et de conseiller le gouvernement sur toute question de santé publique.
- Niveau régional, avec 18 directeurs régionaux (un par région sociosanitaire), notamment chargés d'élaborer et de mettre en œuvre un programme régional de santé publique, et d'exercer différentes fonctions de protection de la santé (ex. : enquêtes épidémiologiques, etc.).

À ces paliers s'ajoute l'Institut national de santé publique du Québec, qui exerce un rôle de soutien en rendant disponibles son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage (émission d'avis scientifiques et de recommandations, infocentre, etc.).

Sur le plan de la structure administrative et de gestion des ressources de santé publique, le modèle est également complexe :

- Les directions régionales de santé publique font partie de l'organisation administrative des CISSS/CIUSSS;
- À Montréal, en Montérégie et en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les directions régionales de santé publique relèvent d'un CIUSSS ou CISSS spécifique, mais desservent les territoires des autres CISSS ou CIUSSS de la région;
- Ainsi, à Montréal, la Direction régionale de la santé publique relève administrativement du PDGA du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, à qui a été confié le mandat de la santé publique pour l'ensemble de l'Île de Montréal (couvre les cinq CIUSSS);



- Des ressources de santé publique (ex. infirmières scolaires, etc.) financées par le Programme national de santé publique, sont réparties dans les différents CIUSSS de Montréal et relèvent administrativement de chacun de ceux-ci;
- Au sein d'un même CIUSSS, les activités et les ressources de santé publique sont réparties dans plusieurs directions, sans qu'il ne soit parfois possible de les identifier clairement.

Concrètement, les directeurs régionaux de santé publique disposent de certains pouvoirs afin d'accomplir leur mission sur leur territoire respectif. Parmi ceux-ci, mentionnons le pouvoir de mener des enquêtes épidémiologiques, celui de déployer le plan de mobilisation des ressources, pouvoir qui est partagé avec le directeur national de la santé publique et le ministre, ainsi qu'un pouvoir d'ordonnances variées en lien avec les mesures à prendre pour protéger la population dans le contexte des enquêtes épidémiologiques.

Spécifiquement à Montréal, la directrice régionale de santé publique a réalisé de nombreuses activités et pris diverses mesures dans le cadre de la première vague de la pandémie en lien avec son mandat. Parmi celles-ci, signalons :

- La réalisation des enquêtes épidémiologiques;
- Des visites des milieux de vie privés pour des conseils en prévention et contrôle des infections (PCI);
- Un rôle décisionnel pour les mesures spécifiques qui touche son territoire;
- La liaison avec les acteurs régionaux, incluant ceux du réseau de la santé et des services sociaux, les élus et les médias;
- Un rôle d'intermédiaire pour faciliter l'interprétation de directives et recommandations, notamment auprès de la Ville de Montréal;
- L'émission de lignes directrices pour des problématiques singulières;
- Le rôle de soutien auprès de la Direction générale de la santé publique dans l'évaluation des risques et des mesures à déployer pour gérer la pandémie;
- Des efforts de mobilisation des équipes locales de santé publique avec les CIUSSS concernés.



## 2. Mandat

Considérant ce qui précède, un mandat a été confié à M<sup>me</sup> Dominique Savoie<sup>3</sup> d'effectuer un diagnostic sur la gestion de la pandémie de la COVID-19 à Montréal, particulièrement en matière de santé publique et de PCI. De façon plus spécifique, son mandat se lit comme suit :

### MANDAT

Le mandat consiste à réaliser un diagnostic de la coordination des activités de santé publique, et de prévention et de contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal. Ce diagnostic doit permettre de tirer les leçons nécessaires à la planification de la préparation de la deuxième vague, notamment en ce qui a trait :

- À la planification des stratégies de dépistage et à leur déploiement;
- À la gestion des ressources, notamment les ressources humaines de santé publique et l'approvisionnement (écouvillons);
- Aux enjeux relatifs à la prévention et au contrôle des infections;
- Et à la gouvernance, dont les liens avec le ministère (central) et l'arrimage avec les partenaires;

La personne mandataire doit également produire des recommandations afin de mieux planifier et suivre la mise en œuvre des actions de santé publique.

Pour réaliser ses travaux en vue de la préparation à une seconde vague, la personne mandataire doit s'assurer de la collaboration des dirigeants des établissements de Montréal et des directions générales concernées du MSSS. Elle animera à cette fin une table stratégique réunissant les présidents-directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux de Montréal avec la collaboration des sous-ministres adjoints et associés des directions générales concernées du MSSS.

Le mandat, dont le livrable était attendu à court terme, n'a pas pour objet de faire un bilan exhaustif de la gestion de la pandémie à Montréal et encore moins au Québec. Cela eut été présomptueux dans le contexte où l'état d'urgence est toujours en vigueur et où un tel exercice nécessitera un certain recul. Il traduit plutôt une volonté d'amélioration continue, dans le contexte des quelques mois d'accalmie de la pandémie qui nous permettent de faire des ajustements dans la gouvernance, les stratégies et la gestion des ressources. Il serait risqué de proposer à court terme des changements qui auraient pour effet de déstabiliser le réseau et ses

<sup>3</sup> Le présent mandat a été confié à M<sup>me</sup> Dominique Savoie, qui agissait alors à titre d'administrative d'État à la gestion des ressources gouvernementales de santé, et qui a depuis été nommée sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle a été accompagnée de M<sup>me</sup> Katia Petit, sous-ministre associée au ministère de la Sécurité publique (MSP), affectée temporairement à l'équipe de gestion des ressources gouvernementales de santé dans le cadre de la pandémie, ainsi que de M<sup>me</sup> Catherine Beaudry, cadre dans le portefeuille de la Sécurité publique.



ressources au moment de l'arrivée possible d'une seconde vague de propagation de la COVID-19. Les choix méthodologiques reflètent d'ailleurs les limites et le contexte du présent mandat, qui se concentre avant tout sur les aspects de santé publique et de gouvernance.

### 3. Résumé de la démarche

Afin d'atteindre les objectifs fixés, il a été choisi de colliger les constats et les réflexions des acteurs clés du réseau de la santé montréalais, de certains partenaires et d'autres intervenants du MSSS, lesquels ont été au cœur des orientations et des décisions, tout au long de la pandémie.

Au terme de la démarche, ont été rencontrés :

- Tous les présidents-directeurs généraux (PDG) et présidents-directeurs généraux adjoints (PDGA) des CIUSSS et des établissements non fusionnés de l'île de Montréal, dans le cadre d'entrevues semi-dirigées;
- La directrice régionale de santé publique de Montréal;
- Les PDG et les PDGA de trois établissements ailleurs au Québec, à des fins comparatives;
- Des représentants de la Ville de Montréal;
- Les sous-ministres associés et adjoints concernés du MSSS, incluant le directeur national de la santé publique;
- Des représentants de la sécurité civile du MSSS et du MSP.

Une liste exhaustive de l'ensemble des personnes consultées peut être consultée à l'annexe 1. À noter que d'autres consultations *ad hoc* (ex. : validation juridique, etc.) sont venues bonifier certaines sections du rapport.

En complément, nous avons également pris connaissance d'une série de documents, dont les principaux apparaissent à l'annexe 2. Notons que parmi les plus importants se trouvaient :

- Le rapport produit par la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle du ministère, intitulé *Analyse de la perception des acteurs sur le modèle de coordination montréalaise interétablissements*, adopté le 26 septembre 2018, puis revu le 29 octobre 2018;
- Un document interne produit par Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité du ministère, intitulé *Retour du Comité de gestion du réseau spécial – retour d'expérience sur la pandémie COVID-19 selon six thèmes* (version sur 16 juin 2020).

L'ensemble de la démarche avait pour objectifs de recueillir les préoccupations et les grands constats des derniers mois des principaux décideurs ayant été à l'épicentre de la crise montréalaise, ainsi que d'identifier les risques liés à la prochaine vague de pandémie (angles morts) et des pistes de solution. La perspective de dirigeants de l'extérieur de Montréal ainsi que de divers autres intervenants a aussi permis d'enrichir la réflexion en faisant ressortir les points de convergences et de divergences dans la gestion de la crise, et en donnant une vision plus globale de la situation. Ce fut aussi l'occasion de recueillir un certain nombre de bonnes pratiques. Le présent rapport en fera état.



Des divers constats identifiés se dégagent des leviers d'améliorations qui peuvent être mis en place relativement rapidement, l'objectif étant de déployer des mesures concrètes à une courte échéance. Certaines d'entre elles font d'ailleurs déjà l'objet de préparation.

## 4. Diagnostic : constats et recommandations

### 4.1 Préambule

Les facteurs ayant pu contribuer, d'une façon ou d'une autre, à la situation vécue dans la grande région de Montréal ont largement été discutés sur différentes tribunes. À titre indicatif, parmi les facteurs souvent énoncés par les experts de la santé publique et les intervenants du réseau, signalons la semaine de relâche et les nombreux retours de voyages à l'étranger, les mouvements de personnel entre les installations, les travailleurs présymptomatiques et, potentiellement, les asymptomatiques, la présence significative de travailleurs provenant d'agences de personnel dans certains établissements, la rareté d'équipement de protection individuelle (EPI), particulièrement en début de pandémie, ainsi qu'une méconnaissance et une application déficiente des mesures de prévention et de contrôle des infections, pour ne nommer que ceux-ci. Ces éléments feront assurément l'objet d'analyses plus poussées en temps opportun. Certains d'entre eux ont néanmoins été pris en considération dans le présent bilan et viennent teinter certaines recommandations.

À l'échelle nationale, des enseignements ont déjà été tirés de la première vague de la pandémie et un plan d'action afin de mieux faire face à une éventuelle deuxième vague est actuellement en élaboration<sup>4</sup>. Voulant éviter la redondance, les constats et recommandations qui suivent sont surtout axés sur les éléments propres à la situation de Montréal.

