



La gouvernance du réseau
de la santé et des services
sociaux en temps de
pandémie d'influenza A(H1N1)
en 2009 au Québec : les points
de vue d'acteurs des paliers
national, régional et local

RAPPORT D'ÉVALUATION

Auteurs

Anne Gauthier

Jacques Thibault

Micheline Bowen

Direction de l'évaluation, MSSS

Avec la collaboration de

Ourdia Naïdji

Direction de l'évaluation, MSSS

Membres du comité d'évaluation

En plus des auteurs et de la collaboratrice,
le comité d'évaluation comprend les personnes suivantes :

Monique Savoie, Direction de l'évaluation, MSSS

Andrée Quenneville, Direction de la planification et des orientations stratégiques, MSSS

François Dumont, Direction des relations institutionnelles, MSSS

Sandra Morin, Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Émilien Bouffard, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Marie-Christine Therrien, École nationale d'administration publique

Mise en forme du texte et révision linguistique

Jacques Thibault et Martine Turcotte

Direction de l'évaluation, MSSS

ÉDITION

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

Le document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique : www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-64671-6 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-64670-9 (version PDF)

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

Remerciements

La Direction de l'évaluation tient à remercier toutes les personnes qui ont participé à l'étude, qu'elles soient du ministère de la Santé et des Services sociaux, des agences ou des établissements, qui lui ont fait part généreusement tant de leur point de vue que de leur expérience. Elle remercie également les membres du comité d'évaluation pour leur soutien et leurs précieux conseils au cours du mandat lié à cette étude.

Dans le but de faciliter la lecture du présent document, le genre masculin a été employé comme genre neutre pour désigner à la fois les femmes et les hommes.

Table des matières

Sommaire	1
Introduction	9
Section 1 : L'évaluation de la gestion de la pandémie	11
1.1 La structure de gouvernance prévue dans le <i>Plan</i>	11
1.1.1 Les grandes lignes du <i>Plan</i>	11
1.1.2 La structure ministérielle de gouvernance	12
1.1.3 La structure décisionnelle régionale et locale	13
1.2 La stratégie relative à l'évaluation	14
1.2.1 Les objectifs de l'évaluation	14
1.2.2 L'approche méthodologique	14
1.2.3 L'analyse des propos	15
Section 2 : Les événements épidémiologiques et les mesures mises en place	17
2.1 Les principaux événements et avis épidémiologiques	17
2.2 Les mesures instaurées pendant les deux vagues de la pandémie	18
Section 3 : Les points de vue d'acteurs des paliers national, régional et local	23
3.1 La préparation à la pandémie	23
3.1.1 La planification	23
3.1.2 Le niveau de préparation	24
3.1.3 Les leçons	25
3.2 Le modèle <i>top-down</i> vu par les acteurs	26
3.2.1 L'adhésion à un modèle <i>top-down</i>	26
3.2.2 Les points de vue sur la latitude possible	27
3.2.3 Des variantes quant à l'unité décisionnelle	28
3.2.4 Des grandes attentes à l'égard du palier supérieur	28
3.2.5 Les leçons	29
3.3 Les structures de décision et de coordination	30
3.3.1 Les structures décisionnelles	30
3.3.2 Les structures et les mécanismes de coordination	32
3.3.3 Les leçons	35

3.4	Les réseaux parallèles et la gouverne médicale	36
3.4.1	L'activité intense de réseaux parallèles	36
3.4.2	La gouverne médicale.....	36
3.4.3	Les raisons motivant l'utilisation de réseaux parallèles	37
3.4.4	Les leçons	38
3.5	La marge de manœuvre exercée aux paliers régional et local.....	39
3.5.1	Le point de vue du palier ministériel.....	39
3.5.2	Le point de vue du palier régional	40
3.5.3	Le point de vue du palier local	41
3.5.4	Le point de vue des triumvirats	42
3.5.5	Les leçons	42
3.6	L'évolution et l'application des décisions en situation d'urgence.....	43
3.6.1	Les contraintes décisionnelles	43
3.6.2	Les difficultés relatives à l'application des décisions	45
3.6.3	La grande force : la capacité d'adaptation.....	46
3.6.4	Les leçons	47
3.7	Les ressources.....	48
3.7.1	Les ressources humaines	48
3.7.2	Les ressources matérielles	51
3.7.3	Les ressources informationnelles.....	53
3.7.4	Les ressources financières	54
3.7.5	Les leçons	55
3.8	L'information transmise à la population et aux professionnels	56
3.8.1	Les médias	56
3.8.2	Les conférences de presse	57
3.8.3	Les outils d'information	57
3.8.4	Les leçons	58

3.9	Les liens avec les partenaires	59
3.9.1	La Sécurité civile.....	59
3.9.2	Les autres ministères.....	59
3.9.3	Les commissions scolaires et les services de garde	60
3.9.4	Les municipalités	60
3.9.5	Les organismes communautaires	60
3.9.6	Les organisations syndicales et les ordres professionnels	61
3.9.7	Les autres partenaires	61
3.9.8	Les leçons	61
	Conclusion	63
	Bibliographie.....	
		65
	Annexe : Les propositions des personnes rencontrées.....	67

Liste de la figure, des tableaux et du graphique

Figure 1	La structure ministérielle de coordination.....	12
Tableau 1	Le nombre de personnes rencontrées et d'entrevues réalisées	15
Tableau 2	Le nombre de cas au Québec selon la période1.....	17
Graphique 1	L'histogramme épidémique des cas confirmés de grippe A(H1N1) résidant au Québec selon la semaine du prélèvement entre le 26 avril 2009 et le 2 janvier 2010	22

Liste des sigles et des acronymes

AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CH	Centre hospitalier
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
COPIN	Comité de planification et d'intervention
CPE	Centre de la petite enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CVM	Centre de vaccination de masse
DG	Directeur général
DNSP	Directeur national de santé publique
FQV	Fichier québécois de vaccination
GOP	Groupe opérationnel pandémie
GRAP	Groupe responsable agence pandémie
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MCI	Manifestation clinique inhabituelle
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORSC	Organisation régionale de la sécurité civile
OSCQ	Organisation de la sécurité civile du Québec
PDG	Président-directeur général
PQFPI	Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza
RHA	Ressources humaines alternatives
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SNT	Site non traditionnel
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère

Sommaire

La Direction de l'évaluation (DE) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a reçu, en avril 2010, le mandat de réaliser une évaluation sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux lors de la pandémie d'influenza A(H1N1). Le présent rapport montre les points de vue et l'expérience d'acteurs privilégiés des paliers national, régional et local quant aux différentes facettes de l'application d'un système temporaire de commandement centralisé et hiérarchique, particulier à une situation d'urgence, appelé le *top-down*. Il traite en outre de la préparation à la pandémie et des ressources utilisées.

Une approche de nature qualitative a été adoptée et 119 personnes ont été rencontrées dans le cadre de 37 entrevues individuelles ou de groupe menées entre mai et juillet 2010. Ces personnes se situaient à l'avant-poste, ayant assumé des responsabilités décisionnelles et de coordination dans le cadre de l'opération Pandémie.

La structure décisionnelle

Les structures de coordination et de décision associées au *top-down* ont été décrites dans *Le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé*¹ publié par le MSSS en 2006 et appelé ci-après le *Plan*. Elles ont été mises en place pour la première fois en 2009. Dans le *Plan*, le MSSS doit assumer la responsabilité décisionnelle et de coordination de l'ensemble des interventions. Une cellule stratégique et un groupe de coordination, le groupe opérationnel pandémie (GOP), doivent être créés au palier ministériel et on doit retrouver la même organisation dans les agences, au palier régional, et dans les établissements, au palier local. L'information et les décisions cheminent des plus hautes autorités ministérielles vers les autres paliers jusqu'aux intervenants qui travaillent sur le terrain. C'est pourquoi ce système de commandement est appelé *top-down*.

Les événements

La chronologie des événements épidémiologiques et des mesures mises en œuvre reflète l'ampleur, la complexité et la diversité des interventions effectuées en 2009. Elle constitue aussi un repère pour comprendre et interpréter les propos recueillis au cours des entrevues.

La préparation

La planification a été amorcée au début des années 2000 et s'est poursuivie même après la publication du *Plan*, notamment par la réalisation de projets pilotes. Un modèle de plan uniforme à tous les paliers assurait l'usage d'un vocabulaire commun et l'exhaustivité des mesures à prévoir dans toutes les organisations. Ce modèle a suscité une large adhésion, mais n'a pas fait l'unanimité, en particulier parce qu'il ne couvrirait pas tous les risques exigeant des interventions de sécurité civile dans le réseau et qu'il n'intégrerait pas les phases d'intervention en sécurité civile. La longue durée de la planification a démobilisé plusieurs milieux et la participation à la préparation a été inégale, les médecins cliniciens ayant été le personnel le plus difficile à recruter à cette étape. Au moment de la pandémie, l'appropriation des enjeux liés à une situation d'urgence était inachevée en raison de la mobilité du personnel et de l'absence d'exercices de simulation.

¹ Gouvernement du Québec (2006)
Le Plan de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 127 p.

La vision du modèle top-down

L'adhésion à un modèle de commandement de type *top-down* en temps de crise est généralisée à tous les paliers de gouverne. On considère que celui-ci accélère les interventions et facilite leur cohérence, l'implantation des systèmes d'information, ainsi que la gestion des fournitures et des vaccins, dont la disponibilité était limitée. Par contre, la latitude dans l'adaptation régionale et locale des recommandations du palier supérieur ne fait pas consensus. Les répondants ne partageaient pas non plus la même vision du rôle de la sphère politique et de l'efficacité d'une ligne de commandement administrative sur l'organisation des services médicaux.

Dans ce modèle, les attentes à l'égard du palier supérieur se montrent très grandes, le MSSS devant assurer l'expertise scientifique, la rigueur et la cohérence des décisions, ainsi que le fonctionnement de lignes de communication claires à tous les paliers. Comprendre les motifs des décisions des autorités revêt une grande importance, car cela permet tant de les transmettre aux autres paliers et aux intervenants que de fournir des explications à la population.

La mise en place et le fonctionnement des structures décisionnelles

Les structures décisionnelles ont été mises en place au palier supérieur au tout début de la première vague. Elles ont rassemblé les plus hautes autorités, et il en a été de même aux paliers régional et local. Des modifications ont été nécessaires pour définir une seule source de décision et d'information, comme cela a été le cas au palier régional. Au palier local, l'implantation des structures s'est effectuée en parallèle avec une redistribution des responsabilités et l'appropriation du *Plan*.

Un mode de fonctionnement différent de l'habituel est sous-jacent à cette organisation, différence qui a demandé un apprentissage. Le mode adopté n'aurait pas correspondu totalement à celui qui était attendu, en raison du cloisonnement existant entre les secteurs d'activités et d'une culture organisationnelle axée sur la collaboration. L'imprécision des niveaux d'alerte aurait entraîné une certaine confusion au début. Néanmoins, le *leadership* ministériel se serait progressivement affirmé au sein du réseau et parmi les partenaires. La crédibilité du directeur national de la santé publique (DNSP) et les liens de confiance établis à tous les paliers ont facilité les choses. Les difficultés à établir une structure d'autorité temporaire sont généralement sous-estimées et, à lui seul, un système hiérarchique ne garantit pas le succès d'une opération. La confiance et la collaboration des acteurs en demeurent des éléments cruciaux.

