

Ciência, emergências de saúde e governança: lições aprendidas com a experiência de Quebec

Science, health emergencies and governance: lessons learned from the Quebec experience

Science, urgences sanitaires et gouvernance: leçons tirées de l'expérience du Québec

Horacio Arruda

Vice-ministro Adjunto, Direção-Geral de Saúde Pública, Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Quebec, Canadá

Richard Massé

Conselheiro médico estratégico, Direção-Geral de Saúde Pública, Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Quebec; Professor honorário, Escola de Saúde Pública, Departamento de Medicina Social e Preventiva, Universidade de Montréal, Quebec, Canadá

Marie-France Raynault

Conselheiro médico estratégico sênior, Direção-Geral de Saúde Pública, Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Quebec; Professora emérita, Escola de Saúde Pública, Departamento de Medicina Social e Preventiva, Universidade de Montréal, Quebec, Canadá

Renée Levaque

Adjunta Executiva; Direção-Geral de Saúde Pública, Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Quebec, Canadá

Resumo

O mundo enfrenta diversas ameaças sanitárias que necessitam, por parte das autoridades, de preparação e planeamento capazes de proporcionar resposta ágil e adaptada à situação de crise, nomeadamente a COVID-19. Essa governação deve ser balizada por um enquadramento legislativo que defina os papéis e as responsabilidades dos atores. Uma abordagem intersectorial é necessária, tendo em vista os múltiplos impactos gerados sobre a sociedade. A implementação de sistemas de vigilância de alto desempenho permite a rapidez da intervenção para a aquisição de conhecimentos epidemiológicos e para a adoção de medidas que visem ao controle da situação. Frequentemente tomadas num contexto de incertezas científicas, as decisões devem repousar sobre um máximo de evidências, porém elas não são os únicos elementos de partida. Importa, *a priori*, ter havido a identificação das organizações científicas credíveis que emitirão rápidas prescrições, adaptadas à situação de urgência. A racionalidade das intervenções e a comunicação à população serão, assim, facilitadas. A resiliência diante dessas situações é determinada, sobretudo, pela preparação, porém varia bastante no seio de uma mesma população segundo o grau de vulnerabilidade dos indivíduos que a compõem. Isso lembra-nos a importância de agir precocemente na prevenção, a fim de diminuir as desigualdades em saúde. Finalmente, as crises são, também, oportunidades para corrigir fragilidades evidenciadas pela situação ao final do balanço e da avaliação das suas implicações.

Palavras-chave : Saúde pública, COVID-19, pandemia, gerenciamento de riscos, políticas públicas, comunicação, desigualdade na saúde.

Abstract

The world is facing several health threats that require authorities to prepare and plan for an agile response, adapted to crisis situations, including COVID-19. This governance must be marked out by a legislative framework that defines the roles and responsibilities of the stakeholders. A cross-sectoral approach is necessary given the multiple societal impacts that are generated. The implementation of effective surveillance systems allows rapid intervention in acquiring epidemiological knowledge and implementing measures aimed at controlling the situation. Often taken in a context of scientific uncertainties, decisions must be based on as much evidence as possible, but these are not the only inputs. It is important to identify beforehand, the credible scientific organizations that will issue rapid advice, adapted to the emergency. Rational interventions and communication to the population will be facilitated. Resilience in the face of these situations is determined namely through preparation but varies greatly within the same population according to the degree of vulnerability of the individuals who compose it. This reminds us of the importance of acting upstream in prevention to reduce health inequities. Finally, crises are also opportunities to correct weaknesses highlighted by the situation following a post-mortem analysis and the assessment of the issues.

Keywords : Public Health, COVID-19, pandemics, risk management, public policy, communication, health inequities.

<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.439>

Résumé

Le monde fait face à plusieurs menaces sanitaires qui nécessitent de la part des autorités une préparation et une planification pour une réponse agile et adaptée à la situation de crise, notamment la COVID-19. Cette gouvernance doit être balisée par un cadre législatif qui définit les rôles et responsabilités des acteurs. Une approche intersectorielle est nécessaire compte tenu des multiples impacts sociétaux qui sont générés. La mise en place de systèmes de surveillance performants permet la rapidité d'intervention pour l'acquisition de connaissances épidémiologiques et la mise en place de mesures visant à contrôler la situation. Souvent prise dans un contexte d'incertitudes scientifiques, les décisions doivent reposer sur un maximum de données probantes, mais celles-ci ne sont pas les seuls intrants. Il importe a priori d'avoir identifié les organisations scientifiques crédibles qui émettront des avis rapides adaptés à la situation d'urgence. La rationalité des interventions et la communication à la population en seront facilités. La résilience devant ces situations est déterminée notamment par la préparation, mais varie beaucoup au sein d'une même population selon le degré de vulnérabilité des individus qui la composent. Ceci nous rappelle l'importance d'agir en amont en prévention pour diminuer les inégalités de santé. Finalement les crises sont aussi des opportunités pour corriger des faiblesses mises en évidence par la situation à la suite du bilan et de l'évaluation des enjeux.

Mots-clés : Santé publique, COVID-19, pandémie, gestion des risques, politiques publiques, communication, inégalités de santé.

Le contexte mondial

Le monde fait face à des menaces sanitaires et humanitaires sans précédents. Les changements climatiques, l'émergence de nouvelles maladies infectieuses et zoonoses, la résistance aux antibiotiques, la pollution et la chute rapide de la biodiversité n'en sont que quelques exemples. Si la mondialisation, les échanges internationaux et la vitesse des communications représentent des atouts importants, ils constituent également d'immenses défis quant à la vitesse de propagation des épidémies, aux approvisionnements et à la gestion des communications avec les médias et les populations. Cet article illustre l'expérience du Québec dans la gestion des crises sanitaires dont la COVID-19, en y présentant brièvement la situation démographique et épidémiologique au Québec, les cadres d'intervention, l'importance de la science dans la prise de décision, la gouvernance et les leçons apprises. Même si tout n'est pas évitable, la pandémie a une fois de plus démontré qu'il importe d'agir en amont pour réduire l'impact de ces crises sur la population et notamment chez nos concitoyens les plus vulnérables.