Enfin, des problèmes importants qui ont émergé au cours de la première vague ont été pris en charge et ont trouvé certaines réponses pendant la crise. Les meilleurs exemples sont certainement la disponibilité des EPI ainsi que la pénurie de personnel, dont les préposés aux bénéficiaires (PAB). Sans prétendre que ces deux enjeux sont complètement réglés, il importe de dire que la gestion des EPI s'est améliorée depuis que les acquisitions se font maintenant de manière centralisée et qu'une réserve se constitue graduellement. La formation accélérée de plusieurs milliers de PAB permettra aussi d'augmenter le bassin de main-d'œuvre en vue de l'automne.

Cela dit, certains enjeux persistent et sont abordés dans les pages qui suivent. Les constats et les recommandations ont tous pour objectif de faciliter la coordination et de se donner les meilleurs outils pour affronter la deuxième vague.

---

<sup>4</sup> M. Daniel Desharnais, alors sous-ministre associé à la Direction générale des projets spéciaux, a participé à certaines des rencontres tenues dans le présent mandat afin d'assurer un arrimage avec l'élaboration du plan d'action ministériel pour la préparation à la deuxième vague, sous sa coordination.



## 4.2 Enjeux de gouvernance

### 4.2.1 Gouvernance – niveau stratégique

Tous s'entendent pour dire que la gouvernance de la santé publique est, en soi, complexe à Montréal en raison notamment de la structure administrative. Comme expliqué préalablement, la directrice régionale de santé publique de Montréal exerce ses responsabilités au sein du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, qui a le mandat depuis la réforme de 2015 de coordonner les mandats régionaux pour l'ensemble de l'agglomération. Elle relève d'ailleurs administrativement de ce CIUSSS. Cela crée différents enjeux, notamment en ce qui a trait aux liens fonctionnels avec les autres CIUSSS et leurs équipes de santé publique, ainsi qu'avec les établissements non fusionnés. Puisque le présent rapport vise à trouver des solutions à court terme en vue d'une possible deuxième vague de la pandémie, ces éléments ne seront pas traités dans la mesure où des modifications législatives seraient potentiellement nécessaires pour changer cette gouvernance. À plus long terme, il serait toutefois opportun d'examiner la Loi sur la santé publique et d'y apporter, si requis, des modifications afin d'atténuer certains problèmes vécus.

Dans l'immédiat, plusieurs aspects ne relevant pas de dispositions légales méritent que l'on s'y attarde, puisque certains des éléments les plus critiques dans la gestion de la pandémie à Montréal ont résidé dans l'interface entre la région de Montréal et le ministère ainsi que dans la coordination régionale.

De façon succincte, voici les constats les plus importants :

- La plupart des PDG ont affirmé que certaines décisions étaient prises par les autorités, sans que quiconque se soit assuré au préalable de la faisabilité de leur application sur le territoire montréalais et surtout, de leurs impacts. La mise en œuvre de certaines décisions aurait eu intérêt, dans certains cas, à être planifiée au préalable. Les PDG ont clairement énoncé le souhait d'être consultés lorsque possible, préalablement aux décisions, notamment par des groupes de travail *ad hoc* (par exemple sur la réintroduction des proches aidants, l'application du confinement pour les itinérants, etc.). Cette façon de procéder a été parfois utilisée au cours de la crise et s'est avérée bénéfique pour tous.
- Ce constat a également été fait par la directrice régionale de la santé publique de Montréal. Celle-ci a indiqué qu'elle aurait gagné en efficience et en clarté dans ses communications avec ses partenaires si elle avait eu un peu plus de temps pour évaluer les implications locales des orientations nationales avant qu'elles ne soient communiquées par les autorités. Les demandes, notamment quant à l'interprétation « terrain » de certaines orientations nationales, ont été nombreuses et l'application parfois difficile.
- Une plus grande collaboration entre le palier régional de la santé publique et le palier national constitue également un incontournable : stratégies divergentes sur un même



sujet travaillées aux deux niveaux (ex. priorités de dépistage, etc.), outils développés au national sans adhésion du régional, positions discordantes sur des orientations, etc. L'important n'est pas ici de déterminer qui a tort ou raison. Il s'agit surtout, dans un contexte de pandémie touchant principalement une région, que les stratégies et orientations soient prises en étroite collaboration, notamment pour éviter les doublons et autres problèmes. Un travail en ce sens est incontournable et est déjà en cours, nous tenons à le souligner.

- En période de pandémie, au-delà des structures de mesures d'urgence, il apparaît aussi fondamental que des liens étroits soient développés et maintenus entre la haute direction des établissements et la direction régionale de la santé publique. D'ailleurs, des rencontres ont été instaurées en cours de pandémie entre les PDG des 10 établissements et la directrice régionale, et ces rencontres ont été considérées comme un facteur contributif à l'amélioration de la situation. Une réelle gouvernance intégrée doit s'installer.
- Finalement, afin d'éviter de perdre un temps précieux en tergiversations et litiges de tout ordre dans la gestion régionale de la pandémie, il est important que le ministère prenne une plus grande place et puisse trancher, lorsque requis.

Nous tirons deux principales conclusions de ces constats, et ce, dans l'objectif de tendre vers une gouvernance mieux intégrée et, comme certains nous l'ont mentionné, un plus grand alignement des orientations par rapport aux moyens et aux ressources disponibles : d'une part, la gouvernance et la collaboration au niveau stratégique doivent être resserrées à tous les paliers. D'autre part, il doit être bien compris et appliqué par tous les intervenants qu'en temps de pandémie, la santé publique doit être au cœur de la gouvernance.

En conséquence, nous formulons les recommandations qui suivent :

## RECOMMANDATION 1

Que des sous-comités de gestion du réseau (CGR) spécifiques à la région de Montréal soient tenus par le ministère à une fréquence régulière afin de discuter des enjeux propres à Montréal;

- qu'au besoin, des groupes de travail *ad hoc* de PDG ou de personnes qu'ils désignent soient mis en place pour faire des recommandations sur certaines mesures, lorsque celles-ci touchent particulièrement la métropole.

Évidemment, lorsque requis, les autres PDG de la grande région métropolitaine de Montréal pourraient également y prendre part. Le même principe pourrait également être appliqué dans d'autres régions, si la crise s'y déplace. L'objectif est que les régions les plus touchées par la pandémie soient davantage consultées.



## RECOMMANDATION 2

Que la table de gouvernance stratégique regroupant les PDG des 10 établissements de Montréal et la directrice régionale de la santé publique soit maintenue :

- que le sous-ministre associé à la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles<sup>5</sup>, chargé de la coordination du réseau y siège, notamment pour arbitrer les litiges et assurer un lien plus étroit avec le ministère;
- qu'un représentant de la Direction générale de la santé publique y siège également, pour l'arrimage avec le palier national de la santé publique;
- que tout autre partenaire dont la présence est jugée pertinente soit aussi convié aux rencontres (ex. Ville de Montréal, etc.);
- que ces rencontres se tiennent sur une base régulière, voire quotidienne si la situation le requiert, afin de convenir des orientations et d'en assurer le suivi (tenue d'un tableau de bord).

Il est à noter que la structure pour la gestion de crise peut, de notre point de vue, être déployée même en phase préparatoire de la deuxième vague, et pourra accroître la fréquence des rencontres graduellement selon l'évolution de la situation.

## RECOMMANDATION 3

Tout en respectant les compétences de chacun, qu'un arrimage accru entre la Direction générale de la santé publique (volet national) et la Direction régionale de la santé publique de Montréal (volet régional) soit instauré par la tenue d'échanges réguliers et de consultations spécifiques:

- en s'assurant que les orientations et les propositions présentées aux autorités ministérielles soient discutées au préalable entre les deux instances, pour assurer une meilleure cohérence et une complémentarité accrue des mesures;
- qu'à l'inverse, la Direction régionale de santé publique de Montréal, communique à la Direction générale de la santé publique ses orientations avant de les mettre en œuvre.

À cet égard, nous signalons que des efforts en ce sens ont déjà été entrepris, notamment par la Table de coordination nationale des directeurs régionaux de santé publique, afin de développer des stratégies intégrées pour la 2<sup>e</sup> vague, comme la stratégie sur les priorités de dépistage actuellement en élaboration. Par ailleurs, des rencontres entre la Direction régionale de santé

---

<sup>5</sup> Anciennement la Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité.



publique de Montréal (et celles de Laval et de la Montérégie) et la Direction générale de la santé publique du ministère se sont tenues régulièrement (2 soirs/semaine) pour discuter des enjeux spécifiques à ces régions. Il y aurait lieu de maintenir cette initiative.

## *4.2.2 Gouvernance – niveau tactique (structure de gestion de crise)*

D'emblée, tous les établissements rencontrés ont affirmé que la préparation en amont s'avère une clé importante du succès dans la gestion d'une crise de l'ampleur de celle qui a affecté le Québec. Ainsi, plusieurs ont mentionné avoir appris de crises antérieures et préparé, en amont, des structures internes de gouvernance, de coordination et de gestion, dans lesquelles les partenaires internes et externes étaient identifiés et les rôles et les responsabilités relativement bien définis.

Nous avons aussi constaté que certains établissements avaient mieux anticipé leurs besoins en ressources matérielles, avaient sécurisé leur chaîne d'approvisionnement et avaient même fait des réserves, ce qui leur a permis, dans certains cas, de partager ces ressources le moment venu.