Les structures et les mécanismes de coordination

La simple description des structures et des mécanismes de coordination rend compte de la complexité de l'opération et des échanges d'informations au cours de la pandémie. Plusieurs les ont qualifiés de lourds, d'autant plus que des comités se sont élargis au fil du temps. Les conférences téléphoniques, qui se sont tenues quotidiennement à certaines périodes, auraient été un mécanisme essentiel de coordination et d'adaptation aux contraintes ou aux difficultés locales. Par contre, elles ont été jugées laborieuses et répétitives. Certaines agences ont quant à elles tenu des conférences téléphoniques avec les établissements. Cela aurait assuré une cohésion et un partage de l'expérience entre les établissements fort appréciés. Par ailleurs, l'efficacité de la circulation de l'information par l'entremise du système de distribution des documents créé pour l'événement, le K-31, semble relative, malgré les améliorations apportées en cours de route. Pour en diffuser le contenu, des coordonnateurs régionaux ou locaux ont parfois vulgarisé et parfois adapté l'information et ont identifié les destinataires.

Un maillage déficient entre la coordination et la mise en application des consignes a été souligné, de même qu'une zone grise concernant l'étendue de la responsabilité de la coordination et la contribution des unités de sécurité civile du réseau. Des responsables locaux de sécurité civile étaient souvent isolés et auraient souhaité être mieux accompagnés. Malgré ces difficultés, une très grande satisfaction à l'égard de la coordination effectuée à tous les paliers de gouvernance a été exprimée. La disponibilité des responsables ministériels et des centres de coordination des mesures d'urgence a été fortement appréciée, tant au palier régional qu'au palier local.

Les réseaux parallèles et la gouvernance médicale

L'activité intense de réseaux parallèles répertoriés dans presque tous les volets de l'intervention par les répondants a grandement été déplorée. Ces réseaux se montrent de différentes natures, mais toutes les personnes rencontrées s'entendent pour qualifier la gouvernance médicale mise en place à l'été 2009 comme un vrai réseau parallèle. Le Groupe des médecins décideurs aurait exercé un *leadership* reconnu comme légitime par les médecins et ainsi favorisé la collaboration de ces derniers. Plusieurs répondants estiment que le Groupe a proposé des solutions innovatrices, fonctionnelles, rapides et efficaces. D'autres sont préoccupés par le pouvoir ainsi légué aux associations et aux ordres professionnels, ainsi que par la création d'un couloir isolé de gestion de la pandémie, lequel a occasionné des modifications majeures ressenties à tous les paliers, et ce, en plein cœur de l'opération.

Même en présence d'une structure hiérarchique claire, dans les faits, cette structure est modelée par la forme, les valeurs et le fonctionnement des réseaux. Ainsi, la spécialisation des compétences fait en sorte que des réseaux parallèles à une ligne d'autorité existeront toujours dans des opérations complexes. La reconnaissance de l'expertise, la crédibilité et la confiance facilitent, en effet, les interactions et réduisent les marges d'incertitude à tous les paliers. Par contre, le fonctionnement en silo crée le réflexe de travailler avec un groupe déterminé. Le manque de préparation et l'évolution de la situation ont entraîné la vérification de certaines informations ou stratégies sur le terrain effectuées en marge des interventions en cours. L'absence d'acteurs importants au moment de la planification a compliqué grandement l'intégration de ceux-ci au cours de l'opération. Enfin, la pandémie a été l'occasion de faire ressortir les disparités entre des cultures professionnelles dont les responsabilités propres impliquent des fonctionnements différents.

La marge de manœuvre exercée aux paliers régional et local

Au cours de la deuxième vague, divers constats ont mené à un rétrécissement de la marge de manœuvre donnée aux paliers régional et local. Des directives opérationnelles plus strictes et plus uniformes dans toutes les régions se sont appliquées. Plusieurs répondants ministériels expriment une totale adhésion à ces choix, mais ce n'est pas le cas de tous.

Au palier régional, les répondants ont dû s'adapter à cette nouvelle donne, parfois de bon gré, parfois plus difficilement. Dans les zones fortement urbanisées, l'uniformité a paru être la seule façon de procéder, malgré les contraintes que cela signifie pour joindre une population hétérogène. Dans les régions intermédiaires ou éloignées, l'ouverture à des mesures originales et adaptées à la population aurait été nettement préférée, d'autant plus que la pandémie n'avait pas la virulence prévue. La latitude laissée au palier local par les agences pouvait s'avérer plus ou moins étroite.

Au palier local, le lien de confiance avec l'agence, le style de gestion de celle-ci et sa capacité à faire valoir les préoccupations régionales ou locales auprès des autorités ministérielles ont influencé les points de vue et l'expérience. La plupart des membres des comités de planification et d'intervention (COPIN) rencontrés se disent satisfaits de la confiance et du soutien des autorités

régionales. Malgré la confusion occasionnelle et les critiques relatives au style directif de commandement, des décisions ont été prises et les interventions organisées, ce qui a été fort apprécié. Cependant, la plupart déplorent un manque d'écoute et l'impossibilité de mettre en œuvre des initiatives locales. Chaque système de commandement contient en lui-même ses propres écueils. Un système de commandement centralisé et hiérarchique comporte le risque d'une coupure avec les intervenants. Ainsi, il doit contenir des mécanismes lui permettant de s'adapter.

La plupart des membres des triumvirats jugent avoir généralement eu une marge de manœuvre suffisante pour moduler les interventions qui étaient de leur ressort, même s'ils ont dû s'adapter.

L'évolution des décisions et les contraintes en temps d'urgence

Les situations d'urgence posent des contraintes et font appel à des forces spécifiques qui influencent tant l'évolution que l'application des décisions. Au palier ministériel, malgré la préparation, les consultations et l'expertise, des décisions ont dû être prises dans un contexte d'incertitude et en l'absence de consensus des experts scientifiques. En effet, ces derniers ne s'entendaient pas quant au nombre de doses de vaccin à administrer et à l'utilisation de vaccins avec ou sans adjuvant dans certains groupes prioritaires. Bien qu'il y ait eu une adaptation du *Plan* au cours de l'opération, celui-ci demeure construit en fonction d'un taux de virulence élevé et, une fois que sa mise en application est lancée, il est très difficile de moduler l'intervention. Les acteurs, particulièrement les décideurs ministériels, ont été exposés à une pression omniprésente des médias, de l'opinion publique, des élus, des proches et des collègues au cours de la deuxième vague. Des réponses rapides devaient être apportées pour rassurer la population, mais cette rapidité a donné lieu à des appels à la prudence venant de tous les paliers.

Aux paliers régional et local, l'imprécision de certaines consignes ou d'orientations, leurs changements fréquents et l'absence ou le retard dans l'émission des recommandations ministérielles ou professionnelles à l'égard des enjeux auxquels les intervenants devaient faire face ont créé des difficultés très importantes sur le plan de l'opérationnalisation. Des remises en question révèlent aussi que des écarts existent dans les notions de *bon sens* véhiculées aux divers paliers et, selon des répondants régionaux ou locaux, que ces écarts traduisent l'absence d'expertise du terrain au sein des comités décisionnels. À tous les paliers de gouvernance, la capacité d'adaptation démontrée par le réseau, ses structures, ses gestionnaires et son personnel est considérée comme un facteur essentiel au bon déroulement de l'opération. Cette capacité d'adaptation a été fortement sollicitée compte tenu des multiples dimensions et enjeux de ladite opération.

Les ressources humaines

L'opération Pandémie a notamment reposé sur une mobilisation exceptionnelle des ressources humaines. Pour plusieurs, elle a constitué un moment privilégié de leur expérience humaine et professionnelle, même si elle a imposé une somme de travail et une disponibilité hors du commun à tous les paliers. Réaliser collectivement un même projet semble avoir été très stimulant, particulièrement dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Plusieurs répondants font l'éloge du travail d'équipe, favorisé par une présence continue sur les lieux de travail, l'entraide et la collégialité manifestées au sein des équipes comme avec la hiérarchie. Pour mobiliser le personnel, plusieurs gestionnaires et des professionnels de la santé ont adopté des stratégies d'information, de formation, de réorganisation du travail et, même, de distribution des vaccins.

D'une manière générale, la gestion des ressources humaines s'est avérée très complexe et l'application des changements rapides et fréquents de consignes devait respecter les normes et règles qui régissent les relations de travail. La pandémie a, chez un certain nombre, provoqué des symptômes d'épuisement. Au cours de la première phase, des plans d'affectation du personnel et une réorganisation du travail ont été établis afin d'éviter cet épuisement. Cela pouvait se révéler d'une efficacité relative étant donné que le bassin de ressources humaines est limité et que le délestage d'activités n'aurait été que partiel. On estime que la capacité des ressources humaines à recevoir un afflux supplémentaire de patients est mince et les points de rupture, relativement bas.

La formation en ligne préparée par le MSSS a fait l'objet d'une réappropriation dans plusieurs établissements afin qu'elle soit utile à différentes catégories d'employés. Les responsables des ressources humaines des établissements auraient souhaité pouvoir suivre le nombre et les catégories d'employés formés. Les contraintes technologiques auraient été insuffisamment prises en compte. Les listes de ressources humaines alternatives (RHA) dressées avant la pandémie se seraient montrées peu utiles dans certains établissements et difficiles à gérer.

Les ressources matérielles et financières

La sensibilisation à la nécessité de conserver localement une réserve de sept jours dans les établissements s'est faite plusieurs années avant la pandémie. Malgré cela, ces réserves locales n'auraient pas été prêtes à l'occasion de la première vague pour diverses raisons. La division par sections de la réserve nationale et l'indication de la destination prévue des produits auraient grandement facilité les opérations. Malgré le fort taux de vaccination, la réserve nationale a conservé un grand nombre de doses inutilisées, suscitant un questionnement sur la quantité raisonnable à prévoir à la prochaine situation similaire. Par ailleurs, plusieurs événements et facteurs ont contribué à rendre la gestion des masques de protection ardue et frustrante.

L'avancement du calendrier de vaccination a pris de court des décideurs régionaux qui avaient déjà réservé des locaux et préparé des outils. Dans la plupart des régions, les espaces adéquats sont rares, doivent être réservés et les changements de dates peuvent rendre la location impossible. Les commissions scolaires et plusieurs municipalités ne se croyaient pas obligées d'offrir leurs locaux gratuitement ou à un tarif préférentiel en l'absence d'un décret.

L'incertitude quant au financement de la location, au montant alloué, aux dates du début de la vaccination et au lieu de vaccination des élèves rendait la négociation locale d'ententes très incertaine. Cette incertitude subsistait plusieurs mois après la pandémie et elle expliquerait la non-application de certaines consignes, ainsi que le faible soutien de partenaires, comme les municipalités. Les changements de consignes ont, en outre, occasionné des dépenses imprévues.

Les ressources informationnelles

Plusieurs considèrent le fichier québécois de vaccination A(H1N1) (FQV) comme une des plus belles réalisations de l'opération. Ce fichier serait unique au Canada et la contribution, avant la pandémie, des experts en technologies de l'information en a grandement facilité la constitution. L'installation des centres de vaccination de masse (CVM) dans des lieux non reliés au réseau informatique et la priorité donnée à la vaccination ont complexifié la saisie des données, souvent effectuée dans les agences. Les intervenants ont eu peu de temps pour se familiariser avec cet outil.

Le tableau de bord a fourni une information utile et précieuse puisqu'il rassemblait les indicateurs les plus pertinents. Si la pandémie avait été plus virulente, des indicateurs du même type pour les centres hospitaliers (CH) auraient été nécessaires.