La situation démographique et épidémiologique au Québec

Au recensement de 2016, quatre ans avant la pandémie de COVID-19, le Québec comptait 8,2 millions d'habitants. Il en compte en 2022 presque 8,7 millions. Près de cinquante pour cent de la population habite dans les 82 municipalités composant la Communauté urbaine de Montréal. Une personne sur cinq est âgée d'au moins 65 ans et on estime que, d'ici dix ans, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus pourrait dépasser les 25 % [1].

Le 27 février 2020, les autorités de santé publique déclaraient le 1^{er} cas de COVID-19 sur le territoire québécois. Dès ce moment et jusqu'au 18 avril 2023, le Québec a été touché par sept vagues successives de COVID-19 [2]. Au plus fort de la pandémie, lors de la 4^e vague, ce sont 64 689 cas qui ont été détectés durant la seule semaine du 19 décembre 2021, ce qui portait le compte cumulatif depuis le début de la pandémie à 547 901 cas (Figure 1).

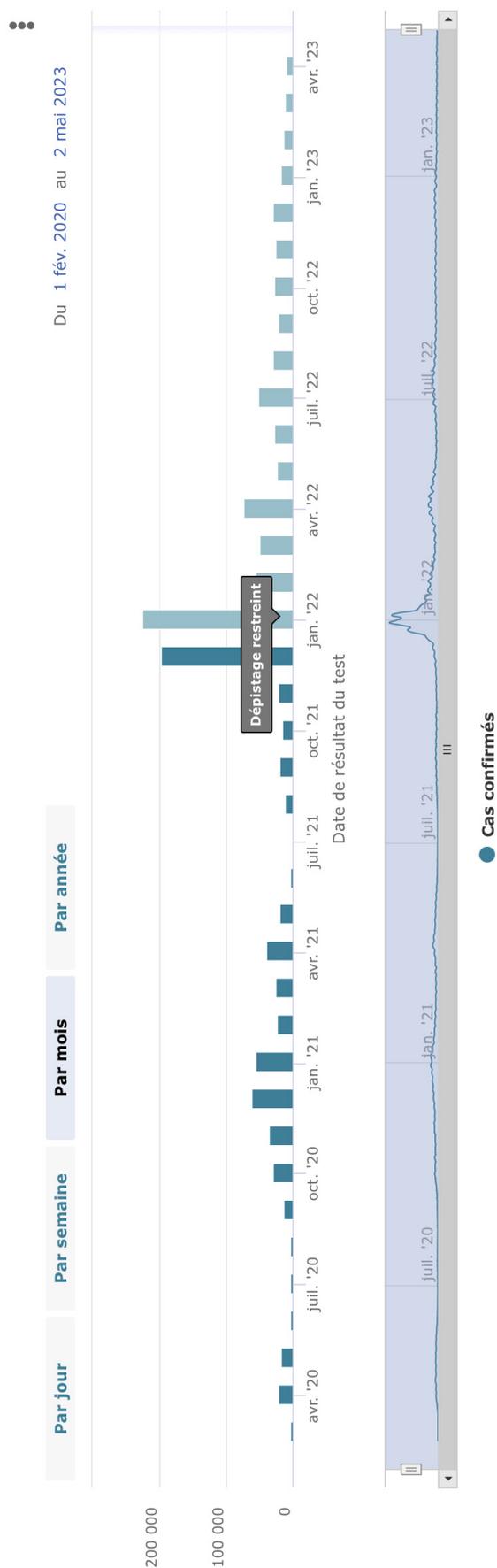


Figure 1 : Évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 par mois – Ensemble du Québec, 1er février 2020 au 25 avril 2023. Source: Institut national de santé publique du Québec

Le diagnostic reposait sur un test PCR au cours des vagues initiales. Devant la recrudescence des cas enregistrés lors de la 4^e vague, les autorités ont décidé de rendre accessibles gratuitement à toute la population québécoise, en commençant par les enfants fréquentant les écoles primaires, des trousse de cinq tests rapides pour permettre à chacun, en présence de symptômes, de vérifier son état et de prendre rapidement les mesures nécessaires en cas de résultats positifs. Les trousse ont été offertes directement par l’entremise des écoles ou dans les pharmacies communautaires. Cette mesure présentait l’avantage de permettre à un individu positif à la COVID-19 de s’isoler plus rapidement que s’il devait attendre les résultats d’un test en clinique ; devant l’ampleur de la contamination, les cliniques étaient devenues rapidement surchargées. Autre avantage des tests rapides, ils permettaient de responsabiliser chaque individu par rapport à sa santé. En date de la semaine du 9 avril 2023, nous avons enregistré 1 334 375 cas de COVID-19 depuis le début de la pandémie.

Dans les seuls mois d’avril et de mai 2020, lors de la 1^{re} vague, le Québec a enregistré 4 753 décès causés par la COVID-19, soit un taux de létalité de 12%, taux obtenu en calculant le nombre de décès dans le groupe de personnes atteintes par la maladie. Au total, en date de la fin mars 2023, ce sont 17 659 décès dus à la COVID-19 qui ont été enregistrés. Les milieux de soins, comme les centres d’hébergement et de soins longue durée (CHSLD) et, dans une moindre mesure, les milieux de vie que sont les résidences pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes (RPA) ont été les plus durement touchés. Les déficiences en matière de prévention et de contrôle des infections, la promiscuité dans les milieux de soins, un manque de personnel, des travailleurs d’agences de placements privés qui se déplaçaient d’un milieu à l’autre, une gestion déficiente des établissements et l’absence de vaccins ont largement contribué à cette situation. Durant les mois de décembre 2021 et janvier 2022 (au plus fort de la 4^e vague), alors que dix fois plus de cas étaient enregistrés (423 776 cas), le taux de létalité se situait à moins de 1 %. Nous pouvons attribuer cette diminution de la létalité à l’effet combiné des mesures prises dès la 2^e vague, ainsi qu’à l’accès à la vaccination (Figure 2). Au total, la mortalité excédentaire imputable à la COVID a été plus faible au Québec que dans les autres juridictions de l’Amérique du Nord comme le démontre les données colligées par l’Institut de la statistique du Québec (Figure 3).