Au niveau national, une actualisation sommaire du plan de lutte à la pandémie H1N1, couvrant les différents volets de la mission « santé » du Plan national de sécurité civile a été réalisée en amont de la crise. Même si les efforts doivent maintenant se concentrer à préparer l'arrivée possible de la deuxième vague, une révision en profondeur du plan et de ses déclinaisons régionales, tirant profit des apprentissages de l'actuelle pandémie, s'avérerait bénéfique au terme de celle-ci, et ce, pour mieux faire face à d'autres pandémies.

De façon générale, les consultations effectuées ont permis de conclure que globalement, au niveau local, les plans de mesures d'urgence des établissements ont bien fonctionné et que les structures de gestion de crise ont été rapidement et efficacement mobilisées. Cela n'a pas constitué un enjeu.

Au niveau régional, la situation a toutefois été compliquée par la multiplicité des comités et autres structures de coordination et tables diverses. Il s'avère en effet difficile, à la lecture des nombreux documents et à la suite des échanges avec les joueurs clés, d'identifier clairement les instances décisionnelles au niveau tactique/opérationnel, sur une base régionale. Or, en période de crise, il est fondamental que les structures soient simplifiées afin que les canaux de communication soient bien établis. Une clarification à cet égard est nécessaire et la plupart des joueurs concernés considèrent qu'une table des PDGA, avec la participation de la directrice régionale de la santé publique de Montréal ou de la personne qu'elle désignera pour la représenter, constitue le forum le plus approprié.

Par ailleurs, au-delà d'avoir une instance décisionnelle régionale claire de niveau tactique, d'autres lacunes ont été identifiées, dont :



- Un manque de cohérence dans certaines décisions, notamment en ce qui a trait aux impacts sur d'autres partenaires (ex. réduction des heures d'ouverture des CDD ou arrêt de cliniques mobiles sans tenir compte des besoins de chacun, etc.).
- La nécessité d'une implication accrue de l'équipe de coordination du ministère (ÉMC 514-450), pour l'arrimage avec les autres secteurs d'activité, les liens avec le ministère et l'arbitrage des différends, si requis. Après vérifications, il appert que cette équipe a joué un rôle fort utile pendant la première vague de la pandémie à Montréal au niveau du volet clinique/santé physique, mais que sa contribution aurait eu avantage à être élargie pour le volet de la santé publique.

Il est à noter que la mise en place d'une telle structure décisionnelle n'implique pas nécessairement l'arrêt des autres comités et structures de coordination, comme la table régionale de santé publique regroupant les directeurs et coordonnateurs territoriaux de santé publique ou la table des coordonnateurs de mesures d'urgence et de sécurité civile. L'objectif ici est de clarifier le forum décisionnel pour la coordination des activités du réseau de la santé et des services sociaux, et celui où concentrer ses efforts dans une période où tous les intervenants sont fortement sollicités. Et bien que les structures de sécurité civile permettent habituellement de gérer la plupart des aléas, y compris des pandémies, il n'en demeure pas moins qu'une crise de nature sanitaire de l'envergure de celle vécue nécessite selon nous une structure décisionnelle propre aux enjeux de santé.

En matière de coordination des opérations, il appert tout de même qu'un lien avec la structure de sécurité civile de la Ville de Montréal est incontournable. Tout au long de la crise, le Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) de la Ville a été en opération pour l'ensemble de l'Agglomération de Montréal. Or, les dirigeants rencontrés de la Ville de Montréal ont indiqué vouloir être mis davantage à contribution et s'assurer d'avoir des représentants de la mission « santé » disposant des informations requises pour répondre aux questions des divers joueurs et faire les suivis appropriés. Pour la Ville, l'enjeu a beaucoup consisté à opérationnaliser les consignes nationales liées au confinement et au déconfinement. Avoir un intervenant pour répondre rapidement aux questions est pour la Ville une priorité. La participation de représentants du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal au CCMU, qui assure la responsabilité de la sécurité civile pour l'ensemble de la région de Montréal, est importante. Ceux-ci doivent toutefois disposer de l'information requise en temps opportun.

Finalement, une contribution accrue de l'Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC), sous la coordination du MSP, serait aussi souhaitable pour assurer une meilleure liaison et concertation entre les ministères et organismes présents sur l'île de Montréal. À ce sujet, il faut savoir qu'à l'échelle provinciale, la structure de sécurité n'a pas été mobilisée à son plein potentiel. Il s'agit d'une conséquence directe du mode de gestion de la première vague de la pandémie.

Le système de sécurité civile a en effet comme objectif principal de guider les autorités et les organisations concernées dans la coordination des interventions afin d'assurer une réponse optimale, concertée et efficace. Il vise aussi à faciliter la liaison entre l'ensemble des intervenants et à établir une communication bidirectionnelle axée sur la résolution des enjeux. De plus, il permet d'assurer un accès à l'information critique et aux explications pertinentes pour les



intervenants, tout en respectant les exigences de confidentialité. Ce processus opérationnel permet aussi de soulever, d'adresser et de traiter l'ensemble des enjeux primordiaux touchant la protection de la population, la poursuite des opérations du gouvernement, et le maintien des services et des infrastructures essentiels. Ainsi, les autorités municipales sont en mesure d'appliquer les directives provenant des instances gouvernementales pour gérer adéquatement les enjeux locaux et contribuer à améliorer la cohérence de la réponse gouvernementale. De cette façon, les autorités gouvernementales seront informées, par les différentes structures de sécurité civile, des problématiques résiduelles nécessitant une décision des instances supérieures du gouvernement du Québec.

Il s'agit des mécanismes habituels de coordination des sinistres à mettre en place aux divers paliers des organisations québécoises prenant part à la gestion de l'événement d'exception, comme prévu dans le Plan national de sécurité civile du Québec (PNSC). Selon cette approche, la responsabilité incombe d'abord aux structures de sécurité civile des municipalités, puis à l'ORSC, ensuite à l'Organisation de sécurité civile du Québec (OSCQ), à laquelle participent les répondants de sécurité civile des ministères et organismes concernés, puis finalement au Comité de sécurité civile du Québec (CSCQ).

Or, comme la gestion de la pandémie s'est faite sous un modèle « top down » pour des raisons tout à fait compréhensibles, ces diverses instances ont toujours été à la remorque des décisions et n'ont pu jouer adéquatement leur rôle. Ainsi, à l'instar de la gestion lors des sinistres naturels comme les inondations majeures des dernières années, l'OSCQ aurait pu être davantage mobilisée pour orienter les actions des ministères et des organisations, pour améliorer la gestion des conséquences de la première vague et pour superviser le déploiement des ressources gouvernementales. Advenant le cas d'une deuxième vague intense de la pandémie et dans l'optique que ces structures de coordination bien rodées fonctionnent adéquatement, il y aurait lieu que l'information relativement aux décisions prises par les instances décisionnelles à l'échelle gouvernementale soit communiquée davantage en amont, lorsque possible, afin d'orienter les autres mécanismes de coordination en sécurité civile, soit l'OSCQ, les ORSC et les organisations municipales de sécurité civile (OMSC). Le déploiement de ces structures vise à appuyer et à faciliter les décisions stratégiques prises par les hautes instances gouvernementales, sans se substituer aux instances décisionnelles propres à la santé publique qui est au cœur de la gestion d'une pandémie.

En fonction de ces divers éléments, nous recommandons :

#### RECOMMANDATION 4

Que pour l'arrimage tactique/opérationnel au niveau régional, les échanges soient concentrés au niveau d'un comité de PDGA, avec la directrice régionale de la santé publique ou le représentant qu'elle désigne :

- que des rencontres régulières, voire quotidiennes si la situation le requiert, soient prévues;



- qu’une personne en autorité de l’équipe ministérielle de coordination (ÉMC) 514-450 représente le ministère à ces rencontres, en concertation avec les autres directions générales du ministère, ainsi qu’un représentant de la Direction générale de la santé publique;
- qu’un représentant de la Ville de Montréal y siège également, lorsqu’opportun;
- que tout autre partenaire dont la présence est jugée pertinente soit convié aux rencontres.

## Recommandation 5

Qu’au niveau de l’arrimage avec les différents partenaires (autres secteurs d’activités comme le transport, etc.), soit utilisée à meilleur escient la structure de sécurité civile :

- en s’assurant que les représentants du CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal qui siègent au CCMU de la Ville de Montréal disposent de l’information requise pour bien remplir leur rôle (plus impliqués dans la structure de crise locale) et en convenant d’un mécanisme de rétroaction pour les suivis/retours au CCMU;
- en impliquant davantage l’ORSC, sous la gouverne du MSP.

Comme indiqué précédemment, le niveau de contribution de l’ORSC de l’information en amont dont elle disposera.

### 4.2.3 Interface politico-administrative

Les élus, comme le reste de la population, ont été fortement interpellés par cette crise sans précédent et souhaitent obtenir, sans délai, l’information d’intérêt concernant leurs circonscriptions, villes ou arrondissements. Il s’agit d’un réflexe normal : les élus veulent être en mesure de bien desservir les concitoyens qu’ils représentent et exercer leurs fonctions de façon efficace. Plus que tout, ils n’apprécient pas apprendre les informations avec un décalage, entre autres par les médias.

Bien que ce besoin d’informations soit tout à fait justifié, lors de la première vague à Montréal, il a eu comme effet pervers de solliciter fortement de nombreux intervenants déjà fort occupés à gérer cette crise d’une ampleur jamais vue. Les canaux de communication se sont multipliés. De façon à gagner en efficience, à éviter la communication d’informations contradictoires et à favoriser une meilleure concertation, il y aurait lieu de déterminer une tribune claire où les élus peuvent faire valoir leurs préoccupations et poser leurs questions, au bénéfice des citoyens qu’ils représentent.

Nous tenons à souligner que plusieurs initiatives porteuses ont été mises en œuvre au sein des CIUSSS, tant à Montréal qu’à l’extérieur de l’île, et qu’il y a lieu de s’en inspirer.