L'information transmise à la population

Les médias ont joué un rôle majeur sur l'opinion publique, mais également dans les processus de décision et de coordination entre les divers paliers. Les médias nationaux étant presque tous logés dans la métropole, les informations diffusées ne montraient pas la réalité des autres régions, mais pouvaient influencer la population de ces régions. Les agences ont aussi transmis des informations, celles-ci plus adaptées à la réalité régionale. Beaucoup d'efforts ont dû être déployés pour répondre aux journalistes et rassurer la population. L'intensité des relations publiques est toutefois remise en question, même si elle avait porté des fruits, car elle aurait occasionné une perte de la vision stratégique. Le contenu des messages serait resté opérationnel et aurait été diffusé auprès de la population en même temps qu'auprès de la chaîne de commandement. Un investissement dans la connaissance des préoccupations de la population et du personnel relativement à la vaccination, par exemple, aurait pu être très utile.

Le site Pandémie Québec a été une référence consultée massivement, notamment pour s'informer sur les CVM et les services de première ligne. La ligne Info-Santé a permis de rassurer de nombreux citoyens et de les diriger au bon endroit, mais certains estiment qu'elle n'aurait pas été d'une grande utilité. Le *Guide autosoins* produit par le MSSS en 2009 a été un outil d'information et d'éducation de premier ordre et un grand succès. Il aurait favorisé l'adoption de mesures de prévention et des répondants souhaitent que cette initiative se répète en dehors des situations d'urgence.

Les relations avec les partenaires

Comme il était prévu dans le *Plan*, l'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ) a assumé la coordination avec les autres ministères, a participé aux décisions de la cellule stratégique et a agi comme porte-parole sur la scène publique. Le fait que la pandémie se soit révélée d'une gravité moindre qu'il n'était prévu a toutefois eu des répercussions importantes sur son rôle, sur celui des organisations régionales de sécurité civile (ORSC) ainsi que sur la collaboration des autres partenaires. Au palier régional, la collaboration avec ces organisations a parfois été difficile et les liens étaient variables, très étroits avec certaines, inexistantes avec d'autres.

Les témoignages recueillis font état d'un affaiblissement possible des liens qui étaient établis avant la pandémie avec des partenaires régionaux ou locaux, entre autres, avec les commissions scolaires, les écoles et les centres de la petite enfance (CPE). Cela serait lié à l'approche verticale *top-down* généralisée, en principe, au sein de l'appareil d'État, mais dont l'application aurait été variable sur les plans du rythme, de l'efficacité et du contenu. Le faible soutien reçu des municipalités et des écoles, principalement pour la location d'espaces physiques, en l'absence d'une déclaration d'urgence et d'un décret gouvernemental, a été mentionné à de nombreuses reprises. Par ailleurs, des services de transport, ainsi que des services municipaux de police ou de pompiers ont contribué à faciliter et à sécuriser l'accès aux CVM.

Le palier national a eu peu de relations avec les organismes communautaires. Plusieurs répondants des paliers régional ou local estiment que ces organismes forment un réseau de services important qui touche les personnes les plus vulnérables de la société qui aurait pu être utile. Les organismes communautaires auraient cependant été peu préparés et n'avaient pas de plan concernant la pandémie, ni de plan pour la gestion de leurs ressources humaines.

La collaboration des organisations syndicales, y compris les fédérations médicales et les ordres professionnels, est jugée positivement à une période où les relations de travail auraient facilement pu être tendues.

En conclusion, au-delà du message personnel et des réalités nationales, régionales ou locales, les répondants ont fait part de constats et de difficultés qui s'apparentent à l'expérience de la

gestion de la pandémie dans les autres provinces ou qui sont rapportés dans la littérature scientifique. Ces convergences donnent un poids supplémentaire à leurs propos qui, même s'ils suscitent des questions, invitent les lecteurs à leur accorder de l'intérêt.

Introduction

Les déplacements de populations, l'évolution des conditions climatiques, ainsi que l'activité industrielle, ont accéléré au cours des cinquante dernières années l'émergence et la propagation de nouveaux virus à travers le monde. Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), en 2002 et 2003, a été à cet égard une étape marquante ayant mené les organismes internationaux et nationaux à adapter les systèmes d'alerte et de santé publique. L'instauration de normes, de règles de conduite et de réseaux aurait toutefois précédé cet événement². L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a joué un rôle de premier plan dans ce dispositif, car elle a défini des niveaux de propagation du virus et donné le signal de l'activation des plans de lutte contre une pandémie.

L'éclosion du virus A(H1N1) et les alertes émises par l'OMS, lorsque celui-ci a atteint la phase pandémique au printemps 2009, ont ainsi amené les experts, ainsi que les décideurs canadiens et québécois à mettre en œuvre pour la première fois les plans de lutte contre l'influenza élaborés depuis plusieurs années. Cette expérience a été unique et marquante à de nombreux égards. Pour en tirer profit et en vue d'adapter les systèmes sanitaire et de sécurité civile selon les difficultés vécues, le MSSS a confié, en avril 2010, à la Direction de l'évaluation (DE) le mandat d'évaluer la gouvernance lors de la pandémie, particulièrement le système décisionnel et de coordination entre les paliers national, régional et local de gouverne mis en place temporairement dans le réseau de la santé et des services sociaux pour répondre à cette situation d'urgence. Précisons que cette évaluation est complémentaire à d'autres études, retours d'expérience et bilans effectués au sein du réseau québécois et de l'ensemble de l'appareil public, notamment le bilan déposé par la DE³.

Dans le présent rapport d'évaluation, sont abordés les aspects de la gouvernance prévus dans le Plan⁴, puis l'approche qualitative employée pour répondre au mandat d'évaluation. La chronologie des événements épidémiologiques et des mesures mises en place est ensuite décrite. La troisième section expose les points de vue et les expériences des personnes rencontrées sur les sujets abordés en entrevue, ainsi que les leçons à tirer.

² Robert, A.-M. (2006)
L'impact de la mondialisation sur la santé au Québec Rapport 2 – L'État face aux maux publics globaux : gérer le risque pandémique – Le cas de l'influenza. Rapport évolutif, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, École nationale d'administration publique (ENAP), Québec, 17 p.

³ Rheault, S., A. Gauthier, J. Thibault et C. Lanctôt (2010)
Bilan d'activités en réponse à la pandémie de grippe A(H1N1) 2009 – Bilan sommaire et préliminaire. Document interne. Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 58 p.

⁴ Gouvernement du Québec (2006)
Le Plan de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 127 p.

Section 1 : L'évaluation de la gestion de la pandémie

1.1 La structure de gouvernance prévue dans le Plan

1.1.1 Les grandes lignes du Plan

Le Canada a collaboré de près aux activités de l'OMS et il compte parmi les premiers pays à avoir établi un plan de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé⁵, coordonné et rédigé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le Québec a participé aux travaux et son propre plan s'inscrit en continuité des objectifs, décisions et orientations définis au sein d'organismes internationaux et du gouvernement fédéral. Cependant, il conserve sa marge de manœuvre et des compétences reconnues dans la gestion du système de santé et de services sociaux en temps de pandémie.

Le Plan établit les principes d'action, les modalités décisionnelles et de coordination, ainsi que les activités et les responsabilités du MSSS selon les diverses phases d'une éventuelle pandémie définies par l'OMS. S'appuyant sur la mission du réseau, soit de préserver la vie, la santé et le bien-être de la population, il présente, en cinq volets, les activités attendues en cas d'une pandémie : protéger la santé, soigner les personnes malades, assurer le bien-être psychosocial, offrir une information claire, valide et mobilisatrice, tant dans le réseau qu'au sein de la population, et maintenir le fonctionnement du réseau.

Le Plan a été rendu public en 2006. D'autres documents ont été produits pour donner des précisions sur les éléments essentiels au travail des divers intervenants, entre autres, l'organisation de CVM⁶ et de sites non traditionnels (SNT) de soins⁷. Des interventions ont été expérimentées avant et après le dépôt de ce Plan. Le scénario utilisé pour estimer l'effet d'une pandémie sur la fréquentation du réseau reposait sur l'hypothèse, alors conservatrice, d'un taux d'attaque de 35 % de la population et d'un taux de létalité de 0,2 %, ce qui signifie une hausse de 150 à 200 % du nombre de personnes se présentant aux différentes portes d'entrée de ce réseau.

Les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) ont produit leur plan en 2006 en s'appuyant sur un canevas de base commun à toutes les régions. Chaque CSSS avait aussi l'obligation de déposer à l'agence de sa région, s'inscrivant ainsi dans la lutte contre une éventuelle pandémie. Tous les partenaires sociaux, y compris ceux du réseau, ont convenu avec le MSSS que les conséquences multiples d'une pandémie devaient devenir des préoccupations pour les citoyens, les intervenants, ainsi que les décideurs de l'ensemble de la société et faire l'objet d'une préparation de leur part.

Le MSSS a assumé le leadership d'un effort très large de planification dans l'ensemble des institutions du réseau, mais aussi à l'extérieur de celles-ci. Ce leadership devait également s'exercer dans l'action, puisque le Plan prévoyait une structure décisionnelle et organisationnelle

⁵ Agence de la santé publique du Canada (2006)
Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. Gouvernement du Canada, Canada.

⁶ Groupe de travail provincial sur la vaccination de masse en situation de pandémie d'influenza (2006)
Guide pour la réalisation d'une vaccination de masse à l'usage des directions de santé publique. Québec, 77 p. et annexes.

⁷ Gouvernement du Québec (2007)
Le modèle type Site non traditionnel de soins. Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 103 p.

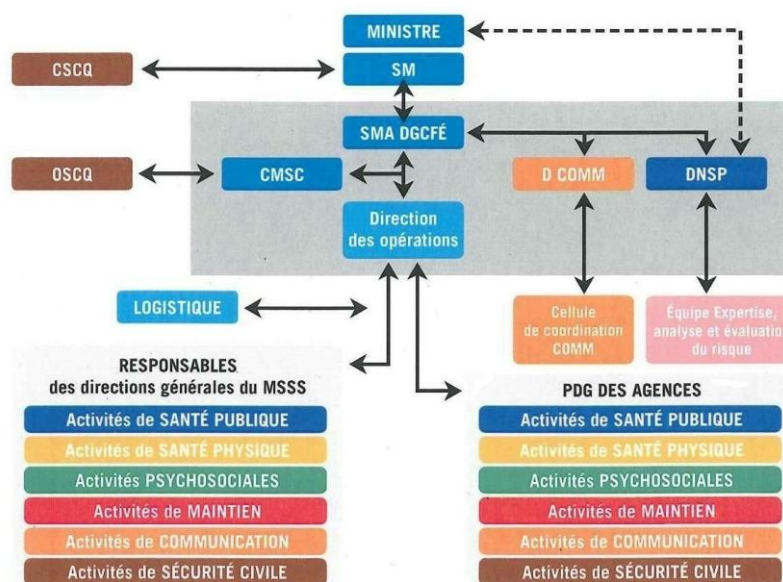
allant en ligne directe du plus haut niveau décisionnel, au MSSS vers les agences, puis des agences aux CSSS. Cette structure est nommée le top-down, un modus operandi exceptionnel, lié à une situation de crise, et particulier au réseau québécois. Il vise à assurer un maximum d'efficacité et de cohérence dans l'action.

1.1.2 La structure ministérielle de gouvernance

La prise de décision et la coordination relèvent du MSSS qui assume le *leadership*, ainsi que la coordination de l'ensemble des interventions de santé et de services sociaux. Le *Plan* prévoit la mise en place d'une cellule de gestion stratégique placée sous la responsabilité de la sous-ministre associée à la coordination, au financement, aux immobilisations et au budget, et composée du DNSP, du directeur des communications, d'un directeur des opérations, ainsi que de la sous-ministre responsable de la coordination ministérielle de sécurité civile, mission santé. Le DNSP, comme la flèche pointillée de la figure 1 l'indique, y assume les pouvoirs et les responsabilités qui lui sont dévolus par la Loi sur la santé publique lorsqu'il existe une menace réelle à la santé de la population ou encore des motifs sérieux de le croire.