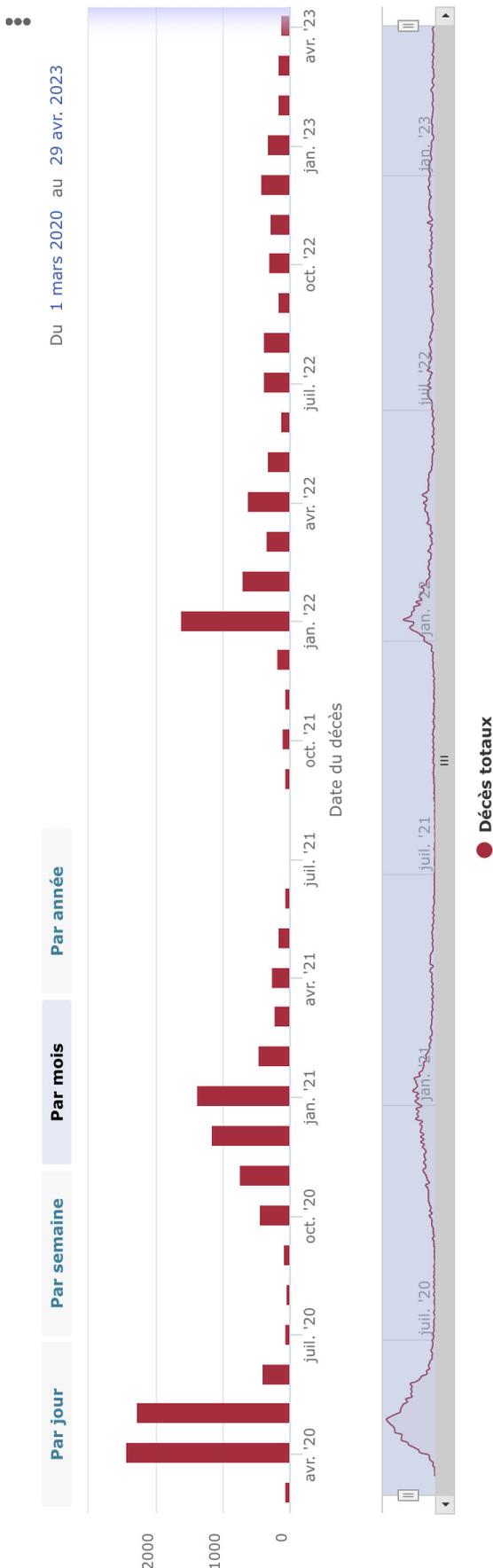
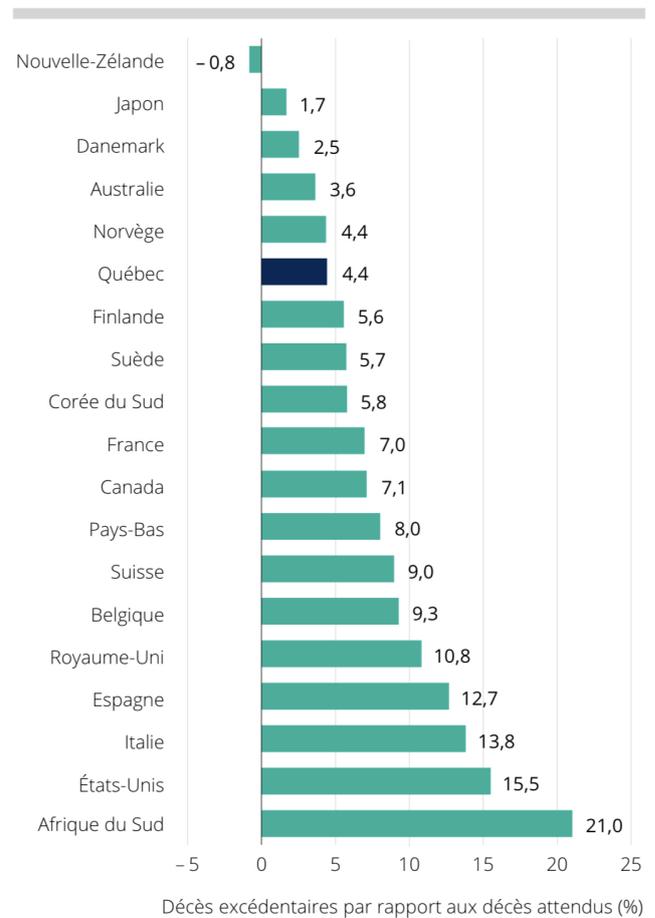


Figure 2 : Évolution du nombre de décès liés à la COVID-19 selon le mois de décès – Ensemble du Québec, du 1er mars 2020 au 22 avril 2023
Source: Institut national de santé publique du Québec

Surmortalité cumulée depuis mars 2020, Québec et certains pays



Note : Données jusqu'au 17 ou 18 septembre pour le Québec et les autres régions, sauf le Canada (16-07-2022), l'Australie et la Corée du Sud (31-07-2022), le Japon (31-08-2022), l'Italie et la Finlande (04-09-2022) et la Suède (11-09-2022).

Sources : Institut de la statistique du Québec.
Statistique Canada, *Tableau 13-10-0784-01*.
World Mortality Dataset (y compris les données de la *Human Mortality Database*).