Considérant ce qui précède, nous formulons les recommandations suivantes :

## **RECOMMANDATION 6**

Que, lorsque plus d'un CIUSSS couvrent les mêmes arrondissements ou villes, les PDG concernés identifient un des leurs pour agir comme interlocuteur unique auprès des élus du territoire couvert.

Il s'agit de la façon de faire développée par les CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et du Nord-de-l'Île-de-Montréal, laquelle s'est avérée fonctionnelle.

## **RECOMMANDATION 7**

Qu'en temps de crise, les PDG prévoient des échanges réguliers, voire quotidiens, avec les élus sur leur territoire pour communiquer l'information essentielle.

À cet égard, le modèle du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal nous semble particulièrement intéressant : la PDG tenait quotidiennement un appel avec les élus de tous les paliers desservant son territoire immédiatement après la rencontre de sa cellule de crise. L'important est la fluidité de l'information.

## **RECOMMANDATION 8**

Qu'un interlocuteur soit désigné au cabinet du ministre pour répondre aux questions et enjeux nationaux des élus et que l'identité de cet interlocuteur soit clairement communiquée aux élus concernés.

### 4.3 Mobilisation de la Santé publique : stratégies de dépistage, enquêtes épidémiologiques et ressources

Tous les intervenants consultés s'entendent sur la nécessaire clarification du partage de responsabilités entre les CIUSSS et la santé publique dans un contexte d'opération, en raison de plusieurs difficultés d'arrimage vécues sur le terrain lors de la première vague de la pandémie. Les questions des stratégies de dépistage, de la gestion des ressources de santé publique réparties au sein des CIUSSS, de l'opérationnalisation des cliniques mobiles de dépistage, ainsi que du partage des écouvillons en fonction des besoins, ont été particulièrement épineuses et ont généré des pertes d'énergie et de temps.

Or, ces questions sont fondamentales dans la mesure où la stratégie de dépistage (détection) et les enquêtes épidémiologiques constituent des pierres angulaires de la lutte contre la pandémie.



L'accroissement de la capacité du réseau en ces matières est également un élément incontournable des efforts en cours pour se préparer efficacement à une éventuelle deuxième vague.

Comme expliqué précédemment, la structure régionale de santé publique complexifie la coordination et génère de vives discussions:

- D'une part, la directrice régionale de santé publique est imputable de ce qui se fait sur son territoire en matière de santé publique. Elle doit rendre des comptes aux autorités, faire face aux médias, répondre aux questions des élus, etc. Or, elle est uniquement en lien fonctionnel (et non hiérarchique) avec une partie des ressources de santé publique, c'est-à-dire celles financées via le Programme national de santé publique et réparties au sein des CIUSSS. Leur rapatriement a été un enjeu, malgré la directive du ministère formulée en ce sens. Elle est aussi peu impliquée dans les décisions relatives aux activités des centres de dépistages (CDD) des CIUSSS et autres activités de dépistage sous leur responsabilité. Pour la Directrice régionale de la santé publique, la stratégie régionale de dépistage ne doit pas être perçue comme un intrant à la prise de décision, mais plutôt comme une priorité par les dirigeants de CIUSSS.
- D'autre part, les PDG des CIUSSS considèrent avoir des responsabilités populationnelles importantes et détenir l'expertise pour déployer de façon massive et coordonnée sur leur territoire respectif des activités de dépistage, de vaccination et autres services directs aux citoyens. Ils sont habitués « d'opérationnaliser » des directives et d'organiser les services à la population, quels qu'ils soient. Ils dénoncent un certain manque de coordination de leurs opérations avec celles de la santé publique, comme les cliniques mobiles de dépistage. Ils reconnaissent toutefois l'expertise de pointe des équipes de santé publique en matière de surveillance épidémiologique et d'identification des priorités d'action de santé publique.

De façon générale, nous adhérons à l'idée que pour une plus grande efficacité, la contribution de chacun des intervenants devrait être basée sur leurs forces respectives.

Les ressources humaines étant limitées pour répondre aux divers besoins, il n'est par ailleurs pas surprenant que la mobilisation des effectifs de santé publique constitue une préoccupation partagée tant par la santé publique que par les CIUSSS. Concrètement, la question qui s'est posée est de savoir si les ressources dédiées à la santé publique dans les CIUSSS doivent, en temps de pandémie, être dirigées par la Direction régionale de la santé publique afin de renforcer la stratégie régionale, entre autres pour les enquêtes épidémiologiques, ou si ces ressources doivent être déployées sur le terrain par les CIUSSS afin de contribuer, notamment, au dépistage.

Trois conclusions nous apparaissent évidentes :

- En temps de pandémie, il n'y a pas assez de ressources de santé publique pour répondre à tous les besoins. Il faut donc planifier autrement et en amont.



- Il y a lieu d'éviter tout chevauchement de responsabilités, particulièrement pour le dépistage.
- Un véritable partenariat doit être développé et l'imputabilité doit être partagée.

Certains des enjeux soulevés trouvent réponse dans les recommandations antérieures relatives à la gouvernance stratégique et tactique. Nous recommandons néanmoins, spécifiquement en lien avec la mobilisation de la santé publique:

## RECOMMANDATION 9

Que les CIUSSS excluent les ressources de santé publique du délestage (notamment vers les CHSLD): même si elles restent affectées au CIUSSS, celles-ci doivent continuer de jouer un rôle en matière de santé publique.

## RECOMMANDATION 10

Que les CIUSSS et la Directrice régionale de la santé publique conviennent à l'avance, par entente, les ressources qui pourront être rapatriées par celle-ci et les modalités entourant ce rapatriement conformément au plan de mobilisation prévu dans la Loi sur la santé publique.

## RECOMMANDATION 11

Que spécifiquement pour les enquêtes épidémiologiques, la Direction régionale de santé publique prépare un plan de mobilisation mettant à contribution des ressources hors réseau de la santé et des services sociaux (par exemple, avec des compagnies de sondage ou d'assurance, un redéploiement de la fonction publique, etc.), formées à l'avance (réserve).

## RECOMMANDATION 12

Que la Direction régionale de santé publique déploie, en étroite collaboration avec les CIUSSS, une stratégie régionale de dépistage concertée pour l'ensemble du territoire, tout en tenant compte des réalités locales et de la stratégie nationale:

- qu'à l'instar de ce qui se fait en Montérégie, la stratégie soit entérinée par les PDG des CIUSSS, puisqu'il est fondamental qu'ils y adhèrent;
- qu'un suivi serré de son déploiement (tableau de bord) soit assuré par la table de gouvernance stratégique des PDG et de la directrice régionale de santé publique.



## RECOMMANDATION 13

Qu'afin de clarifier les responsabilités de chacun, d'éviter les problèmes d'arrimage et de mettre à profit l'expertise de chacun :

- que l'opérationnalisation de la stratégie de dépistage soit sous la responsabilité des CIUSSS, incluant le dépistage communautaire/mobile, et le dépistage dans différents sites d'éclosion (entreprises, universités, centres de détention), en étroite collaboration avec la Direction générale de santé publique;
- que les priorités d'action opérationnelles et les modalités soient déterminées par la Directrice régionale de la santé publique, en fonction notamment de la situation épidémiologique et de la capacité des établissements, et ce, dans le respect des orientations nationales.

## 4.4 Soutien des milieux en difficulté

### 4.4.1 Redéploiement des ressources

Le manque de ressources humaines a certainement été l'un des problèmes les plus complexes à gérer pendant la première vague de la pandémie. La pénurie déjà existante de main-d'œuvre à laquelle faisait face le réseau a été accentuée par l'absence massive d'employés atteints par la COVID-19, en attente d'un diagnostic, en retrait préventif ou pour divers autres motifs. Au plus fort de la crise, le nombre d'employés absents sur l'île de Montréal en raison de la COVID-19 (tous motifs confondus) se chiffrait à 6 450 personnes.

L'une des réussites de la première vague de la pandémie aura certainement été la gestion en milieux hospitaliers : peu d'éclosions et capacité des hôpitaux, notamment pour les soins intensifs, jamais dépassée. Cependant, on le sait maintenant, l'angle mort de la première vague aura été les CHSLD et les résidences privées pour aînés, où la situation a été particulièrement critique et où la majorité des décès y a été enregistrée.

Bien qu'un plan de délestage des activités ait été planifié et consciencieusement mis en œuvre, notamment pour libérer du personnel et permettre son déploiement vers les milieux en difficulté, il n'en demeure pas moins que plusieurs CIUSSS ont eu peine à répondre aux besoins des milieux aux prises avec des éclosions majeures, d'autant plus qu'il leur a été demandé de soutenir les milieux privés en perte de contrôle. La convergence attendue des ressources des milieux et des régions plus épargnées a clairement tardé et n'a pas été à la hauteur attendue.

Des échanges avec l'ensemble des intervenants rencontrés, il y a un fort consensus autour des éléments suivants :

- Un manque d'équité perçu en regard de la contribution des établissements non fusionnés : certains ont davantage fait leur part que d'autres.