Figure 1

La structure ministérielle de coordination



Source : Gouvernement du Québec (2006).

Le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé, p.21.

Comme on peut le constater, les décisions et la coordination se situent à un niveau élevé et chapeautent toute la structure organisationnelle du MSSS. La sous-ministre responsable doit également assumer des responsabilités en vertu de la Loi sur la sécurité civile, compte tenu des possibilités de dysfonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux, d'absentéisme et

de désorganisation sociale liées à une pandémie. Elle est membre de l'OSCQ, laquelle assure la mise en œuvre des orientations du Comité de la sécurité civile du Québec. C'est par ce principal canal que se transmettent les décisions ministérielles relatives à la santé ayant des répercussions sur le fonctionnement des autres secteurs gouvernementaux.

À la phase de la planification, il y avait un comité directeur, composé de représentants de chaque direction générale du MSSS, ainsi qu'un groupe opérationnel pandémie (GOP), qui se composait de professionnels et qui relevait du comité directeur. Au moment de la pandémie, soit à la phase de l'intervention, le comité directeur et le GOP fusionnaient, tout en conservant le nom du groupe. On retrouvait, au-dessus du comité directeur, une cellule stratégique composée des sous-ministres. Cette cellule interagissait avec les présidents-directeurs généraux (PDG) des agences, tant pour leur transmettre les consignes et directives que pour recevoir l'information venant des régions. De par son mandat, le GOP doit renseigner la cellule de gestion stratégique, de sorte qu'elle puisse agir dès le début de la pandémie. À titre d'exemple, un tableau de bord ministériel fournissait rapidement l'information de base nécessaire à la prise de décisions stratégique. Parallèlement, quelques directions générales se sont également dotées d'une structure de coordination interne pour assurer le suivi des dossiers transversaux, la cohérence des activités, ainsi que la consolidation des liens avec les autres directions générales et le réseau.

Le ministre, des membres de la cellule de gestion stratégique et des membres du GOP ont aussi participé à diverses négociations ou discussions au sein de comités réunissant des représentants du gouvernement fédéral, des autres provinces et des territoires. Les négociations relatives aux ententes fédérale-provinciales-territoriales sur la pandémie remontent à mai 2006. La ministre fédérale de la Santé, ainsi que les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé ont alors convenu de multiplier les efforts de renforcement des capacités d'intervention. Les campagnes d'information, l'échange de données de nature épidémiologique et scientifique, l'approvisionnement en vaccins, en antiviraux et en fournitures, ainsi que l'arrimage, lorsque possible, des orientations dans divers secteurs, comme la surveillance, les mesures générales de santé publique et la vaccination, ont aussi nécessité des efforts communs dans d'autres organisations.

1.1.3 La structure décisionnelle régionale et locale

À la demande du MSSS, les agences et les établissements ont adopté une structure et une ligne d'autorité similaires à celles prévues au MSSS. Cette similitude favorise, selon le *Plan*, la simplicité, la fluidité, l'efficacité de la ligne de commandement et l'intégration de tous les volets dans un tout cohérent et concerté. Ainsi, à l'agence, le PDG assume la responsabilité de la réponse du réseau régional quant à la pandémie. Il préside un comité de gestion stratégique avec l'aide du directeur de santé publique, du coordonnateur régional de sécurité civile et d'un responsable des communications. Par ailleurs, le PDG est en lien avec les directeurs généraux des CSSS de sa région et avec les instances médicales. Dans le prolongement de la structure descendante, le DG de chaque CSSS s'appuie sur un COPIN composé de directeurs de l'organisation, du coordonnateur local de sécurité civile et d'un responsable en communication.

Un groupe responsable agence pandémie (GRAP) est créé dans chaque agence afin d'assurer la coordination au niveau régional directement en relation avec le GOP du MSSS. Bien que la diffusion de l'information ait emprunté plusieurs canaux (rencontres, conférences téléphoniques, etc.), le système de distribution des documents, le K-31, en a été l'instrument officiel, tant au sein du MSSS, qu'entre celui-ci et les PDG des agences.

1.2 La stratégie relative à l'évaluation

1.2.1 Les objectifs de l'évaluation

L'approche d'évaluation privilégiée dans cette étude s'est inspirée des nombreux travaux de Patton⁸ pour qui l'évaluation est un processus rigoureux de collecte et de traitement de l'information utile aux décideurs et aux utilisateurs. Cela implique que les personnes et les groupes auxquels l'évaluation s'adresse collaborent à l'identification des objectifs d'évaluation. De concert avec les décideurs ministériels, il a donc été décidé que les principaux objectifs de cette évaluation étaient les suivants :

1. Décrire l'expérience et les points de vue d'acteurs aux paliers de gouvernance nationale, régionale et locale quant à leurs rôles et responsabilités dans le cadre d'un processus décisionnel du haut vers le bas en temps de pandémie.
2. Identifier les principaux éléments qui ont appuyé ou, au contraire, ont limité l'efficacité du processus décisionnel.
3. Identifier les effets sur l'intégration des interventions et des équipes.
4. Connaître les points de vue des différents acteurs sur l'ensemble de l'opération Pandémie et sur la préparation effectuée pour y faire face.

1.2.2 L'approche méthodologique

L'approche méthodologique employée, de nature qualitative, veut traduire l'expérience, ainsi que les points de vue d'acteurs engagés dans la gestion et la coordination de l'opération Pandémie aux paliers national, régional et local. L'échantillon est de type intentionnel, c'est-à-dire que les sites ont été sélectionnés afin de rendre compte de la diversité des conditions de mise en œuvre et, dans chaque site, les répondants ont été choisis sur la base de leurs fonctions au moment de la pandémie. Leurs propos, les interlocuteurs rencontrés et les sites choisis sont confidentiels et anonymes.

Les entrevues, d'une durée pouvant aller de 45 minutes à 2 h 30 minutes, selon le type d'entretien, ont été enregistrées et réalisées en face à face sur les lieux de travail des personnes interrogées. Les schémas d'entrevue ont été adaptés au type d'interlocuteurs rencontrés et une série de questions ouvertes offraient l'occasion au répondant d'aborder un sujet plus en profondeur.

Au total, 37 entrevues semi-dirigées, individuelles ou de groupe, ont permis de rencontrer 119 personnes entre mai et juillet 2010 (voir le tableau 1). Ces personnes ont été des acteurs privilégiés de l'opération Pandémie et, souvent, de sa planification. Elles occupaient des postes et avaient des rôles de décision et de coordination à l'intérieur des structures définies dans le *Plan* : cellules stratégiques à tous les paliers de gouverne, GOP, GRAP, COPIN, responsables régionaux et locaux de la sécurité civile au sein du réseau de la santé et des services sociaux et membres de triumvirats médicaux.

Au cours des entrevues étaient abordés les thèmes suivants : le niveau de préparation à la pandémie au moment des alertes de l'OMS, la vision et l'appréciation du modèle *top-down*, l'efficacité, les limites et les effets de l'application de ce mode de gestion, entre autres, dans les liens avec leurs partenaires, la gouverne médicale et les grandes leçons que l'on a pu tirer de l'opération.

⁸ Patton, M. J. (1997)
Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text. Third Edition, Thousand Oaks, Sage publications, 432 p.

Tableau 1

Le nombre de personnes rencontrées et d'entrevues réalisées

Palier	Nombre	
	Personnes rencontrées	Entrevues réalisées
National	17	10
Régional	43	13
Local	47	9
Triumvirat	12	5
Total	119	37

Au cours des entrevues étaient abordés les thèmes suivants : le niveau de préparation à la pandémie au moment des alertes de l'OMS, la vision et l'appréciation du modèle *top-down*, l'efficacité, les limites et les effets de l'application de ce mode de gestion, entre autres, dans les liens avec leurs partenaires, la gouvernance médicale et les grandes leçons que l'on a pu tirer de l'opération.

La sélection de sites

Afin de répondre aux objectifs de cette évaluation, cinq régions ont été retenues à partir de critères suivants :

1. Le type de région (universitaire, intermédiaire, périphérique, éloignée).
2. La densité démographique (faible, moyenne, forte).
3. Le nombre de cliniques de grippe implantées (0, 1, de 3 à 14, 15 et plus).
4. La perception de la relation entre les différents paliers (normale, difficile).

Dans chaque région choisie, un territoire local a été sélectionné avec la collaboration du coordonnateur régional de sécurité civile selon les critères suivants :

1. La présence d'un CH.
2. La présence d'un CVM lors de la pandémie.
3. La présence d'un triumvirat médical lors de la pandémie.

Trois autres régions sociosanitaires ont également été choisies au cas où un niveau de saturation de l'information insatisfaisant aurait été obtenu après les entrevues dans cinq régions. Cela n'a pas été le cas.

1.2.3 L'analyse des propos

La démarche retenue pour l'analyse des données qualitatives recueillies a été inductive. Elle vise à cerner les écueils et les forces du type de gouvernance mis en place pendant les deux vagues de la pandémie, ainsi que les similitudes et les différences de point de vue et d'expérience entre les paliers national, régional et local, de même qu'entre les types d'acteurs. Comme dans toute analyse qualitative, on ne peut en dériver des taux ou des fréquences, contrairement, par exemple, à un sondage.

Les propos ont été transcrits, codifiés et saisis à l'aide du logiciel NVivo 8^{MC}. Chaque entrevue a été codifiée par deux personnes, après un exercice réunissant les quatre membres de l'équipe dans le but de vérifier que tous avaient la même compréhension des codes. L'arbre de codification distingue différents concepts, les principaux étant la coordination, la structure et le processus décisionnels (ou commandement). Selon Belleau, la coordination consiste à accorder, à conjuguer

et à rationaliser l'activité d'autorités ou de services différents poursuivant des objectifs communs⁹. Le commandement est une autorité conférée à un chef ou un à commandant pour la direction et la conduite d'unités. Cette notion renvoie à celle de l'autorité donnant le pouvoir d'ordonner et de faire exécuter les actions.

Cette évaluation repose sur les témoignages de décideurs et de coordonnateurs de différents paliers de gouverne du réseau de la santé et des services sociaux, soit des personnes qui ont œuvré à la gestion de l'opération ayant eu cours au printemps et à l'automne 2009. En cela, elle comporte les forces et les limites inhérentes à l'approche qualitative et au type de répondants. Ainsi, cette approche ne permet pas de quantifier l'importance des phénomènes décrits, car elle vise plutôt à rendre visibles des courants de pensée et des écueils à partir de l'expérience relatée par les personnes rencontrées.

Celles-ci étaient aux premières loges de l'opération Pandémie et ont livré leur point de vue avec une grande ouverture. On ne peut douter de leur engagement, de leur autorité dans le processus, de leur préoccupation à améliorer la réponse à une situation d'urgence et à tirer des leçons de cette opération aussi unique qu'exigeante, à leurs yeux, comme à ceux d'observateurs externes. Il faut cependant souligner qu'aucune cueillette de données n'a été effectuée auprès des responsables d'autres ministères et organismes, d'associations professionnelles, des scientifiques, des intervenants et de la population pour les besoins de cette évaluation.

⁹ Belleau, F. (2008)
Le Cadre de coordination de site de sinistre au Québec. Service de soutien à l'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ), Québec, 40 p.

Section 2 : Les événements épidémiologiques et les mesures mises en place

Les principaux événements de nature épidémiologique et les mesures instaurées pendant la pandémie sont présentés ici selon un ordre chronologique. Cette chronologie établit le cadre général auquel se réfèrent les répondants, dont les points de vue et l'expérience sont relatés dans le présent rapport. Les données utilisées sont tirées de bilans produits au MSSS ainsi que de celui qu'a effectué la Direction de la protection de la santé publique¹⁰.