Figure 3 : Surmortalité cumulée depuis mars 2020 au Québec et dans d'autres pays [21]

C'est en décembre 2020 que la vaccination a débuté au Québec. Prioritairement, nous avons ciblé les personnes vulnérables et les intervenants de santé travaillant auprès de ces derniers. Une vaste campagne de vaccination dans tous les RPAs et CHSLDs de la province a eu lieu pour qu'une première dose de vaccin soit administrée à chaque résident. Par ailleurs, plutôt que d'offrir deux doses par personne, les autorités de santé publique québécoises ont choisi d'offrir initialement une seule dose, mais à un plus grand nombre de personnes. Ainsi, trois mois après la mise en disponibilité des vaccins, ce sont 1,4 million de doses qui ont été administrées. Par ailleurs, à mesure que de nouvelles doses de vaccins devenaient disponibles,

les personnes vulnérables incluant les membres des communautés autochtones isolées ou éloignées ont reçu une deuxième dose en priorité, puis le reste de la population, en fonction du groupe d'âge, a pu compléter leur vaccination. Au 18 avril 2023, ce sont 2,3 millions de doses qui ont été administrées¹, ce qui représente 82 % de la population ayant reçu leur vaccination de base. Le programme de vaccination continue à ce jour, de manière à offrir un minimum de quatre doses par personne.

Planification et préparation

Encadrement législatif et planification

La gestion des crises sanitaires par les autorités nécessite un encadrement législatif préalable, une planification, une préparation et des actions en amont sur les déterminants de santé pour amoindrir l'impact sur la population et notamment sur les personnes plus vulnérables.

Une activation et une mobilisation des différents secteurs du gouvernement deviennent nécessaires et doivent être modulées selon la nature, la gravité de la menace réelle ou appréhendée, ses impacts sur la société et le rôle attendu des intervenants dans cette crise. Si la menace n'est présente que dans un seul territoire sanitaire, la situation sera gérée par le palier régional. Généralement, une menace affectant plusieurs territoires sera prise en charge au niveau national, en lien avec chacune des régions concernées, selon la gouvernance du système de santé en place.

Au Canada, les responsabilités de surveillance et d'intervention en matière de santé sont confiées aux provinces et aux territoires à l'intérieur de leur juridiction respective. Ce faisant, le Québec a adopté sa Loi sur la santé publique en 2001 (Québec, chap. S-2.2) [3]. Une section de cette nouvelle loi portant sur les mesures d'urgence en santé publique (Québec, chap. S-2.3) [4]. Ce cadre législatif a permis de clarifier la gouvernance, les rôles et responsabilités de chacun des intervenants, ainsi que leurs devoirs et leurs pouvoirs en situation d'urgence ou de crise. De ces deux lois ont découlé des plans d'urgence génériques pour une approche intégrée et des plans spécifiques s'adressant à des menaces précises. Ainsi, parmi les plans génériques, mentionnons le Plan national de sécurité civile

[5] du gouvernement québécois ainsi que le Plan de sécurité civile [6] du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces plans génériques ont permis aux directions régionales de santé publique d'élaborer leur plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé, spécifique à leur territoire (ex.: Plan de mobilisation des ressources – Montréal) [7].

Le Plan de lutte à la pandémie d'influenza – Mission santé² [8] et le Plan d'urgence québécois sur les maladies infectieuses à surveillance extrême – Volet santé publique [9] représentent également des exemples de plans spécifiques. Ce sont ces plans qui ont permis au Québec de réagir rapidement et efficacement parce que bien préparé, à diverses situations d'urgence sanitaire qu'il a connues (ex.: H₁N₁, SARS, éclosions de méningites). Malgré toute cette planification et les plans théoriques de mobilisation, l'enjeu des ressources humaines a été une préoccupation constante tout au long de la crise. Déjà en pré-crise, nous observons un déficit important du nombre de professionnels de la santé, notamment des infirmières et des préposés aux bénéficiaires. La pandémie a accentué de façon dramatique la situation, frappant par la maladie autant les travailleurs de la santé que la population en général. Certains milieux ont présenté des bris de services et de soins de base, notamment dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour personnes âgées. Malgré les plans de mobilisation, les leçons apprises ont porté sur la nécessité de conclure des ententes avec les ordres professionnels et les syndicats pour élargir les champs de pratique de divers professionnels et permettre à des retraités ou des citoyens de venir prêter main forte à la lutte à la COVID-19 dans de multiples fonctions. Ce genre d'ententes aurait avantage à être prévu et négocié avant les crises. Les encadrements législatifs et les instruments de planification en situation d'urgence sanitaire sont essentiels, notamment lors des activités de reddition de compte sur les interventions, car ils explicitent et parfois justifient la mise en place d'interventions coercitives par les autorités pouvant brimer des droits individuels pour le bien collectif. Par ailleurs, dans un contexte de grande mobilité des ressources humaines, ces plans sont malheureusement souvent mal connus des acteurs. C'est pourquoi il est essentiel que les intervenants se les approprient entre les urgences, par des exercices réguliers de simulation afin, non seulement de maîtriser leur contenu, mais aussi d'établir

¹ Soulignons que la vaccination n'est pas obligatoire au Québec.

² Une annexe spécifique à la pandémie de COVID-19 a été élaborée en 2020.

des liens entre les personnes qui seront en situation de responsabilité lors de ces événements.

De plus, malgré l'absolue nécessité de cette planification et de ces exercices, il faut toujours rester agile dans l'intervention, car le risque appréhendé peut se présenter dans la réalité de façon différente et divers contextes peuvent influencer l'ordonnancement des priorités. Par exemple, dans un contexte d'approvisionnement «en temps réel» pour des raisons de coût et d'entreposage, une demande accrue de matériel de protection et de médicaments peut devenir un enjeu central de la crise. Dans un monde où la production est concentrée dans quelques pays seulement, la compétition entre pays pour l'acquisition de ces ressources matérielles devient très problématique en situation d'urgence. Une production plus locale de matériel critique est une avenue à considérer parmi les différentes leçons apprises. Par exemple, le Québec se dote actuellement d'une capacité autonome de production de masques respiratoires sur son territoire. La création de réserves stratégiques peut être une autre solution, mais c'est une option relativement coûteuse, surtout quand le matériel a une durée de vie limitée en fonction des dates de péremption des produits concernés.