- La contribution des établissements non fusionnés s'est davantage faite en fonction des « affinités naturelles » avec certains CIUSSS plutôt qu'en fonction d'une évaluation réelle des besoins des CIUSSS. Certains d'entre eux auraient reçu moins de support que d'autres, malgré des besoins importants. Une meilleure coordination serait requise.
- Les régions moins touchées par la COVID n'ont pas suffisamment contribué pour soutenir la crise montréalaise : l'aide est venue trop tard et les ressources en nombre nettement insuffisant.
- Cette situation de pénurie de main-d'œuvre a généré de nombreux déplacements de ressources en début de pandémie, lesquels ont probablement contribué à la contamination de certains milieux. La mobilité de la main-d'œuvre est à éviter le plus possible.
- D'autres contributeurs sont venus en partie pallier les manques de main-d'œuvre, notamment les Forces armées canadiennes (FAC) et les nombreuses embauches faites par les établissements via l'initiative « Je contribue ». Il n'en demeure pas moins que ces aides *ad hoc* constituaient une réponse temporaire à la situation et ne pouvaient entièrement pallier les besoins de ressources qualifiées et formées (ex. infirmières, médecins, préposés aux bénéficiaires, etc.).
- Le modèle de déploiement préconisé par les FAC ainsi que plusieurs établissements, c'est-à-dire le déploiement d'équipes complètes multidisciplinaires (plutôt que d'individus) apparaît comme un modèle particulièrement porteur et serait celui à favoriser dans une possible deuxième vague.
- Finalement, une coordination par le ministère du déploiement, notamment interrégional, constitue une condition de succès essentielle.

Pour toutes ces raisons, il est recommandé :

## RECOMMANDATION 14

Que des cibles théoriques de ressources à mettre à la disposition des milieux en difficulté soient prescrites par le MSSS pour chaque établissement et qu'un plan de déploiement soit élaboré par ceux-ci en fonction de ces cibles :

- que des listes de volontaires soient constituées à l'avance;
- qu'un modèle de déploiement d'équipes complètes multidisciplinaires, dont la composition est à préciser par le ministère, soit préconisé;
- que les modalités des redéploiements (durée minimale, durée maximale, etc.) soient déterminées par le ministère, incluant les aspects relatifs à la santé publique (dépistage du personnel visé, etc.);



- que leur déploiement éventuel tienne compte de la réalité locale, notamment du niveau réel de délestage d'activités et de la situation au sein des établissements (ex. éclosions à gérer).

## RECOMMANDATION 15

Que l'ensemble des régions fasse de même, incluant pour les redéploiements vers d'autres régions, avec des cibles déterminées par le ministère.

## RECOMMANDATION 16

Que ces plans soient transmis au ministère et que le ministère coordonne les redéploiements interrégionaux, si requis.

## RECOMMANDATION 17

Que l'interdiction de mouvement du personnel entre les installations soit maintenue afin de favoriser la stabilité de la main-d'œuvre ainsi qu'une meilleure prévention et un contrôle plus efficace des infections :

- que le ministère évalue la faisabilité d'étendre cette interdiction aux milieux de vie privés et aux agences de placement de personnel.

### 4.4.2 Interface avec les partenaires privés

Fait marquant : la pandémie a requis l'intervention, parfois de façon intensive, du réseau public dans les milieux privés, particulièrement certains CHSLD privés et RPA qui se sont retrouvés aux prises avec des éclosions majeures et des situations de quasi-bris de service auprès des usagers.

Ce soutien important s'est avéré particulièrement exigeant pour les CIUSSS, surtout dans le contexte de la pénurie de main-d'œuvre discutée précédemment et dans les délais très serrés imposés par la gravité de la situation. Il est apparu des différents échanges avec les intervenants que la situation à Montréal divergeait significativement de celle vécue ailleurs au Québec.

Dans les autres régions consultées, la connaissance et les liens étroits tissés en amont avec partenaires privés du réseau de la santé (RPA, RI, etc.) ont semblé faciliter la gestion de la crise, notamment en ce qui a trait à l'identification des besoins et à la responsabilisation des partenaires. Par exemple, les CIUSSS de la Capitale-nationale et de l'Estrie nous ont indiqué qu'ils connaissaient déjà les enjeux de la plupart des installations sur leur territoire et que, dès le début de la crise, une équipe de soutien et d'accompagnement a été dépêchée. En Estrie, un plan de



contingence (aide-mémoire pour la continuité des opérations) a été demandé aux propriétaires, dans l'optique de les aider à mieux se préparer à différents aléas (ex. : service de repas en contexte d'éclosion, absence du personnel soignant, etc.), afin de réduire leur dépendance envers le réseau public en cas de problème. Il a aussi été rappelé aux propriétaires qu'ils devaient continuer d'assumer leurs responsabilités premières (recrutement, nettoyage, etc.).

À Montréal, les liens avec les milieux privés préalablement à la pandémie étaient très limités pour la plupart des CIUSSS et ont compliqué les opérations.

La Directrice régionale de la santé publique a aussi fait le constat que des milieux privés, comme les congrégations religieuses, se sont retrouvés particulièrement isolés et souvent très peu préparés. Certains d'entre eux n'étaient simplement pas sur le « radar » des établissements avant la crise.

Par ailleurs, force est de constater que les milieux privés sont peu formés en matière de prévention et de contrôle des infections, de même que pour l'organisation clinique (ex. création de zones à l'intérieur de l'établissement, etc.). Dans les faits, il faut se rappeler que beaucoup d'installations privées ne constituent pas des milieux de soin (clientèles autonomes, etc.) et que leurs ressources et structures d'encadrement sont très limitées. Elles ne sont pas structurées pour gérer des crises. Afin de les aider, des brigades/vigies ont été réalisées un peu partout sur le territoire, tant à Montréal que dans les autres régions, tantôt par la Direction régionale de santé publique, à d'autres moments par différentes équipes des CIUSSS (équipes de soutien à l'autonomie des personnes âgées, équipe de certification, etc.). Ces visites ou brigades permettant notamment de donner des conseils aux milieux privés sont évidemment à maintenir, même si elles ne règlent pas tout. Une planification en conséquence, avec le départage des responsabilités entre les CIUSSS et la Direction régionale de santé publique, est requise et s'avère déjà en élaboration sous l'égide d'un comité mis en place par la Direction régionale de santé publique.

Afin de répondre à ces constats et en conformité avec certaines directives déjà émises par le ministère, il est recommandé :

## **RECOMMANDATION 18**

Que chacun des CIUSSS consolide ses liens avec les gestionnaires des installations privées sur son territoire, en maintenant des échanges réguliers par le véhicule de son choix.

## **RECOMMANDATION 19**

Que les CIUSSS accompagnent les gestionnaires des installations privées afin qu'ils préparent un plan de contingence/plan de continuité des opérations, incluant des solutions alternatives pour combler les besoins incontournables (entretien, soins, cuisine, etc.) :



- que ce plan tienne compte des consignes de la santé publique pour limiter la propagation du virus (dépistage préalable des ressources venant en renfort, etc.).

## RECOMMANDATION 20

Que les bridages/vigies en prévention et en contrôle des infections, ainsi que pour soutenir les installations privées dans l'organisation des milieux soient maintenues et qu'une planification soit élaborée et mise en œuvre de façon concertée sur le territoire de chaque CIUSSS, en étroite collaboration avec la Direction régionale de santé publique.

## RECOMMANDATION 21

Que les CIUSSS rappellent aux propriétaires des milieux privés sur leur territoire leurs responsabilités et leur fournissent un numéro d'urgence 24/7, pour obtenir du soutien :

- qu'ils prévoient des équipes pouvant être déployées en renfort, en dernier recours.

En terminant sur la question des milieux de vie privés, il y a lieu de mentionner que les PDG ont, d'une voie commune, signifié leur volonté que le ministère clarifie ses attentes à l'égard de leurs responsabilités à l'égard de ceux-ci. Les recommandations qui précèdent visent en partie à préciser ce qui est attendu advenant une deuxième vague. Le ministère devra toutefois, s'il envisage de rouvrir la loi, se positionner à cet égard, notamment pour donner aux CIUSSS et au CISSS les moyens d'agir lorsque la situation le justifie.

### 4.5 Prévention et contrôle des infections (PCI)

Le portrait clinique propre à la COVID-19, et particulièrement la présence importante de positifs présymptomatiques et, possiblement, les asymptomatiques, a vraisemblablement contribué à complexifier la tâche des équipes de PCI. Or, tous s'entendent aussi pour dire que les mesures de PCI sont une arme essentielle dans l'arsenal à notre disposition pour lutter contre les virus. Lors des rencontres, il nous a été confirmé que, si des bons coups ont été réalisés en cette matière, des lacunes ont également été observées.

Bien que le partage des responsabilités entre la Santé publique et les CIUSSS était assez clair au départ, la prise en charge des milieux privés est venue brouiller les cartes en imposant une charge additionnelle et en laissant plusieurs milieux « orphelins », dont certains milieux privés de vie,



d'hébergement et de réadaptation. Nous avons traité de la question des responsabilités à l'égard des ressources privées dans la section précédente.

Cela dit, d'autres lacunes ont été observées : l'ampleur réelle des efforts consentis en matière de PCI, le manque de sensibilisation et de formation du personnel, l'absence de mise à jour des directives, le manque de capacité de l'infrastructure d'intervention en PCI dans les milieux non hospitaliers, etc.

Reconnaissant l'importance d'agir rapidement, le MSSS a élaboré un *Plan d'action visant à renforcer et assurer des mesures de PCI dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation*. Ce plan d'action, impliquant les ressources ministérielles, du réseau et de la Croix-Rouge, a été diffusé dans le réseau le 23 juin dernier par la sous-ministre. Il vise plus spécifiquement à répondre aux objectifs suivants :

- Mettre à jour les directives de PCI émises par le MSSS selon l'évolution de la situation;
- Communiquer efficacement les directives et les mesures en PCI à l'intention du personnel;
- Former adéquatement le personnel dans l'application des mesures de PCI;
- Appliquer de façon rigoureuse les mesures de prévention et de contrôle des infections dans les différents milieux;
- Utiliser adéquatement les EPI;
- Assurer un meilleur contrôle et suivi de l'application des mesures de PCI au sein des établissements.