2.1 Les principaux événements et avis épidémiologiques

Le 20 avril 2009, l'ASPC informait le MSSS que des cas de SRAS avaient été signalés au Mexique. Le 21 avril 2009, les CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) ont identifié un virus de grippe A(H1N1) chez deux enfants résidant en Californie. D'autres cas ont été par la suite observés à New York.

Le 24 avril 2009, la première alerte de phase 5 a été émise par l'OMS. Un premier cas de grippe A(H1N1) a été remarqué au Québec le 30 avril 2009. La pandémie a été déclarée officiellement le 11 juin 2009 par l'OMS qui signalait des cas dans 74 pays et rehaussait son niveau d'alerte à la phase 6.

Tableau 2

Le nombre de cas au Québec selon la période¹

Nombre de cas	Période		Total
	Du 2009-04-26 au 2009-08-29	Du 2009-08-30 au 2010-01-13	
Confirmés	2 677	10 880	13 557
Hospitalisés	572	2 483	3 055
Aux soins intensifs	104	360	464
Décédés	26	82	108

Source : *Statistiques descriptives au 29 août 2009 et au 13 janvier 2010.*

¹ Traditionnellement et selon la nomenclature des CDC, la période de surveillance de l'influenza débute à la semaine CDC 35, soit à la fin du mois d'août de chaque année.

Entre le 26 avril 2009 et le 13 janvier 2010, 13 557 cas ont été confirmés et 108 décès sont survenus (voir le tableau 2).

En juin 2009, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) émettait un avis quant à l'utilisation de vaccins contre le pneumocoque dans le contexte d'une pandémie causée par une nouvelle souche d'influenza d'origine porcine au Québec, soit le virus A(H1N1).

En septembre 2009, le CIQ émettait un autre avis concernant, notamment, la sécurité et à l'immunogénicité des vaccins avec ou sans adjuvant pour les jeunes enfants. Le 8 octobre 2009, le CIQ revoyait sa position quant à la vaccination des enfants âgés de 6 mois à 9 ans. Le 13 novembre 2009, l'ASPC recommandait l'administration de deux doses du vaccin avec adjuvant aux enfants de 6 mois à 3 ans, à un intervalle de 21 jours, et d'une seule dose pour ceux de 3 à 9 ans. Les autorités québécoises de santé publique, de même que l'Association des pédiatres du Québec (APQ), appuyaient le 16 novembre 2009 les recommandations du CIQ, tout en confirmant qu'une seule dose du vaccin avec adjuvant protégerait adéquatement les enfants en bonne santé âgés de 6 mois à 9 ans contre la grippe A(H1N1).

¹⁰ Direction de la protection de la santé publique (2011)
Bilan ministériel de la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) 2009, 22 octobre au 18 décembre 2009.
Ministère de la Santé et des Services sociaux, 89 p. et annexes.

Le 19 novembre 2009, l'Association des allergologues et immunologues du Québec émettait un avis recommandant que le vaccin soit administré aux personnes allergiques aux œufs, à la suite d'une étude quant à l'utilisation sécuritaire d'un vaccin contre la grippe A(H1N1) avec adjuvant, soit l'Arepanrix^{MC}. Environ 950 enfants allergiques aux œufs avaient été vaccinés. Ils ont été suivis de façon rigoureuse et, après l'étude, un protocole a été défini afin de rendre le vaccin accessible à toutes les personnes allergiques. Un dépistage de l'allergie, la production de différents outils d'information clinique et la mise en place de corridors d'accès ont permis par la suite de vacciner 3 246 personnes jusqu'au 15 décembre 2009. Ce nouveau service a été organisé dans un CH sous supervision médicale et un nombre relativement faible de réactions indésirables a été constaté. La vaccination de cette clientèle a été une innovation et un véritable succès.

2.2 Les mesures instaurées pendant les deux vagues de la pandémie

En janvier 2009, s'amorçait l'étude de différents scénarios en vue de renouveler des antiviraux (Tamiflu^{MC} et Relenza^{MC}), dont la date de péremption approchait. Cette réserve permettait de traiter 17,5 % de la population du Québec.

Le 25 avril 2009, à la suite de la première alerte de l'OMS, le MSSS recourait à des mesures de surveillance accrues dans l'ensemble de son réseau. Le 28 avril 2009, une mesure spéciale, prévue dans la Loi sur la santé publique, lui a permis de procéder à une enquête épidémiologique.

Le 29 avril 2009, le site Influenza, devenu par la suite le site Pandémie Québec, commençait à recevoir des visiteurs. Issu d'une collaboration entre le MSSS et Services Québec amorcée en 2007, il a reçu au total 3 405 530 visites de sa création au 13 décembre 2009.

En avril 2009, la cellule stratégique ministérielle de gestion de la pandémie a été mise en place. Elle donnait le coup d'envoi à une préparation finale pour lutter contre la pandémie et à la formation du GOP et des structures régionales et locales prévues au *Plan*, soit les GRAP et les COPIN.

En avril 2009, une entente a été conclue entre le MSSS et Santé Canada relativement à la traduction des documents pour les communautés autochtones du Québec.

Le 4 mai 2009, le MSSS a annoncé l'obligation de former au Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza (PQFPI) tous les intervenants du réseau, dont le nombre est estimé à 260 000. À la fin d'octobre 2009 et compte tenu du partenariat établi entre les organismes privés et publics, la clientèle visée par le PQFPI correspondait à 393 185 intervenants comprenant, entre autres, les travailleurs du réseau, les RHA, les étudiants stagiaires, les intervenants en santé du secteur privé et les intervenants des services correctionnels.

En juin 2009, un Groupe de médecins décideurs a été formé afin de sensibiliser et mobiliser le corps médical. Ce groupe a recommandé diverses mesures, dont le remplacement des SNT de soins prévues dans le *Plan* par des cliniques de grippe et la mise en place de triumvirats médicaux. Ces triumvirats ont eu pour mandat d'agir comme autorité médicale locale, de fournir un soutien clinique et organisationnel et d'assurer la présence des effectifs médicaux nécessaires à la relève en établissement et dans les services de première ligne.

À l'été 2009, le MSSS a pris en charge la gestion de l'organisation des services de laboratoire, tandis que le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) en assumait la direction scientifique. Au total, neuf laboratoires de virologie, en plus du LSPQ, ont été désignés, et leur équipement rehaussé afin d'améliorer la radiologie diagnostique. De plus, le MSSS a coordonné la mise en place de corridors de services, incluant le transport des échantillons, entre autres, avec les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

L'extranet Pandémie a été créé en 2006 afin de diffuser en temps réel l'information aux professionnels du réseau et aux professionnels qui n'ont pas accès au réseau de télécommunications sociosanitaire. Les mises à jour étaient effectuées dans un délai inférieur à deux heures et le service était assuré la fin de semaine. Des capsules étaient envoyées aux médecins et un formulaire permettait de structurer les demandes de dépôt de documents. Plus de 370 000 visiteurs ont consulté l'extranet Pandémie entre le 1^{er} septembre et le 15 décembre 2009 et plus de 2 000 médecins ont consulté les capsules prévues à leur intention entre le 22 octobre et le 31 décembre 2009.

Le 15 octobre 2009, le *Guide autosoins* a été lancé officiellement. Il a été distribué rapidement dans chaque foyer du Québec du 21 au 29 octobre 2009. Il a également été transmis aux relayeurs d'information afin qu'ils puissent s'y référer et encourager la population à le consulter. Il a été mis en ligne sur le site Web du MSSS, de même que sur le site Pandémie Québec, et a été traduit et adapté afin de le rendre accessible à l'ensemble de la population. Sa promotion a été soutenue par une campagne d'information.

En octobre 2009, plusieurs éléments organisationnels et matériels ont été finalisés afin d'accélérer le traitement des appels téléphoniques et d'assurer une réponse uniforme à la ligne Info-Santé dont, entre autres, l'ajout de personnel, l'adoption d'un protocole infirmier spécifique à la grippe A(H1N1), la modification de la fiche d'appel et le rehaussement de la téléphonie. Un choix téléphonique spécifique à la grippe A(H1N1) a été ajouté et un message provincial orientait la population vers Services Québec si l'information désirée était d'ordre général plutôt que clinique. Dans les quelques régions où le volet social du service téléphonique Info-Social a été implanté, un module spécifique fournissait des balises à l'intervention psychosociale téléphonique.

Un répertoire exhaustif des ressources, continuellement mis à jour, a été l'outil commun d'information tant pour Services Québec, Info-Santé que pour le site Pandémie Québec. Cet outil permettait aux citoyens de connaître en temps réel les lieux de vaccination et les particularités régionales. Ce fut une première expérience de collaboration de cette ampleur de trois unités administratives gouvernementales responsables des renseignements aux citoyens, soit le centre de relation avec la clientèle, Info-Santé et le Service des renseignements du MSSS. Tous les messages téléphoniques d'accueil ont été arrimés aux étapes du déroulement de la campagne de vaccination. Entre le 21 octobre et le 22 décembre 2009, le MSSS a reçu 1 086 demandes en provenance de Services Québec, dont 555 ont exigé un suivi particulier auprès du citoyen. On compte plus de 3 000 000 de visites sur le répertoire des CVM entre le 25 octobre et le 15 décembre 2009, et plus de 200 000 sur le répertoire des cliniques de grippe entre le 4 novembre et le 5 décembre 2009.

Le 17 octobre 2009, les premières doses du vaccin ont été disponibles au niveau national. Le premier groupe ciblé de la séquence se composait des travailleurs de la santé et des personnes vulnérables qui pourraient bénéficier le plus de la vaccination, soit notamment les femmes enceintes, peu importe le stade de leur grossesse, les personnes résidant dans des localités éloignées ou isolées, celles qui habitaient avec des personnes à risque élevé de complication qui ne pouvaient être immunisées ou qui pourraient ne pas bien répondre au vaccin, à savoir les nouveau-nés âgés de moins de 6 mois et les personnes immunosupprimées.

Le 22 octobre 2009, le FQV a été rendu accessible à toutes les agences et à tous les CSSS. Les objectifs du FQV étaient de suivre l'évolution des manifestations cliniques inhabituelles (MCI) après la vaccination et la couverture vaccinale, ainsi que de retracer des lots ou des personnes vaccinées avec des lots problématiques. Le FQV se devait d'être accessible partout et rapidement.

Le 26 octobre 2009, les premiers CVM ouvraient leurs portes, soit trois semaines avant la date prévue. Au pic de la pandémie, 314 CVM ont été en fonction. Le modèle de CVM a été développé afin d'assurer l'administration d'une dose de vaccin à toute la population qui le désirait sur une période très courte, soit environ deux mois. Le modèle a été conçu en 2006. Il décrit toutes les modalités de sa mise en place et de son fonctionnement. Il peut être adapté aux besoins de la population locale. Des intervenants sociaux étaient présents dans toutes les régions. Les CSSS, en collaboration avec les agences, ont été les maîtres d'œuvre de cette opération et le modèle a été testé lors de projets pilotes tenus dans des régions pendant des périodes de vaccination pour la grippe saisonnière.

Le 26 octobre 2009, la campagne de vaccination débutait au Québec, après l'ordonnance provisoire au Canada autorisant la vente émise le 21 octobre 2009 du vaccin avec adjuvant. La distribution d'un vaccin sans adjuvant provenant de l'Australie (Panvax^{MC}) a été autorisée au début de novembre et le vaccin sans adjuvant de GlaxoSmithKline a été autorisé le 12 novembre 2009. La campagne de vaccination s'est terminée le 18 décembre 2009.