La disponibilité d'outils législatifs et réglementaires ainsi que la conception de politiques de prévention avec une préoccupation pour les groupes plus vulnérables s'avèrent d'une grande importance pour favoriser l'élaboration de plans adaptés à différentes situations. En s'appuyant ainsi sur une vision systémique des rôles et responsabilités de chacun, nous obtenons des plans plus pertinents pour la gestion des situations d'urgence sanitaire. Nous avons appris qu'ausi élaborés que seront ces plans, ils ne seront jamais pleinement efficaces s'ils ne sont pas mis à jour régulièrement, font l'objet de simulations périodiques, que des ressources matérielles et informationnelles en nombre et qualité suffisants soient accessibles et, condition essentielle, que ces plans soient bien intégrés et connus de tous les acteurs concernés.

Les inégalités de santé : prédictors des impacts sur la population et de sa résilience

Sans négliger l'importance d'une bonne préparation et d'un bon système de soins primaires, les conditions et les modes de vie sont encore plus importants pour une santé populationnelle optimale. D'ailleurs, leurs variations expliquent en bonne partie les inégalités de santé observées

dans les diverses communautés et entre les pays.

En situation de crise sanitaire, les populations plus vulnérables rencontrent plus de difficultés, font preuve de moins de résilience et vivent un impact sur leur santé beaucoup plus grand comparativement à ceux dont les environnements sont favorables. Les inégalités de santé doivent absolument être prises en compte dans nos programmes préventifs et lors de la mise en place des mesures d'interventions d'urgence.

L'état de santé de la population et le contexte social antérieur à une crise conditionnent les capacités de résilience des populations pour faire face à l'urgence. C'est pourquoi la prévention est si importante, mais malheureusement elle est souvent négligée et sous-financée. En effet, dans nos sociétés, considérant la croissance exponentielle des maladies chroniques et des problématiques de santé mentale, dont la charge sur le système de soins représente plus de 50 % du budget de fonctionnement de l'État, la prévention demeure un défi constant.

En tant qu'acteur de santé publique, il ne faut pas oublier notre travail intersectoriel pour agir avec nos partenaires et la société, sur les divers déterminants de la santé et aussi pour établir les relations nécessaires *a priori* afin de mieux collaborer en situation de crise. En plus du Programme national de santé publique [10] qui définit l'offre de services du réseau institutionnel de santé publique, le Québec s'est doté de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) [11] avec ses plans d'action interministériels [12], [13] qui énoncent les orientations et les actions à mettre en place pour des environnements favorables à la santé et la lutte aux inégalités de santé. Celle-ci s'inspire de l'approche « Santé dans toutes les politiques » [14] promue par l'OMS ainsi que par le *Global Network for Health in All Policies*, et permet de prendre en compte plusieurs des objectifs du développement durable. Notons que cette approche est très compatible avec l'approche « Un Monde, Une Santé » qui conçoit la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale comme un tout.

La PGPS et ses plans d'action interministériels énoncent l'engagement de tout le gouvernement québécois, dont ses 23 ministères et organisations gouvernementales et leurs multiples partenaires, pour agir en amont de la maladie.

Les Objectifs de développement durable à l'horizon 2030 (Figure 4), adoptés par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 2015 [15], à l'instar de ses Objectifs du Millénaire pour le développement [16] mis

de l'avant en 2000, démontrent bien ce que les pays doivent atteindre pour viser une santé et un bien-être pour toute la planète. À travers l'évolution et l'acquisition de connaissances, nous comprenons mieux ce qui détermine la santé et le bien-être des personnes. Plusieurs des problèmes de santé sont évitables et l'importance des environnements physiques, milieux de vies, contextes sociaux et politiques expliquent le

maintien ou non de l'état de santé. Le défi pour nos sociétés est de promouvoir la prospérité tout en protégeant la planète et les possibilités d'emploi, par la promotion de l'éducation, de la santé et de la protection sociale. Cela doit se faire en protégeant l'environnement dans la perspective des changements climatiques. Agir en amont sur les déterminants de santé permet d'augmenter la résilience aux crises.