La mise en œuvre de ce plan nous apparaît une clé importante de succès dans le contexte actuel de déconfinement et à la prévention d'une deuxième vague.

Pour ces raisons, il est recommandé :

## RECOMMANDATION 22

Que le ministère veille au déploiement du *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*.

- que les dirigeants des CIUSSS s'assurent également du déploiement, dans les échéanciers prévus, de l'ensemble des mesures prévues au plan d'action.

Au-delà de la mise en œuvre du Plan d'action, trois défis d'ordre administratif ou opérationnel demeurent. Premièrement, comme abordé antérieurement, les déplacements de personnel ont assurément contribué à la propagation du virus. Les employés présymptomatiques et, possiblement, les asymptomatiques, qui se promenaient d'une installation à l'autre pendant la



première vague ont probablement contribué de manière significative à la propagation de la COVID-19. La recommandation 17 répond à ce constat.

Le deuxième défi touche la gouvernance, qui ne favorise pas toujours l'engagement des hauts dirigeants en matière de PCI. Les mesures de PCI, comme toute mesure de prévention en général, peuvent être perçues comme un obstacle à l'efficacité des processus. Or, en contexte de pandémie, elles doivent primer sur la plupart des autres préoccupations. Pour ces raisons, les paliers de gestion nationale, régionale et locale doivent en faire une priorité. Le message sur l'importance accordée par les organisations à la PCI doit contribuer au nécessaire changement de culture et à la sensibilisation des employés.

Il est donc recommandé :

## RECOMMANDATION 23

Qu'au sein de chaque établissement, la responsabilité de la PCI soit confiée à un haut dirigeant (PDG ou PDGA) ou à un « hors cadre » (DGA), et que la personne en charge de son application (cadre) relève directement de lui.

Le troisième défi concerne les EPI. Il ne fait aucun doute que le rationnement nécessaire de certains équipements a possiblement augmenté le risque de propagation du virus en début de pandémie, avant que la situation ne s'améliore graduellement. La perception, réelle ou appréhendée, du manque d'EPI dans les milieux chauds a aussi été, de l'avis de tous, une source importante de stress pour les gestionnaires et le personnel.

Il faut d'abord admettre que l'approvisionnement et les inventaires se sont nettement améliorés pendant la première vague, notamment grâce à la centralisation de la gestion au ministère et les efforts titanesques déployés en matière d'acquisition. En outre, des ajustements graduels ont été apportés au modèle de répartition des équipements, le rendant ainsi plus apte à répondre aux besoins du terrain.

En ce moment, les établissements reçoivent leurs équipements en fonction des commandes qu'ils transmettent au ministère, et ce, pour la plupart des EPI. Ceci dit, l'approvisionnement en EPI demeure un point sensible, spécifiquement en ce qui a trait aux masques N-95 et aux gants. À ce sujet, le ministère est à pied d'œuvre pour stabiliser ses lignes d'approvisionnement et bonifier ses inventaires.

Dans le contexte d'une deuxième vague et bien que le ministère travaille actuellement un plan pour répondre aux besoins en la matière, advenant que ceux-ci redeviennent limités, le ministère doit prévoir en amont le retour à un modèle de rationnement. Ce modèle devra, de l'avis de plusieurs, être peaufiné, et tenir compte non seulement de la taille des établissements (budget d'opérations) et du nombre de cas COVID sur leur territoire, mais également des prises en charge, par les établissements, de milieux privés dans l'incapacité de répondre à leurs obligations ainsi que des partenaires qu'ils doivent desservir (organismes communautaires, etc.).



Il est donc recommandé :

## RECOMMANDATION 24

Que le ministère revoit, en cas de retour au rationnement, le modèle applicable d'attribution des EPI, en tenant compte du budget d'opération, du nombre de cas COVID et de situations particulières propres à certains établissements (prise en charge de milieux privés, des besoins communautaires, etc.).

### 4.6 Autres éléments incontournables

Au cours des nombreux entretiens que nous avons réalisés et grâce à la grande générosité de nos interlocuteurs qui ont partagé ouvertement leur expérience, plusieurs autres éléments à tenir compte en vue de la deuxième vague sont ressortis. Les principaux sont abordés très brièvement dans la section qui suit et permettront assurément d'alimenter la réflexion du ministère dans ses efforts de planification.

#### 4.6.1 *Influenza, COVID et capacités de test et d'analyse*

Plusieurs intervenants ont mentionné leur inquiétude quant à la capacité des laboratoires du réseau à gérer un volume encore plus important de tests et surtout, quant à la communication rapide des résultats. L'arrivée de la grippe saisonnière, qui présente des symptômes similaires à ceux de la COVID, ne fera qu'ajouter de la pression. **Une planification adéquate doit être faite.** Il en est de même de l'approvisionnement en écouvillons, réactifs et autres. Une stratégie de vaccination massive pour l'*Influenza*, notamment pour les clientèles vulnérables incluant celles des RPA et autres installations privées, doit aussi être prévue.

#### 4.6.2 *Milieux scolaires, Cégeps et universités*

S'ils sont moins affectés que les adultes, les enfants et les jeunes adultes ne constituent pas moins des vecteurs de transmission. La reprise des activités dans les milieux scolaires et académiques inquiète et certains dirigeants ont souligné la nécessité, dès maintenant, d'accompagner les milieux d'enseignement – dont les Cégeps et les universités, afin de s'assurer que les acteurs clés ont une formation adéquate en matière de PCI et, le cas échéant, que des stratégies de dépistage puissent être mises en place rapidement grâce aux liens déjà établis.

#### 4.6.3 *Directives du ministère*

D'emblée, spécifions que tous les dirigeants ont apprécié le leadership exercé par le ministère, notamment par l'émission de directives. Celles-ci jouent un rôle fondamental dans l'organisation des services. Cela dit, c'est avec unanimité que plusieurs dirigeants ont constaté que les directives ministérielles avaient été nombreuses, peu espacées dans le temps, parfois contradictoires et, dans certains cas, mal arrimées avec la réalité du terrain ou ne tenant pas compte du continuum dans les trajectoires (silos par secteurs d'activité). Des améliorations seraient souhaitées.



#### *4.6.4 Organisation des milieux et vétusté des installations*

Plusieurs propositions ou bonnes pratiques quant à l'organisation des milieux et à la gestion des milieux chauds sont ressorties des échanges, notamment le cohortage des patients en hébergement atteints de la COVID, la création d'équipes spécialisées pour aider les installations à organiser physiquement leurs milieux (zones, etc.) et le maintien d'équipes dédiées pour les zones chaudes. Certains souhaiteraient que les hôpitaux disposant principalement de chambres simples fassent davantage pour accueillir les patients atteints de la COVID. La vétusté des installations (chambres doubles et triples, corridors étroits, etc.) est aussi un obstacle à la PCI dans un contexte pandémie. Le ministère devra assurément continuer ses travaux visant à moderniser ses installations et à trouver des solutions alternatives temporaires pour atténuer les difficultés qui en découlent. Finalement, un positionnement à court terme du ministère quant au maintien ou non de chambres doubles ou multiples serait souhaité.

#### *4.6.5 Information de gestion et reddition de compte*

Les redditions de compte et demandes d'information de gestion de toutes sortes ont fortement sollicité le réseau. Considérant les limites des systèmes informatiques en place et les nombreuses collectes manuelles, les intervenants rencontrés apprécieraient que les besoins soient mieux ciblés.

#### *4.6.6 Gestion des effets du délestage de la première vague versus la deuxième vague*

Plusieurs s'inquiètent des effets pervers du délestage des activités de la première vague, notamment sur les délais que cela a engendré dans la détection des maladies et dans leur traitement chez certains patients. Tous ont signifié que le niveau de délestage dans une éventuelle deuxième vague ne pourra être à la hauteur de celui de la première vague.

#### *4.6.7 Médecine à distance*

Il ne fait pas de doute que la pandémie ait accéléré l'implantation des services de télésanté ou de médecine à distance. Plusieurs intervenants ont attribué à cette mesure un facteur de succès ayant facilité le délestage d'activités dans le réseau. En outre, certains y voient une amélioration de la qualité des services, notamment pour les rendez-vous préprocédure et de suivi. Ces pratiques seraient de leur avis à pérenniser.

#### *4.6.8 Pérennisation des lieux non traditionnels*

En vue d'une deuxième vague qui se tiendrait en saison froide, les intervenants rencontrés ont la préoccupation de pérenniser les sites non traditionnels mis en place pour l'hébergement et le dépistage. Des solutions alternatives doivent être réfléchies et mises en œuvre à court terme.

#### *4.6.9 Reconnaissance du personnel*

Plusieurs dirigeants ont mentionné avoir été impressionnés par la force et la résilience de leur personnel pendant la première vague de la pandémie. Malgré la fatigue, le choc psychologique lié aux trop nombreux décès de patients, les inquiétudes pour sa propre santé et celle de ses proches, le personnel est demeuré mobilisé. Le travail des cadres a aussi été souligné. Le bien-être des



## Coronavirus (COVID-19)



employés passe notamment par la mise en place de mesures concrètes de soutien. Il passe aussi par la reconnaissance de l'engagement et du dévouement des personnes et des équipes. Des mesures de reconnaissance devraient être prévues.



## Suivi et mise en œuvre des recommandations

Tel que nous l'avons mentionné en introduction, le présent diagnostic ne cherche pas à se substituer aux enquêtes à venir, notamment celle annoncée par la Protectrice du citoyen ou celle instaurée par la Coroner en chef, mais se veut plutôt une démarche d'amélioration dans le contexte des quelques mois d'accalmie de la pandémie. Dans ce contexte, il est important que les recommandations qu'il contient soient mises en œuvre dans les meilleurs délais, afin de renforcer la capacité de tous les intervenants à faire face à une deuxième vague dont l'ampleur demeure inconnue.