Entre le 27 octobre et le 5 décembre 2009, en remplacement des SNT ambulatoires, 54 cliniques de grippe désignées ont été ouvertes dans différents milieux tels que des CSSS, des centres de jour et des cliniques médicales. Certaines régions n'en ont pas instauré en raison d'un taux d'attaque grippale peu élevé ou de contraintes en termes de ressources. Au total, environ 41 400 patients y ont été observés, 3 000 par jour dans le pic d'activité de la pandémie. Une évaluation par les infirmières, dans la plupart des cliniques, a permis d'éviter des consultations médicales. La clientèle qui se présentait dans les urgences hospitalières avec des symptômes d'allure grippale a été référée aux cliniques de grippe.

L'abandon du modèle de SNT en cours de pandémie a signifié qu'il fallait mettre sur pied rapidement l'organisation de la dispensation des antiviraux en milieu ambulatoire. Un groupe d'experts, créé et piloté par le MSSS, a développé des critères de diffusion des antiviraux, dont la première diffusion s'est faite le 5 mai 2009. Ces critères ont guidé l'utilisation des antiviraux et ont été mis à jour tout au long de la pandémie. Ils ont été offerts gratuitement dans les CH à partir du 22 mai jusqu'au 3 novembre 2009, tant pour les besoins hospitaliers qu'ambulatoires. À partir du 30 octobre 2009, dans un très court laps de temps, l'accès gratuit aux antiviraux a été possible dans l'ensemble des pharmacies du Québec. Jusqu'au 12 janvier 2010, 19 552 ordonnances ont été dispensées. Cette opération a nécessité l'émission de plusieurs directives et documents d'information, notamment, sur l'approvisionnement et la dispensation des antiviraux, de même que sur la collaboration entre les pharmacies communautaires et les cliniques de grippe. Des mesures particulières ont assuré l'accès aux antiviraux des communautés isolées dépourvues de services pharmaceutiques de proximité.

Le 9 novembre 2009, la vaccination était accessible au second groupe ciblé, soit la population âgée de 5 ans et plus. Les jeunes âgés de 5 à 19 ans ont été vaccinés dans un premier temps, suivis des personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'une maladie chronique. Dans un troisième temps, les personnes âgées de 20 ans et plus se sont vu offrir le vaccin.

Une modification à la séquence de vaccination a été apportée le 19 novembre 2009, en raison d'une disponibilité accrue de vaccins. Le MSSS annonçait que la vaccination des personnes de 65 ans et plus en bonne santé serait devancée. Ce n'est qu'à partir du 25 novembre 2009 que la vaccination a été rendue accessible au grand public d'abord dans certaines régions sociosanitaires, et quelques jours plus tard, dans l'ensemble des autres régions.

À partir de novembre 2009, les médecins traitants ont eu accès à une ligne téléphonique de soutien clinique, appelée la ligne rouge. Elle leur permettait de consulter rapidement un spécialiste pouvant répondre aux questions concernant le traitement d'un patient atteint de la grippe A(H1N1) et présentant des conditions médicales particulières ou souffrant de complications. Elle était

accessible en tout temps, 24 heures par jour, sept jours par semaine, pendant toute la durée de la pandémie. Malgré la collaboration et la disponibilité des médecins spécialistes, la ligne rouge a été toutefois peu fréquentée, car de nombreux médecins ont continué d'utiliser les corridors de communication bien établis des RUIS.

À partir de novembre 2009 également, les techniciens ambulanciers paramédicaux, les premiers répondants, les répondants médicaux d'urgence et les centres de communication santé, étant des centrales régionales d'affectation de services, ont disposé de procédures opérationnelles sur la modulation des services préhospitaliers, le transport aérien et le triage prioritaire des patients arrivant en ambulance.

En novembre 2009, un projet de hiérarchisation et de stratification des soins intensifs a été mené en collaboration avec la Société des intensivistes du Québec. La classification des soins intensifs pour les adultes a d'abord été complétée. Un soutien clinique médical a été ensuite planifié afin de faciliter la rétention de la clientèle dans les régions. Les établissements ont adopté plusieurs mesures pour augmenter leur capacité à répondre aux besoins, tant du côté de la main-d'œuvre que des équipements et des espaces. Dès le 16 novembre 2009, deux centres de coordination pour les transferts des patients ont été mis en fonction, l'un dans la région de la Capitale-Nationale et l'autre dans la région de Montréal.

En novembre et décembre 2009, 700 lits de courte durée ont été libérés. Le rôle du MSSS a consisté à veiller à ce que soient libérés des lits de courte durée occupés par les patients de longue durée et à proposer aux hôpitaux un délestage graduel d'activités, selon les différentes étapes anticipées de la pandémie. Au total, 429 transferts ont été effectués dans des places autorisées dans l'ensemble du Québec.

Le 18 décembre 2009, les CVM fermaient leurs portes. Entre le 17 octobre 2009 et le 17 mai 2010, 5 785 430 doses de vaccins ont été distribuées. Entre le 22 octobre et le 18 décembre 2009, 101 manifestations cliniques inhabituelles ont été déclarées, nécessitant l'hospitalisation de 60 personnes.

On estimait, au 18 décembre 2009, que 57 % de la population du Québec âgée de 6 mois et plus avaient reçu le vaccin contre la grippe A(H1N1), soit plus que la moyenne canadienne qui était de 41 %¹¹. Quant à la vaccination contre l'influenza saisonnière, elle a été repoussée jusqu'au 10 janvier 2010. Malgré la difficulté d'approvisionnement en début de campagne, en raison d'un taux de vaccination plus faible que celui prévu, environ 3 000 000 de doses étaient stockées en mai 2010.

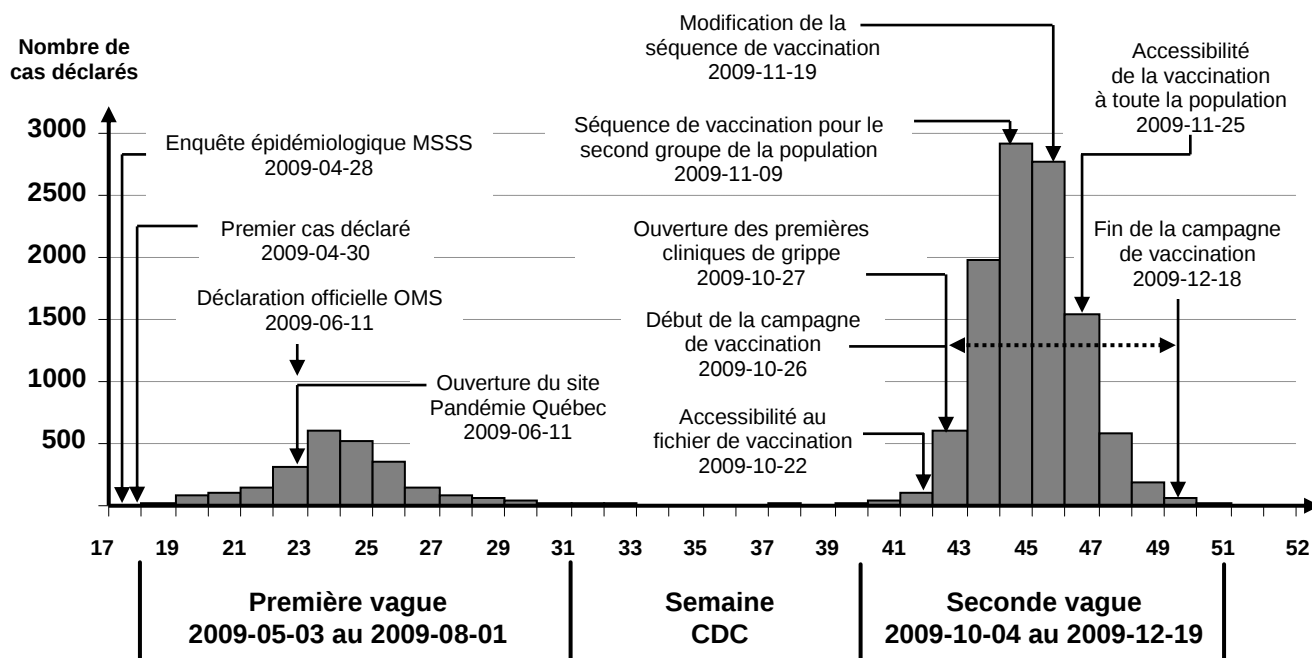
¹¹ Statistique Canada (2010)

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : vaccination contre la grippe H1N1. Le quotidien/The Daily, gouvernement du Canada, Canada.

Le graphique 1 qui suit présente l'histogramme épidémique des cas déclarés de grippe A(H1N1) résidant au Québec selon la semaine CDC du prélèvement entre le 26 avril 2009 et le 2 janvier 2010, accompagné des principales mesures mises en place pendant les deux vagues de pandémie.

Graphique 1

L'histogramme épidémique des cas confirmés de grippe A(H1N1) résidant au Québec selon la semaine du prélèvement entre le 26 avril 2009 et le 2 janvier 2010



Source : Statistiques descriptives au 30 août 2009 et au 20 avril 2010, MSSS, INSPQ.

Section 3 : Les points de vue d'acteurs des paliers national, régional et local

3.1 La préparation à la pandémie

3.1.1 La planification

La longue préparation d'un plan (2000-2006)

Au début des années 2000, l'expérience relative au SRAS a motivé l'élaboration d'un plan de lutte contre une éventuelle pandémie. La Direction générale de la santé publique du MSSS a enclenché le processus en déposant un premier projet axé sur la prévention. Un groupe tactique a été chargé de développer les autres volets, tels que les soins, les services psychosociaux et les communications, et d'unifier l'ensemble. À cette époque, seulement deux personnes prenaient en charge au MSSS les dossiers de sécurité civile. Elles assuraient la liaison entre l'OSCCQ et les régions en situation de crise. La planification requérait la participation d'autres directions ministérielles, chose qui n'allait pas nécessairement de soi comme l'explique un répondant : « C'est le propre de la sécurité civile et de l'urgence. C'est jamais important quand il ne se passe rien et ça devient très important quand il se passe quelque chose. »

Plusieurs essais ont été nécessaires avant d'achever le *Plan* ministériel final. Sa structure, fondée sur un modèle proposé par une agence, comporte cinq volets. Ses grandes lignes s'appuient sur les étapes reconduites habituellement en sécurité civile, à savoir la préparation, l'intervention et le rétablissement après une crise. Les plans régionaux et locaux devaient se conformer à un gabarit identique afin de faciliter les échanges.

L'une des plus grandes difficultés de la phase de planification a été sa durée, beaucoup trop longue selon plusieurs répondants, tant au palier régional qu'au palier local. Ceux-ci ne pouvaient exercer aucun contrôle sur cette durée. « Même dans le milieu où j'étais, un hôpital universitaire, les gens n'y croyaient plus. Ils disaient : arrêtez de nous achaler. Vous nous en parlez depuis longtemps. » Au bout de quelques années, la motivation et la collaboration du personnel ont diminué, et la crédibilité des responsables en a été affectée.

La perception du *Plan*

L'uniformité du modèle dans toutes les régions

Plusieurs répondants des agences et des établissements ont vu d'un bon œil l'imposition d'un modèle commun à toutes les régions, car cela permettait de structurer et de couvrir tous les volets des interventions. Les fonctions et les activités à l'intérieur des volets étaient clairement définies et décrites. Ce modèle a aussi permis d'utiliser un vocabulaire commun à toutes les instances du réseau. Cela a toutefois exigé des ajustements, car d'une part, des plans d'urgence régionaux et locaux existaient à certains endroits, sans référence toutefois à une pandémie, et d'autre part, il a fallu s'approprier le modèle et comprendre les conséquences d'un taux d'attaque estimé à 35 %.