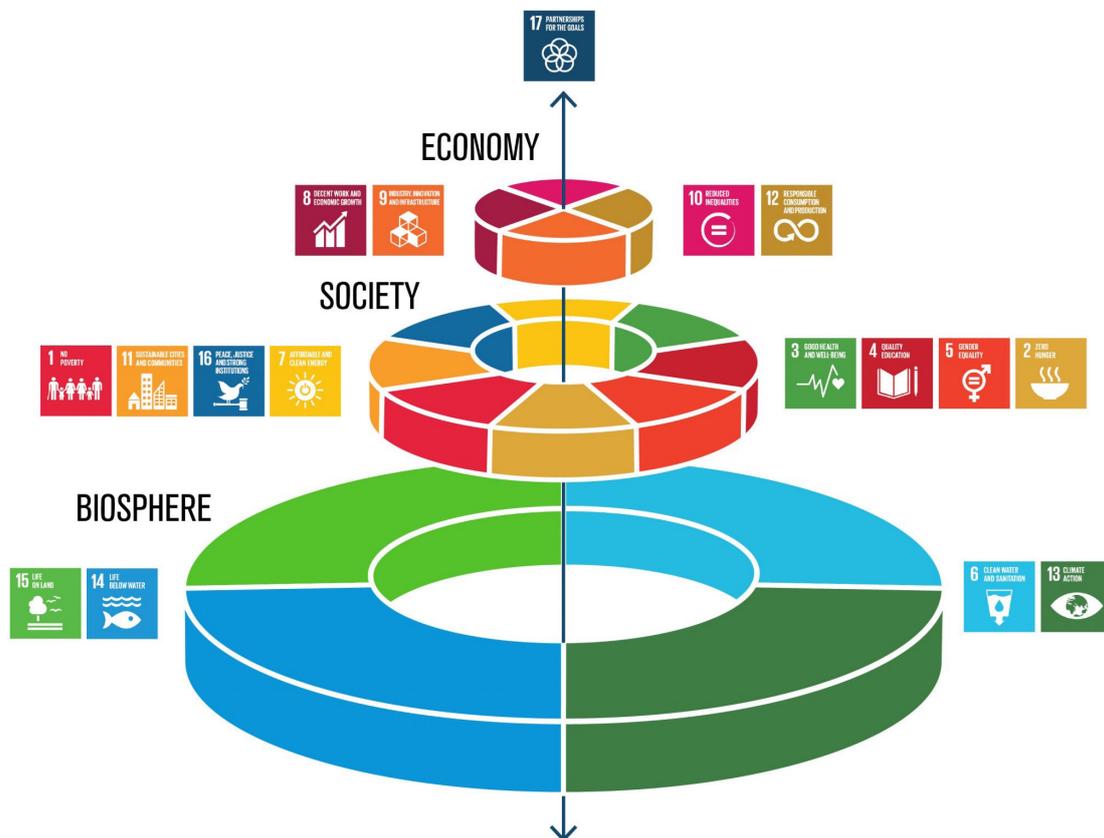


Figure 4 : Les objectifs de développement durable (Novethic.fr) [22]

Action : Être plus agile que le virus

Des systèmes de veille et de surveillance : l'outil de base

Nous partageons un monde en évolution rapide où une menace qui émerge dans une partie de la planète peut très rapidement se propager globalement. Pour parer aux menaces sanitaires, le Règlement Sanitaire International (RSI) [17], adopté par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2005, définit les obligations des pays membres à lui signaler rapidement toute menace à la santé. Ceci repose notamment sur des systèmes de veille et de surveillance des maladies bien implantés partout à travers le monde.

Toutefois, même dans un pays industrialisé comme le Canada, les systèmes de surveillance des provinces et territoires ont dû être rapidement améliorés pour gérer les données pendant la crise de Covid-19 afin d'établir et suivre le portrait épidémiologique en temps réel. En effet, la rapidité d'accès aux données devient un atout essentiel pour fournir aux autorités des portraits officiels et méthodologiquement rigoureux, ce qui leur permet de prendre les meilleures décisions possibles.

La pandémie de Covid-19 a bien démontré la faiblesse des systèmes d'information, notamment au Québec. Ainsi durant la crise, des systèmes de surveillance et d'information sanitaire demandés depuis des années

ont été développés en un temps record. Devant la situation d'urgence sanitaire, les contraintes financières et administratives ont été levées permettant ainsi de rattraper un retard considérable dans le développement et l'implantation de ces systèmes.

Outre les systèmes de surveillance épidémiologique plus classiques, plusieurs tableaux de bord en regard des interventions de dépistage, de vaccination et de suivis spécifiques de clientèles et de milieux de vie vulnérables ont été développés pour un suivi en temps quasi-réel. Le développement rapide de ces outils indispensables à une bonne gouvernance de la situation représente un acquis structurant pour le futur qui découle de cette crise pandémique.

La pandémie de COVID-19 a également mis en lumière une autre faiblesse, soit la nécessité d'avoir des systèmes capables de communiquer plus efficacement entre les provinces/territoires et avec le gouvernement fédéral. Ce faisant, le partage des données non seulement entre les autorités, mais également auprès des médias et de la population s'en trouvera facilité. Dans un contexte de rassemblements interdits, l'utilisation de plateformes de réunions virtuelles ont grandement facilité la gestion et les communications entre les acteurs du réseau de la santé, et avec la population en général.

Science et données probantes essentielles

Dans un contexte de crise sanitaire, la science et l'acquisition continue de connaissances jouent un rôle très important dans la prise de décisions éclairées, la qualité de l'analyse et la gestion efficace du risque. Il importe de souligner que les développements technologiques des dernières années ont accéléré de façon très importante notre capacité d'identifier l'agent causal d'une épidémie, de décrire son épidémiologie, de développer des tests diagnostiques rapides standardisés, de fabriquer des vaccins et d'expérimenter des thérapies. Sans cette capacité de développements scientifiques, il aurait été impossible d'avoir une réponse aussi rapide, efficace et spécifique.

Soulignons toutefois que l'accès à ces technologies est limité dans certains pays contribuant ainsi à de grandes inégalités et au maintien du risque mondial de transmission. Quoique le contexte social varie grandement d'un pays à l'autre, le partage des connaissances et l'évaluation des stratégies de contrôle mises de l'avant par les diverses autorités deviennent un intrant dans le choix des interventions et ce, malgré les incerti-

tudes scientifiques présentes. En situation de crise, les décisions doivent parfois être prises sans avoir en main toute les données probantes. Les approches classiques d'interventions de santé publique et les extrapolations basées sur des agents viraux de la même classe contribuent à la rationalité de l'intervention.

Afin de tenter de prédire l'évolution de l'épidémie, plusieurs modélisations ont été faites en incorporant les effets sur la courbe épidémique des diverses interventions dans le temps [18]. D'autres modélisations visaient à prédire l'impact à plus court terme sur le système de soins hospitaliers [19]. Malgré leurs limites, ces modèles, basés notamment sur les mathématiques probabilistes et sur des sondages quant au comportement de la population ont été des intrants significatifs dans la prise de décision.

Les communications aux acteurs et à la population

Parmi les éléments essentiels de toute gestion de crise, les communications demeurent un pilier primordial pour outiller divers publics cibles en temps opportun, toujours selon l'évolution des connaissances. Une relation de confiance doit s'établir entre les autorités et la population. Les messages doivent être clairs, harmonisés et cohérents de façon à être prépondérants dans l'espace public. L'enjeu consistait à bien expliquer la superposition des impératifs sanitaires, sociaux, économiques et politiques. Un des facteurs de succès de la compliance généralisée aux mesures coercitives d'isolement et de fermeture de divers secteurs (particulièrement importante lors des premières vagues) a été la mise en ondes, à heure fixe, de points de presse au cours desquels le premier ministre, accompagné du ministre de la Santé et du directeur national de santé publique, ont fait le point sur la situation et communiqué les consignes appropriées. Cette activité média est devenue un rendez-vous quotidien pour une bonne proportion de la population.