Pour ces raisons, il est proposé que la mise en œuvre et le suivi des recommandations soient sous la responsabilité du ministère, et qu'un plan d'action précisant les mesures à réaliser, les responsables et les échéanciers soit préparé et arrimé avec le plan d'action plus global en élaboration à l'échelle nationale pour la planification de la deuxième vague, notamment puisque certaines recommandations peuvent aussi s'appliquer à l'extérieur de Montréal.

Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux montréalais devront évidemment être mis à contribution, puisqu'au cœur des opérations. D'ailleurs, ils sont déjà à pied d'œuvre.

Enfin, certains thèmes importants soulevés ne trouveront pas de réponse à court ou moyen termes parce qu'ils impliquent, par exemple, des changements législatifs ou des investissements majeurs. Il reviendra au MSSS et au réseau, dans le cadre de leurs processus décisionnels habituels, de compléter les réflexions et d'apporter des réponses qui s'imposent.



## 5. Conclusion et remerciements

La pandémie de la COVID-19 a touché le Québec au moment où le réseau des CIUSSS, fruit d'une transformation imposante, soulignait tout juste son cinquième anniversaire et entrait dans une phase de consolidation. Plusieurs constats du présent rapport, particulièrement ceux qui touchent la gouvernance stratégique et tactique, le partage de certaines responsabilités en santé publique, la collaboration et la coordination entre les établissements, étaient connus avant mars 2020 et avaient fait l'objet de réflexions. Le réseau s'est engagé dans la gestion de la crise avec les outils dont il disposait à ce moment précis et avec des défis déjà existants (pénurie de main-d'œuvre, vétusté de certaines installations, etc.).

Il ne fait pas de doute qu'il est beaucoup plus facile de souligner, après coup, ce qui aurait dû ou pu être fait autrement. Les améliorations recommandées dans le présent rapport ne diminuent en rien le travail colossal qui a été déployé par les dirigeants, les cadres et l'ensemble des employés du réseau pour faire face à la pandémie. Au contraire, elles visent à s'assurer que tous disposent des structures, des processus et des outils appropriés pour faire leur travail de la manière la plus efficace possible, tout en sachant que certains problèmes de fond ne trouveront pas nécessairement réponse avant l'arrivée possible de la deuxième vague.

En terminant, nous tenons à remercier chacun des dirigeantes, dirigeants et gestionnaires, tant du réseau, du ministère que des partenaires, ayant collaboré avec une grande générosité à la préparation de ce diagnostic. Leur ouverture à parler des « vrais enjeux » et leur esprit de collaboration lors de nos consultations ont permis, en moins de quelques semaines, de produire des recommandations qui, nous le souhaitons, permettront aux instances nationales, régionales et locales de s'ajuster en prévision d'une possible deuxième vague de la pandémie.

Sur une note plus humaine, les consultations nous auront donné l'occasion de rencontrer des interlocuteurs sincères et engagés professionnellement et personnellement à donner les meilleurs services aux citoyens dont, particulièrement, les plus touchés par la pandémie.



## Annexe 1 – Liste des personnes rencontrées dans le présent mandat

### Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

#### **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

Monsieur Lawrence Rosenberg, président-directeur général

Madame Francine Dupuis, présidente-directrice générale adjointe

#### **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal**

Madame Sonia Bélanger, présidente-directrice générale

Monsieur Jacques Couillard, président-directeur général adjoint

Madame Mylène Drouin, directrice de la santé publique pour la région de Montréal

#### **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal**

M. Sylvain Lemieux, président-directeur général

M. Jean-François Fortin-Verreault, président-directeur général adjoint

#### **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**

Madame Lynne McVey, présidente-directrice générale

Madame Najia Hachimi-Idrissi, présidente-directrice générale adjointe

#### **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal**

Monsieur Frédéric Abergel, président-directeur général

Madame Julie Boucher, présidente-directrice générale adjointe

#### **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale**

Monsieur Michel Delamarre, président-directeur général

Monsieur Guy Thibodeau, président-directeur général adjoint

#### **Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre**

Monsieur Richard Deschamps, président-directeur général

Madame Lise Pouliot, présidente-directrice générale adjointe

#### **Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke**

Monsieur Stéphane Tremblay, président-directeur général

Madame Robin-Marie Coleman, présidente-directrice générale adjointe

### Établissements non affiliés

#### **Centre hospitalier de l'Université de Montréal**

Monsieur Fabrice Brunet, président-directeur général

Madame Danielle Fleury, présidente-directrice générale adjointe



**Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine**

Madame Caroline Barbir, présidente-directrice générale

Madame Isabelle Demers, présidente-directrice générale adjointe

**Centre universitaire de santé de l'université McGill**

Monsieur Pierre Gfeller, président-directeur général

Madame Martine Alfonso, présidente-directrice générale adjointe

**Institut de cardiologie de Montréal**

Madame Mélanie La Couture

**Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel**

Madame Manon Boily, présidente-directrice générale

**Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Certaines directions générales du ministère, en raison de leurs responsabilités, ont été consultées de façon plus pointue sur des aspects spécifiques du rapport :

**Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité**

Monsieur Pierre Lafleur, sous-ministre adjoint

Madame Diane Poirier, directrice, Direction générale adjointe de la coordination réseau

Martin Simard, directeur général adjoint de la sécurité civile et des affaires institutionnelles

**Direction générale de la santé publique**

Monsieur Horacio Arruda, sous-ministre adjoint

Monsieur Richard Massé, conseiller médical stratégique à la Direction de la santé publique

**Direction générale du personnel réseau et ministériel**

Monsieur Vincent Lehouillier, sous-ministre adjoint

**Direction générale des aînés et des proches aidants**

Madame Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe

**Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement**

Monsieur Luc Desbiens, sous-ministre adjoint

**Autres partenaires du réseau****Ville de Montréal**

Madame Peggy Bachman, directrice générale adjointe à la qualité de vie

Monsieur Richard Liebmann, directeur stratégique et de la prévention incendie



# Coronavirus (COVID-19)

## Ministère de la Sécurité publique

Jean Bissonnette, sous-ministre associé, Direction générale de la sécurité civile et de la sécurité incendie

Jean Savard, directeur des opérations, Direction générale de la sécurité civile et de la sécurité incendie



## Annexe 2 – Liste des principaux documents consultés

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**  
*Intensification du Soutien à domicile en temps de pandémie, non daté.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**  
*Modèle de gestionnaire répondant CIUSSS par site privé et privé conventionné, 29 mai 2020.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**  
*Projet d'innovation: Prothèse totale de la hanche et prothèse du genou en chirurgie d'un jour au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 1 juin 2020.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**  
*Système de gestion des risques à la fatigue (SGRF) pour les travailleurs de la santé canadiens durant la COVID-19, 1 juin 2020.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal,**  
*Bilan de la Table intersectorielle de rétablissement du réseau de la santé et services sociaux montréalais – COVID-19, 6 juillet 2020.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal,**  
*Direction régionale de la santé publique, Appui de la DRSP contre la COVID-19 chez les personnes âgées hébergées en milieux de vie pour aînés (CHSLD privés, RPA, RI, RPF), 25 juin 2020.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal,**  
*Direction régionale de la santé publique de Montréal, Cliniques mobiles de dépistage, document de projet, 1 juin 2020.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal,**  
*Direction régionale de la santé publique de Montréal, Lignes de temps, Volet Santé publique, Région de Montréal, présentation Power Point, COVID-19 juin 2020.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal,**  
*Direction régionale de la santé publique de Montréal, Organisation des services de détection de la COVID-19 ajustée selon l'évolution de la pandémie, non daté.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal,**  
*Direction régionale de la santé publique de Montréal, Plan régional de réponse à la pandémie COVID-19 – région de Montréal, 12 juin 2020.*

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal,**  
*Direction des services généraux et des partenariats urbains, Proposition Table intersectorielle de rétablissement du RSSS Montréalais – COVID-19; Sous l'égide de la Table des PDGA-DGA désignés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux montréalais, juin 2020.*



**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal, Direction régionale de la santé publique de Montréal,** Recommandations visant l'amélioration de la protection des travailleurs d'agence de placement de personnel dans le contexte de la pandémie COVID-19, non daté.

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal, Direction régionale de la santé publique de Montréal,** Réseau de santé publique montréalais, *Mobilisé pour améliorer, protéger la santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé;* présentation PowerPoint; 18 novembre 2019.

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal, Direction régionale de la santé publique de Montréal,** Situation COVID-19 sur l'Île-de-Montréal au 9 juin 2020.

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de- l'Île-de-Montréal,** *Stratégie régionale pour le dépistage et détection précoce de la COVID-19, volet accès et utilisation des test TAAN, Région de Montréal,* document évolutif, 15 juin 2020

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie,** *Synthèse de l'accompagnement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS auprès des milieux de vie privés pendant la première vague de la pandémie de COVID-19* (et ses diverses pièces jointes), 3 juillet 2020

**Dr Pierre Gfeller, président-directeur général,** *L'autorité fonctionnelle de l'équipe PCI;* Centre intégré universitaire de santé McGill, 2009.

**Ministère de la Santé et des Services sociaux,** *Organisation des services de dépistage et de détection de la COVID-19 ajustée selon l'évolution de la pandémie dans la région de Montréal,* document de travail, non daté.

**Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle,** *Rapport et recommandations, Analyse de la perception des acteurs sur le modèle de coordination montréalaise interétablissements;* 29 octobre 2018.

**Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la coordination réseau et ministérielle,** *Retour du Comité de gestion du réseau spécial – retour d'expérience sur la pandémie COVID-19 selon 6 thèmes;* version sur 16 juin 2020.