D'autres se montrent plus critiques envers un canevas commun pour diverses raisons. Des changements d'orientation ont complexifié la planification et la préparation, dont le développement a été à géométrie variable selon les volets. Selon certains répondants, l'imposition d'un canevas commun représenterait une approche contre-productive en période de planification. Les

établissements, tels que les centres jeunesse et les centres de réadaptation, pouvaient difficilement employer le même gabarit et un plan spécifique aux centres de réadaptation a été préparé par la suite. La polémique la plus fréquemment citée par les répondants touche cependant la nature même du *Plan*.

La nature du *Plan*

Pour certains répondants, le *Plan* est, de par sa nature, un plan de sécurité civile avec une mission santé : il inclut tous les volets de l'intervention, s'intègre à la philosophie, ainsi qu'aux plans gouvernementaux préparés par l'OSCCQ et peut être adapté à différentes situations urgentes.

Du point de vue de responsables de la sécurité civile du réseau, un plan de sécurité civile couvre tous les risques, une pandémie n'étant qu'une situation particulière au même titre que les épisodes de chaleur accablante. De plus, les concepts et le vocabulaire utilisés dans le *Plan* n'intègrent pas les étapes de l'intervention, telles que les phases de veille, de pré-alerte et d'alerte en situation de sinistre. Ces étapes enclenchent des processus distincts et interpellent des acteurs particuliers. Certains plans régionaux étaient ainsi conçus alors que le MSSS aurait opté pour un modèle plus proche de la santé publique. De plus, le rôle de la sécurité civile serait présenté comme un volet dans le *Plan* alors qu'il serait plutôt une façon de faire fonctionner des processus de coordination et de concertation pour assurer un maximum de cohérence dans l'action.

Un *Plan* détaillé, mais avec des oublis

Selon des répondants, décideurs comme coordonnateurs, le *Plan* aurait mérité d'être plus synthétique. Il présenterait trop d'objectifs et de mesures spécifiques, dont certaines n'ont jamais été activées : « Peut-être qu'on a voulu faire le maximum, mais entre cette planification-là et la réalité des choses, il y a un écart. » Tout prévoir serait impossible et, à leur avis, peut-être inutile.

Paradoxalement, certains éléments importants en sont absents, à savoir les aspects technologiques et informationnels tels que les sites d'information, le branchement avec Services Québec, la diffusion d'un répertoire des ressources et le FQV. Ces mesures ont été développées après le *Plan* ou durant la pandémie. Certains auraient souhaité des directives précises, par exemple sur le nombre de CVM, afin de négocier des ententes avec leurs partenaires. La gestion des files d'attente n'était pas prévue et peu d'intervenants en ont l'expérience : « On a inventé le coupon sur les faits. » Certaines parties du *Plan* et les outils attendus de la part du MSSS étaient encore rudimentaires; c'est le cas du volet psychosocial. Enfin, les répondants ont presque unanimement déploré la planification déficiente du volet relatif à la santé physique.

3.1.2 Le niveau de préparation

Peu d'intérêt dans certains groupes

Malgré les déficiences, le Québec a été l'une des provinces les plus proactives et avancées en termes de planification et de préparation à une pandémie. Plusieurs répondants en sont fiers. Toutefois, l'intérêt, la motivation, la collaboration et l'implication de divers types d'acteurs, de régions et de réseaux locaux à la préparation à une pandémie ont été inégaux et parfois même absents.

À ce titre, les médecins cliniciens ont constitué le groupe professionnel le plus difficile à mobiliser. Plusieurs interlocuteurs de tous les paliers l'ont constaté plusieurs années avant la pandémie : « Lorsque l'on a déposé nos plans régionaux, on savait, dès ce moment-là, qu'on était incapable d'intéresser les médecins, de les impliquer. On le savait déjà. » Outre les médecins, des répondants estiment qu'il a été difficile de convaincre les autorités des établissements, en

particulier dans les centres locaux de services communautaires offrant des services de première ligne. Il faut se rappeler cependant que le développement du Plan et sa diffusion ont coïncidé avec les fusions d'établissements et la mise en place des CSSS. Dans les établissements fusionnés, la nomination des cadres a été un processus long et ardu qui est allé de pair avec les changements importants de mandats qui leur ont été confiés.

Une appropriation inégale des enjeux

Après l'élaboration de leur plan, plusieurs confient l'avoir presque oublié. Ainsi, selon un membre d'un COPIN : « Il devient de plus en plus obsolète. Les données sont de moins en moins à jour. » Au contraire, certaines régions avaient déjà expérimenté les modèles et structures, et les avaient parfois même implantés. C'est le cas des CVM instaurés pour la vaccination saisonnière en collaboration avec des municipalités, et du GRAP dans certaines régions. En 2005, un guide aux citoyens, un document personnalisé de gestion d'un risque de pandémie, avait été diffusé par une agence. Plusieurs CSSS se sont dits prêts à implanter des SNT avant la pandémie.

Si quelques répondants des établissements avaient réalisé des exercices de simulation de situation d'urgence, ce n'est pas le cas de la majorité d'entre eux, et ce, à tous les paliers. Certaines régions ont eu, plus souvent que d'autres, à faire face à des sinistres, catastrophes ou à des risques épidémiologiques. Un répondant ministériel estime qu'en général : « Le niveau de préparation, [...] a été déficient du fait que, malgré la planification [...] c'est pas tout le monde qui avait intégré les enjeux, les défis. »

Dans plusieurs équipes, les départs à la retraite et la mobilité du personnel ont fait en sorte que des responsables connaissaient peu ou pas le *Plan* et les mesures d'urgence au moment de la pandémie. Ce n'était pas les cas de la majorité des répondants ministériels, mais dans plusieurs établissements visités, la presque totalité des membres du COPIN n'occupait pas le même poste quelques années – et parfois même quelques jours – avant la pandémie.

Malgré cela, les répondants jugent généralement que leurs rôles et responsabilités au début de la pandémie étaient clairs. Même s'ils ne connaissaient pas tous les enjeux et les facettes d'une telle opération, la planification effectuée, l'implication de personnes-clés connaissant bien le dossier et le travail d'équipe ont facilité le développement d'une vision commune et l'organisation des interventions. À leur avis, les partenaires connaissaient également les rôles des intervenants, des agences et des établissements.

3.1.3 Les leçons

Les responsables de la sécurité civile du réseau souhaitent qu'un plan s'adresse à tous les risques reliés à la santé, et non seulement à celui de la pandémie. Pour plusieurs répondants, l'opération de 2009 a en outre montré que l'on doit mieux prévoir la gestion des files d'attente, les technologies de l'information, les services psychosociaux, les SNT hospitaliers et les liens avec les partenaires, pour ne nommer que les plus importants. Des aspects du *Plan* pourraient être modifiés ou, du moins, précisés, et d'autres, qui n'ont pas été mis en application, devraient être éventuellement validés. Si un plan devait être refait, des répondants suggèrent que la planification se déroule sur une courte période.

D'un autre côté, certains espèrent qu'un nouveau plan fasse appel à une collaboration plus large, notamment celle des différents paliers de gouverne. En outre, la littérature consultée propose d'accorder une place aux citoyens dès la planification afin de diminuer leurs inquiétudes, de

gagner leur confiance et de les responsabiliser davantage en cas de crise sanitaire^{12, 13, 14}. Selon Guerrier et Hirsh¹⁵, une meilleure compréhension permettrait aux citoyens de se sentir plus concernés et, par le fait même, d'être partie prenante d'un choix collectif. Selon Lagadec¹⁶, la gestion des crises du futur devrait passer par l'échange avec le plus grand nombre d'acteurs, sans toutefois abuser de précaution, ni donner dans la nonchalance.

La discussion reste ouverte puisque, pour d'autres, le *Plan* existant peut être employé dans diverses situations de risque. L'effort demandé par une nouvelle planification semble énorme et démotive plusieurs répondants, surtout au palier local où les plans ont été peu utilisés. Aucune planification, si pertinente soit-elle, ne peut prévoir exactement le cours des choses, chaque pandémie et chaque situation d'urgence étant uniques. À leur avis, le plus important est de cultiver la capacité d'adaptation du réseau, notamment par des exercices. Examinant cette question, le Comité sénatorial canadien penche vers cette solution et propose une mise à l'essai régulière du plan canadien¹⁷.

3.2 Le modèle *top-down* vu par les acteurs

3.2.1 L'adhésion à un modèle *top-down*

À tous les paliers de gouvernance et pour la majorité des répondants, le modèle *top-down* est considéré comme un modèle nécessaire, voire essentiel lors d'une pandémie, car il répond au besoin d'obtenir rapidement des orientations et des communications claires et cohérentes. À leur avis, ce modèle serait approprié lorsqu'il y a des enjeux de santé publique touchant plusieurs régions, lors de sinistres de grande envergure et lorsque la participation d'organisations nationales et régionales est requise. « On n'aurait pas pu passer à travers cette opération-là si on n'avait pas eu un modèle *top-down*. » Le corps médical partagerait également cette opinion et leurs *leaders* auraient été à même de constater que le MSSS était en mesure de prendre les commandes. Certains répondants mentionnent cependant que ce modèle et le *Plan* devraient être modulés selon l'urgence et la gravité de la situation.

Pour plusieurs interlocuteurs des paliers régional et local, le *top-down* a l'avantage de réduire les discussions sur les diverses possibilités d'action, accélérant de cette manière les interventions. Tous les types d'organisation et de profession y voient cet avantage, mais il s'avère particulièrement facilitant en présence de points de vue divergents. Ainsi, les médecins, en

¹² Comité d'éthique de santé publique (2006)
Volet santé publique du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé. Avis du Comité d'éthique de santé publique, Gouvernement du Québec.

¹³ Doucet, H., C. Durand, Y. Farmer, M. Dion-Labrie et M.-È. Bouthillier (2009)
La contribution des citoyens à l'élaboration des plans de lutte contre la pandémie d'influenza. Points saillants d'un atelier organisé à Montréal en avril 2008, Groupe de recherche en bioéthique (GREB), Présentation, Éthiquement vôtre, Direction de santé publique, Gouvernement du Québec.

¹⁴ Farmer, Y. (2009)
Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : plaidoyer pour une approche normative globale. Revue canadienne de santé publique, n° 15, p. 14-17.

¹⁵ Guerrier, M. et E. Hirsh (2010)
Pandémie grippale : établir désormais une transparence plus intelligible. Pandémie, Éthique et Société, Québec.

¹⁶ Lagadec, P. (2010)
La drôle de grippe, Pandémie grippale 2009 : essai de cadrage et de suivi, Cahier n° 2010-03, Département d'économie, École Polytechnique, Université Paris-Sud XI, Paris

¹⁷ Comité du Sénat canadien « Le Plan ne devrait pas être mis à jour au regard de la dernière pandémie. Même s'il est impératif de tirer les leçons de la pandémie de grippe A(H1N1), toute pandémie est unique en son genre. De plus, le Comité juge, comme l'on fait remarquer plusieurs témoins, que le Plan devrait être régulièrement et rigoureusement mis à l'essai. »

particulier, feraient valoir des opinions orientées surtout vers le traitement individuel en comparaison avec une démarche collective inhérente à une décision de santé publique. La prise de parole par des experts et des autorités décisionnelles amoindrirait ainsi les débats entre professionnels. En outre, la centralisation des décisions permettrait une meilleure gestion des fournitures et des vaccins, dont la disponibilité était limitée. Enfin, la gestion *top-down* était inévitable pour négocier les grandes orientations avec les corporations médicales et la gestion des services préhospitaliers.