En parallèle à ces activités grand public, des rencontres quotidiennes avec les autorités régionales de santé publique et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux ont permis d'harmoniser les messages et de répondre aux multiples questions opérationnelles émergentes. Plusieurs outils web, tant sur l'épidémiologie que sur les mesures sanitaires, ont été développés, ainsi que des tableaux de bord assurant le suivi des opérations d'enquête épidémiologique et l'impact sur le système de soins, et ce, en toute transparence. Des approches adaptées de communications

ont dû être développées dans chacune des régions pour atteindre les clientèles plus vulnérables avec un ajustement, tant culturel qu'en terme de littéracie. Cette dernière devrait être une constante préoccupation dans la préparation de nos outils de communications. L'atteinte d'une couverture vaccinale significativement élevée constitue un bon indicateur de résultats quant aux messages véhiculés par les autorités, d'autant que la vaccination n'est pas obligatoire au Québec.

Gouverner en contexte d'incertitude

Pour prendre des décisions éclairées lors de chacune des crises sanitaires vécues, tout comme en période régulière, nous faisons appel aux différentes organisations scientifiques provinciales ou fédérales, notamment l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), et le Laboratoire national de microbiologie (LNM). Plusieurs milieux universitaires ont également été sollicités. Ce faisant, la prise de décision repose sur ce que les divers domaines de sciences peuvent apporter en termes de données probantes. Ces institutions représentent des ressources mobilisables en situation de crise et doivent participer comme partenaires dans nos plans d'urgence.

En situation d'urgence, la production d'avis doit être réalisée rapidement considérant l'état de crise, tout en conservant une grande rigueur sur le plan scientifique. Les situations de crise sont associées à de nombreuses incertitudes scientifiques et les experts peuvent parfois avoir des positions opposées qui viennent alimenter la controverse. Ces oppositions deviennent un terrain fertile pour les médias dont le rôle est précisément de questionner les décisions prises par les autorités.

Pouvoir se référer à des avis d'institutions scientifiques indépendantes et reconnues officiellement, devient un appui essentiel pour les autorités. Au Canada, c'est à la suite de la crise du SRAS en 2002-03 et inspiré par les leçons apprises, que le gouvernement canadien créait l'Agence de santé publique du Canada. Il reconnaissait ainsi l'importance de la contribution de la science en temps de crises et la pertinence du développement des capacités en santé publique pour faire face à celles-ci.

Malgré la perception de la population et des médias voulant que la science ait toutes les réponses, il importe de souligner que plusieurs décisions sont

prises dans un contexte d'incertitudes scientifiques variables, alors qu'il faut également tenir compte de l'analyse et de la gestion du risque. Par ailleurs, il est aussi essentiel de prendre en considération plusieurs autres enjeux sociétaux impactés par la crise. Il est donc compréhensible que l'autorité ultime de santé publique pour le gouvernement du Québec soit, non pas le directeur national de santé publique, mais bien le ministre de la Santé. Ce dernier est certes conseillé par ses experts, mais comme élu, il lui incombe de prendre les décisions finales dans notre contexte démocratique.

Rétablissement : Impact sur la société et opportunités de changement

Les crises comportent souvent des éléments difficiles, voire négatifs qui mettent en relief des forces et des faiblesses. Mais elles sont aussi des opportunités majeures pour les corriger. Dès lors, il devient important de bien saisir ces moments pour récupérer les retards de développement et disposer des meilleurs outils pour les événements à venir. Qu'il s'agisse des technologies numériques de surveillance, de divers suivis de gestion, de télémédecine et de télétravail, d'importantes avancées ont été enregistrées. Elles doivent désormais être maintenues et consolidées.

La 1^{re} vague, malheureusement marquée par une mortalité importante chez les personnes âgées, particulièrement chez celles vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (91 % des personnes décédées avaient plus de 70 ans) a tout de même fourni l'occasion de développer un plan d'action pour améliorer nos interventions. Adopté dès le mois d'août 2020 (avant le début de la 2^e vague), ce plan d'action a identifié neuf axes d'intervention assortis de constats. Ces derniers ont permis la mise en place de mesures correctives à court terme de manière à alléger les impacts de la COVID-19 sur la population, particulièrement les clientèles vulnérables à l'orée de la 2^e vague. Plusieurs de ces mesures correctives ont été mises en place au cours des vagues subséquentes. Par ailleurs, il est évident que la pandémie de COVID-19, au Québec comme ailleurs dans le monde, a mis en lumière les fragilités des systèmes de santé et de services sociaux. La phase de rétablissement, alors que la pandémie de COVID-19 est toujours en cours, sera longue et laborieuse. L'évaluation des impacts sur les ressources humaines, sur les clientèles plus vulnérables

ainsi que la prise en compte des multiples enjeux psychosociaux et les conséquences de la COVID longue nécessiteront de nombreux efforts dans le futur.

En somme, il nous faut mentionner qu'une analyse précise et une évaluation de chaque crise permet d'apporter les ajustements aux différents plans afin de faire face à une prochaine crise de façon plus ordonnée et efficace. Mais il demeure risqué d'anticiper la

prochaine crise en présumant qu'elle sera de même nature que la précédente, en raison notamment de la diversité des menaces qui guettent notre époque et l'avenir. Dès lors, il est primordial d'insister sur l'importance d'un système public de santé accessible à tous et de faire en sorte que la prévention, c'est-à-dire le travail en amont, nous rende collectivement plus résilient à diverses menaces.

Tableau 1 : Axes d'intervention et constats s'y rattachant visant à apporter des correctifs en préparation de la 2^e vague de COVID-19 (débuté le 23 août 2020) et des vagues subséquentes au Québec [20].