## **Réponses écrites aux questionnaires soumis par le MSSS, juin 2020**

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal,
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal



# Coronavirus (COVID-19)



- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
- Centre universitaire de santé McGill
- Centre universitaire de l'Université de Montréal
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la coordination, de la planification, de la performance et de la qualité
- Direction régionale de la santé publique de Montréal



## Annexe 3 – Liste des recommandations

Il est recommandé :

### RECOMMANDATION 1

Que des sous-comités de gestion du réseau (CGR) spécifiques à la région de Montréal soient tenus par le ministère à une fréquence régulière afin de discuter des enjeux propres à Montréal;

- qu’au besoin, des groupes de travail *ad hoc* de PDG ou de personnes qu’ils désignent soient mis en place pour faire des recommandations sur certaines mesures, lorsque celles-ci touchent particulièrement la métropole.

### RECOMMANDATION 2

Que la table de gouvernance stratégique regroupant les PDG des 10 établissements de Montréal et la directrice régionale de la santé publique soit maintenue :

- que le sous-ministre associé à la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles, chargé de la coordination du réseau y siège, notamment pour en assurer la coordination, arbitrer les litiges et assurer un lien plus étroit avec le ministère;
- qu’un représentant de la Direction générale de la santé publique y siège également, pour l’arrimage avec le palier national de la santé publique;
- que tout autre partenaire dont la présence est jugée pertinente soit aussi convié aux rencontres (ex. Ville de Montréal, etc.);
- que ces rencontres se tiennent sur une base régulière, voire quotidienne si la situation le requiert, afin de convenir des orientations et d’en assurer le suivi (tenue d’un tableau de bord).

### RECOMMANDATION 3

Tout en respectant les compétences de chacun, qu’un arrimage accru entre la Direction générale de la santé publique (volet national) et la Direction régionale de la santé publique de Montréal (volet régional) soit instauré par la tenue d’échanges réguliers et de consultations spécifiques:

- en s’assurant que les orientations et les propositions présentées aux autorités ministérielles soient discutées au préalable entre les deux instances, pour assurer une meilleure cohérence et une complémentarité accrue des mesures;
- qu’à l’inverse, la Direction régionale de la santé publique de Montréal, communique à la Direction générale de la santé publique ses orientations avant de les mettre en œuvre.



## RECOMMANDATION 4

Que pour l'arrimage tactique/opérationnel au niveau régional, les échanges soient concentrés au niveau d'un comité de PDGA, avec la directrice régionale de la santé publique ou le représentant qu'elle désigne :

- que des rencontres régulières, voire quotidiennes si la situation le requière, soient prévues;
- qu'une personne en autorité de l'équipe ministérielle de coordination (ÉMC) 514-450 représente le ministère à ces rencontres, en concertation avec les autres directions générales du ministère, ainsi qu'un représentant de la Direction générale de la santé publique;
- qu'un représentant de la Ville de Montréal y siège également lorsqu'opportun;
- que tout autre partenaire dont la présence est jugée pertinente soit convié aux rencontres.

## Recommandation 5

Qu'au niveau de l'arrimage avec les différents partenaires (autres secteurs d'activités comme le transport, etc.), soit utilisée à meilleur escient la structure de sécurité civile :

- en s'assurant que les représentants du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal qui siègent au CCMU de la Ville de Montréal disposent de l'information requise pour bien remplir leur rôle (plus impliqués dans la structure de crise locale) et en convenant d'un mécanisme de rétroaction pour les suivis/retours au CCMU;
- en impliquant davantage l'ORSC, sous la gouverne du MSP.

## RECOMMANDATION 6

Que, lorsque plus d'un CIUSSS couvre les mêmes arrondissements ou villes, les PDG concernés identifient un des leurs pour agir comme interlocuteur unique auprès des élus du territoire couvert.

## RECOMMANDATION 7

Qu'en temps de crise, les PDG prévoient des échanges réguliers, voire quotidiens, avec les élus sur leur territoire pour communiquer l'information essentielle.

## RECOMMANDATION 8

Qu'un interlocuteur soit désigné au cabinet du ministre pour répondre aux questions et enjeux nationaux des élus et que l'identité de cet interlocuteur soit clairement communiquée aux élus concernés.



## RECOMMANDATION 9

Que les CIUSSS excluent les ressources de santé publique du délestage (notamment vers les CHSLD); même si elles restent affectées au CIUSSS, celles-ci doivent continuer de jouer un rôle en matière de santé publique.

## RECOMMANDATION 10

Que les CIUSSS et la Directrice régionale de la santé publique conviennent à l'avance, par entente, les ressources qui pourront être rapatriées par celle-ci et les modalités entourant ce rapatriement conformément au plan de mobilisation prévu dans la Loi sur la santé publique.

## RECOMMANDATION 11

Que spécifiquement pour les enquêtes épidémiologiques, la Direction régionale de santé publique prépare un plan de mobilisation mettant à contribution des ressources hors réseau de la santé et des services sociaux (par exemple, avec des compagnies de sondage ou d'assurance, un redéploiement de la fonction publique, etc.), formées à l'avance (réserve).

## RECOMMANDATION 12

Que la Direction régionale de santé publique déploie, en étroite collaboration avec les CIUSSS, une stratégie régionale de dépistage concertée pour l'ensemble du territoire, tout en tenant compte des réalités locales et de la stratégie nationale:

- qu'à l'instar de ce qui se fait en Montérégie, la stratégie soit entérinée par les PDG des CIUSSS, puisqu'il est fondamental qu'ils y adhèrent;
- qu'un suivi serré de son déploiement (tableau de bord) soit assuré par la table de gouvernance stratégique des PDG et de la directrice régionale de santé publique.

## RECOMMANDATION 13

Qu'afin de clarifier les responsabilités de chacun, d'éviter les problèmes d'arrimage et de mettre à profit l'expertise de chacun :

- que l'opérationnalisation de la stratégie de dépistage soit sous la responsabilité des CIUSSS, incluant le dépistage communautaire/mobile, et le dépistage dans différents sites d'éclosion (entreprises, universités, centres de détention), en étroite collaboration avec la Direction régionale de santé publique;
- que les priorités d'action opérationnelles et les modalités soient déterminées par la Directrice régionale de la santé publique, en fonction notamment de la situation épidémiologique et de la capacité des établissements, et ce, dans le respect des orientations nationales.



## RECOMMANDATION 14

Que des cibles théoriques de ressources à mettre à la disposition des milieux en difficulté soient prescrites par le MSSS pour chaque établissement et qu'un plan de déploiement soit élaboré par ceux-ci en fonction de ces cibles :

- que des listes de volontaires soient constituées à l'avance;
- qu'un modèle de déploiement d'équipes complètes multidisciplinaires, dont la composition est à préciser par le ministère, soit préconisé;
- que les modalités des redéploiements (durée minimale, durée maximale, etc.) soient déterminées par le ministère, incluant les aspects relatifs à la santé publique (dépistage du personnel visé, etc.);
- que leur déploiement éventuel tienne compte de la réalité locale, notamment du niveau réel de délestage d'activités et de la situation au sein des établissements (ex. éclosions à gérer).

## RECOMMANDATION 15

Que l'ensemble des régions fasse de même, incluant pour les redéploiements vers d'autres régions, avec des cibles déterminées par le ministère.

## RECOMMANDATION 16

Que ces plans soient transmis au ministère et que le ministère coordonne les redéploiements interrégionaux, si requis.

## RECOMMANDATION 17

Que l'interdiction de mouvement du personnel entre les installations soit maintenue afin de favoriser la stabilité de la main-d'œuvre ainsi qu'une meilleure prévention et un contrôle plus efficace des infections :

- que le ministère évalue la faisabilité d'étendre cette interdiction aux milieux de vie privés et aux agences de placement de personnel.

## RECOMMANDATION 18

Que chacun des CIUSSS consolide ses liens avec les gestionnaires des installations privées sur son territoire, en maintenant des échanges réguliers par le véhicule de leur choix.



## RECOMMANDATION 19

Que les CIUSSS accompagnent les gestionnaires des installations privées afin qu'ils préparent un plan de contingence/plan de continuité des opérations, incluant des solutions alternatives pour combler les besoins incontournables (entretien, soins, cuisine, etc.) :

- que ce plan tienne compte des consignes de la santé publique pour limiter la propagation du virus (dépistage préalable des ressources venant en renfort, etc.).

## RECOMMANDATION 20

Que les bridages/vigies en prévention et en contrôle des infections, ainsi que pour soutenir les installations privées dans l'organisation des milieux soient maintenues et qu'une planification soit élaborée et mise en œuvre de façon concertée sur le territoire de chaque CIUSSS, en étroite collaboration avec la Direction régionale de santé publique.

## RECOMMANDATION 21

Que les CIUSSS rappellent aux propriétaires des milieux privés sur leur territoire leurs responsabilités et leur fournissent un numéro d'urgence 24/7, pour obtenir du soutien :

- qu'ils prévoient des équipes pouvant être déployées en renfort, en dernier recours.

## RECOMMANDATION 22

Que le ministère veille au déploiement du *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*.

- Que les dirigeants des CIUSSS s'assurent du déploiement, dans les échéanciers prévus, de l'ensemble des mesures prévues au plan d'action.

## RECOMMANDATION 23

Qu'au sein de chaque établissement, la responsabilité de la PCI soit confiée à un haut dirigeant (PDG ou PDGA) ou à un « hors cadre » (DGA), et que la personne en charge de son application (cadre) relève directement de lui.

## RECOMMANDATION 24

Que le ministère revoit, en cas de retour au rationnement, le modèle applicable d'attribution des EPI, en tenant compte du budget d'opération, du nombre de cas COVID et de situations particulières propres à certains établissements (prise en charge de milieux privés, des besoins communautaires, etc.).