Axe d'intervention	Constats
1. Les milieux de vie pour aînés	Les milieux de vie pour aînés ont été les plus durement touchés par la crise. Des correctifs importants sont essentiels pour protéger ces milieux du virus et assurer la santé et la sécurité des personnes qui y sont hébergées.
2. Les clientèles vulnérables	Les clientèles vulnérables ont été particulièrement frappées par la pandémie. On doit prioritairement faire mieux pour les protéger et assurer leur bien-être en prévision d'une prochaine vague.
3. La main-d'œuvre	Des difficultés importantes ont été vécues dans les milieux de vie pour aînés en raison de la pénurie de personnel, qui demeure un enjeu majeur à améliorer dans de brefs délais.
4. Le dépistage	Pour lutter contre la COVID-19, il importe d'identifier rapidement les nouvelles infections afin d'entreprendre les actions requises pour limiter la transmission du virus. Au cours de la première vague, plusieurs difficultés ont affecté le processus de dépistage. Nous devons corriger ces lacunes afin d'assurer une réponse adaptée aux impératifs de santé publique et aux besoins de la population.
5. La prévention et la gestion des éclosions	L'expérience de la première vague témoigne de certaines lacunes dans la capacité d'intervention des établissements afin d'assurer une gestion efficace des éclosions. Ceci démontre qu'il faut agir tant sur le plan de la prévention et du contrôle des infections que sur le plan de la gestion des éclosions.
6. L'organisation clinique	L'organisation clinique et les services ont fait l'objet de transformations majeures et rapides dès le déclenchement de la pandémie. Il faut pouvoir les adapter aux exigences d'une prochaine vague et d'une présence soutenue du virus dans la communauté, tout en maintenant une offre de services continue afin d'atténuer l'impact sur les services rendus et la santé des Québécois.
7. L'approvisionnement	L'approvisionnement en équipements de protection et en médicaments reste un enjeu majeur, même si les problèmes rencontrés en première vague ont été graduellement réglés. Comme la pandémie fait toujours rage à travers le monde, la demande pour certains produits se maintient à des niveaux inégalés. Cette compétitivité force les États à innover pour répondre aux besoins de leur population.
8. La gouvernance	La pandémie a démontré la nécessité de faire une réflexion sur certains aspects de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, plus spécifiquement la gouvernance en santé publique et dans la région de Montréal. On doit faire en sorte que cette gouvernance puisse s'appuyer sur une agilité organisationnelle où les rôles et les responsabilités de chacun sont clairement définis.
9. Les communications	En temps de crise, les besoins d'information de la population sont immenses. Le gouvernement doit répondre aux questions prioritaires et informer la population sur les risques existants. Il doit aussi s'assurer que ses orientations soient reçues et mises en œuvre de manière cohérente et que les problématiques d'application circulent jusqu'aux décideurs pour considération.

Bibliographie :

- [1] Bibliothèque virtuelle. Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec. Édition 2022. [Consultée le 25 avril 2023]. Disponible sur <https://statistique.quebec.ca/fr/document/le-bilan-demographique-du-quebec><https://statistique.quebec.ca/fr/document/le-bilan-demographique-du-quebec>
- [2] Bibliothèque virtuelle. Institut national de santé publique du Québec. Données COVID-19 au Québec. [Consultée le 24 avril 2023]. Disponible sur <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>
- [3] Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2). Québec. Éditeur officiel du Québec.
- [4] Loi sur la sécurité civile (chapitre S-2.3). Québec. Éditeur officiel du Québec.
- [5] Bibliothèque virtuelle. Gouvernement du Québec. Plan national de sécurité civile. [Consultée le 23 février 2023]. Disponible sur <https://www.quebec.ca/securite-situations-urgence/securite-civile/fonctionnement/mecanismes-coordination/plan-national>
- [6] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Plan de sécurité civile du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec. 2020, 45 p.
- [7] Direction de santé publique de la Montérégie (Québec). Plan de mobilisation des ressources en cas de menace à la santé en Montérégie. 2017. 23 p.
- [8] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Plan québécois de lutte à la pandémie d'influenza – Mission santé. 2006. 129 p.
- [9] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Plan d'urgence québécois sur les maladies infectieuses à surveillance extrême – Volet santé publique. 2019. 63 p.
- [10] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Programme national de santé publique. 2015. 88 p.
- [11] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Politique gouvernementale de prévention en santé. 2016. 110 p.
- [12] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé -2017-2021. Québec. 2018. 84 p.
- [13] Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec). Plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé -2022-2025. Québec. 2018. 115 p.
- [14] Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques (Québec). Santé dans toutes les politiques. [Consultée le 23 février 2023]. Disponible sur : <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/sante-dans-toutes-les-politiques/>.
- [15] Bibliothèque virtuelle. Organisation des Nations Unies (New York). Objectifs de développement durable. 2015. [Consultée le 23 février 2023]. Disponible sur : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>.
- [16] Bibliothèque virtuelle. Organisation des Nations Unies (New York). Objectifs du Millénaire pour le développement. 2000. [Consultée le 23 février 2023]. Disponible sur : <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/>.
- [17] Organisation mondiale de la Santé (Genève). Règlement Sanitaire International (2005). 3^e éd. 2016. 99 p.
- [18] Bibliothèque virtuelle. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Groupe de recherche en modélisation mathématique et en économie de la santé liée aux maladies infectieuses – Université Laval (Québec). 2020-2022. [Consultée le 23 février 2023]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/projections>
- [19] Bibliothèque virtuelle. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) (Québec). Risques d'hospitalisation et projections des besoins hospitaliers. 2021-2023. [Consultée le 23 février 2023]. Disponible sur : <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/risques-dhospitalisation-et-projections-des-besoins-hospitaliers.html>
- [20] Bibliothèque virtuelle. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague. [Consultée le 20 avril 2023]. Disponible sur : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002660/>
- [21] Bibliothèque virtuelle. Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec. Édition 2022. [Consultée le 8 mai 2023]. Disponible sur : <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2022.pdf>
- [22] Bibliothèque virtuelle. Novethic.fr (Paris). Les objectifs de développement durable. [Consultée le 23 février 2023]. Disponible sur : <https://www.novethic.fr/entreprises-responsables/les-objectifs-de-developpement-durable-odd.html>.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.