3.2.2 Les points de vue sur la latitude possible

Des références à l'armée...

Plusieurs répondants de différents paliers font référence au vocabulaire et au fonctionnement de l'armée pour définir le modèle *top-down*. Il y a ainsi dans ce modèle : une ligne, un chef ou un général, une armée sur le terrain et des commandements. Un fonctionnement de ce type serait inévitable, car : « Il faut des résultats rapides, une analyse de la situation et la même journée, il faut que cela soit actualisé. On ne peut faire autrement. »

Pour certains coordonnateurs et décideurs du palier national, mais aussi régional, la marge de manœuvre des organisations et des intervenants devrait être pratiquement nulle et les moyens utilisés, les mêmes dans toutes les régions : « C'est le Ministère qui décide. Nous n'avons pas vraiment le choix de discuter et d'avoir des arrimages régionaux. » Une attitude directive, ne laissant pas de place à la négociation, serait de rigueur. L'uniformité des interventions d'une région à l'autre est vue comme positive dans les régions fortement urbanisées. Sans nécessairement adhérer à l'ensemble de cette vision, plusieurs répondants, incluant des membres de triumvirats, croient nécessaire l'uniformité dans l'application des décisions.

Pour la plupart des répondants, la structure hiérarchique décisionnelle du Plan est claire et engage d'abord les responsables administratifs du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Son sommet se trouve au palier ministériel qui établit les orientations et diffuse les directives et informations. Les décisions stratégiques y sont prises par la haute direction et elles s'appuient principalement, en cas de pandémie, sur le mandat et l'expertise du DNSP, en lien avec les réseaux d'expertise au Canada et dans les régions. Comme le dit un décideur : « Le Core Business de ça, c'est la protection de la santé publique [...] donc, c'est normal que ça soit lui qui trace des lignes de conduite sur une bonne partie des actions qu'on a à faire. » Par contre, tous les répondants ne partagent pas la même vision du rôle de la sphère politique et de l'efficacité de ce type de gouvernance pour les médecins.

Plus de souplesse...

La latitude décisionnelle des différentes instances serait influencée par la manière dont les décideurs la traduisent et y adhèrent. Selon un répondant : « C'est certain qu'on n'a pas une vision uniforme là-dessus, au Ministère. » Ainsi, contrairement à une vision que les répondants rattachent à l'armée, des décideurs ministériels perçoivent leur rôle essentiellement comme de la coordination des différentes organisations avec lesquelles ils sont en relation. Plusieurs souhaitent plus de souplesse et, généralement, une rétroaction plus systématique avec les intervenants et responsables locaux afin d'ajuster les actions et rejoindre plus efficacement les divers segments de la population.

L'impossibilité de tout prévoir et de concrétiser partout les consignes de la même manière plaiderait en faveur d'une certaine marge de manœuvre régionale et locale limitée et essentiellement opérationnelle. Pour un membre d'un triumvirat : « Avec le *top-down*, tu pars en

haut avec quelque chose de très général et lorsque ça arrive en bas, il faut que ça soit adapté. » Enfin, les initiatives locales qui répondent aux objectifs poursuivis, par exemple la prise de rendez-vous électronique, devraient être encouragées. Un tel aménagement du modèle *top-down* serait plus en accord avec la culture du réseau et avec les responsabilités dévolues aux agences et aux CSSS : « C'est un modèle de gouvernance imposé pour quelque chose d'important. Ça ne devrait pas t'enlever toutes tes responsabilités, toutes tes compétences. »

Une responsabilité locale d'opérationnalisation

Certains répondants affirment clairement la nécessité d'une autonomie locale en matière d'organisation des services, même s'ils adhèrent au modèle *top-down*. La notion de responsabilité populationnelle locale, inscrite au mandat des CSSS, leur connaissance de la population desservie, les liens tissés avec leurs partenaires et leur expertise motivent cette prise de position. « Il y a des orientations, il y a des enjeux là-dedans, mais sur comment le faire, comment le faire descendre, vacciner et protéger notre population et nos employés, je crois que c'est nous qui sommes experts. » Tout comme le palier supérieur, les membres des COPIN rencontrés se disent « capables de s'organiser » et de « bouger dans les délais ».

Selon cette vision, le palier ministériel devrait prendre les décisions stratégiques ou tactiques, fixer les priorités et les objectifs, de même que fournir les outils. Une fois les priorités établies, les régions devraient négocier les modalités d'accès aux services à l'intérieur de cibles à atteindre. Parmi ces modalités, on se questionne sur la mise en place de CVM dans toutes les régions : « Est-ce que c'est par ce biais-là de grands centres de vaccination ou c'est par une plus grande proximité? » Les répondants des territoires moins densément peuplés estiment généralement que leur réalité, notamment l'éparpillement de la population et l'absence de transport public, n'est pas suffisamment prise en compte. « Depuis des années que l'on dit que des programmes mur à mur ça ne marche pas, donc c'est la même affaire avec le *top-down*. »

3.2.3 Des variantes quant à l'unité décisionnelle

Pour les décideurs ministériels, le ministre de la Santé et des Services sociaux est d'emblée le responsable ultime de l'opération puisqu'il en est imputable auprès de la population, de concert avec l'ensemble du gouvernement. Pour les coordonnateurs et décideurs des paliers régional et local, le rôle des élus est moins clair, associé à l'information sur la place publique, et souvent sujet à discussion. En effet, plusieurs se montrent plutôt critiques à cet égard et auraient préféré une séparation plus nette des pouvoirs entre la sphère administrative et la sphère politique. D'autres auraient souhaité, au contraire, une présence plus marquée des élus sur la scène publique pendant la pandémie afin que la gouverne d'État soit clairement assumée.

Par ailleurs, les médecins cliniciens accepteraient difficilement une approche *top-down* basée sur la structure administrative du réseau, sans lien avec les organisations médicales. Ainsi : « On peut aimer ça ou pas aimer ça, mais les médecins ne sont pas les employés de l'hôpital. Ils sont des travailleurs autonomes puis ils ont des mécanismes pour se gouverner. » Les gestionnaires du réseau n'auraient aucune autorité sur eux en temps de pandémie comme en temps normal. Selon un médecin interrogé : « Ce n'est pas au Ministère à me dire comment traiter. » La structure idéale de gouverne médicale passerait ainsi par le Collège des médecins du Québec et les fédérations médicales.

3.2.4 Des grandes attentes à l'égard du palier supérieur

Pour la plupart des répondants de tous les paliers, l'exercice du pouvoir décisionnel en temps de crise va de pair avec de nombreuses exigences. Le *top* devrait ainsi avoir une « vision », appuyée

sur l'expertise scientifique et sur la préparation. Selon un décideur, le travail de préparation préalable est d'ailleurs crucial et donne « l'assurance de dire : on sait où on s'en va ». L'expertise scientifique et les outils conséquents sont d'ailleurs des plus attendus aux paliers régional et local. La confiance exprimée par les divers intervenants est proportionnelle au respect des compétences des experts consultés qui formulent les recommandations. Le MSSS est perçu comme l'instance qui détient ou peut avoir accès à toute l'expertise nécessaire. Les connaissances se montrent d'ailleurs nombreuses et ne font pas toujours l'unanimité, entre autres parmi les cliniciens. Certains auraient souhaité que le MSSS puisse répondre systématiquement aux campagnes anti-vaccination.

La rigueur dans les décisions constitue un autre aspect crucial relevé par plusieurs intervenants. Cela signifie être solide et constant dans les consignes, comme le dit un membre d'un COPIN : « Si t'es *top* dans la vie, tu l'es du début jusqu'à la fin dans toutes les décisions. » La rigueur veut aussi dire qu'à tous les paliers hiérarchiques, les responsables seront capables d'expliquer les motifs d'une décision, de susciter l'appui et de la maintenir même en cas de controverse. Au palier régional, comprendre les raisons d'une consigne permet de la transmettre adéquatement au palier local qui aura aussi à l'expliquer et à la diffuser aux intervenants et à la population qui se présente aux points de services. Comme dit un directeur régional : « Je veux comprendre, expliquez-moi. » Cela revêt une grande importance dans l'exercice de ses fonctions.

Des décisions sont aisément acceptées, perçues comme équitables et pertinentes, par exemple, celle sur l'établissement d'une séquence de vaccination parmi la population en raison d'une offre restreinte de vaccins. Certaines le sont moins et « ne font pas de sens » pour plusieurs répondants des paliers régional et local. Elles semblent se rapporter surtout à la qualité du service offert.

Les différents paliers de gouverne ont aussi à faire preuve de cohésion et de clarté dans les messages qui sont véhiculés dans le réseau et auprès de la population. En effet, « on a besoin de cohérence, on a besoin d'entendre dire les mêmes affaires. Il faut entendre dire : c'est ça, la priorité, c'est ça, l'orientation ». Le sommet de la hiérarchie est particulièrement interpellé à cet égard en tant que source première de l'information et des décisions. Le modèle *top-down* implique ainsi la définition claire des unités décisionnelles, des responsabilités et des lignes de communication rapides et fonctionnelles à tous les paliers, mais surtout au sommet.

3.2.5 Les leçons

La nécessité du *top-down* en cas de pandémie ne fait pas de doute pour les répondants, quel que soit le palier de gouverne ou la fonction occupée pendant la pandémie. L'expérience de 2009 réaffirme ainsi la pertinence d'une structure décisionnelle temporaire centralisée en cas de sinistres majeurs ou de risques à la santé publique, telle que définie dans le *Plan*. Ses assises en sont encore plus fortes au regard de l'expérience ontarienne d'une confusion dans les rôles des organisations, expérience relatée par le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario qui lui fait dire qu'« en temps de guerre, quand les gens sont malades et ont peur, (le système) doit prévoir une surveillance et une gestion centrales qui actuellement n'existent pas¹⁸. »

La plupart des répondants identifient le *top-down* au système de commandement de l'armée, mais l'analyse de Vidal, Arnaud et Tiberghien¹⁹ donne plutôt à penser qu'il se rapproche d'une structure

¹⁸ Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario (2010)
Pandémie de grippe H1N1 – Répercussions pour l'Ontario. Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario.
Division de la santé publique, Toronto, Ontario, 21 p.

¹⁹ Vidal, R., C. Arnaud et B. Tiberghien (2010)
Fiabilité organisationnelle et maîtrise de la tension entre contrôle et écoute dans la gestion des incendies de forêt : approche comparée France/États-Unis. *Télescope* 16(2), p. 59-74.

décisionnelle fortement centralisée, telle qu'employée en France pour le contrôle des feux de forêt. Ces auteurs le comparent à l'*Incident Command System* (ICS) largement utilisé aux États-Unis pour divers sinistres. L'ICS est hiérarchique et centralisé, mais il laisserait dans le cas des incendies plus de marge de manœuvre à des intervenants qui sont, par ailleurs, extrêmement bien formés. Les exercices et l'emploi de procédures codifiées y revêtent une grande importance, comme d'ailleurs dans l'armée.

Quoi qu'il en soit, le modèle *top-down* est assorti de grandes exigences à l'égard des responsables se trouvant au sommet de la hiérarchie. Les répondants estiment ainsi que l'exercice du pouvoir décisionnel implique une vision claire de l'opération, appuyée sur l'expertise scientifique et sur la préparation, une rigueur dans les décisions, leur compréhension à tous les paliers afin de les transmettre aux différents responsables et de fournir des explications à la population. Le *top-down* engage aussi à la cohérence et à l'établissement de responsabilités et de lignes de communication claires à tous les paliers, mais surtout au sommet de la hiérarchie.

3.3 Les structures de décision et de coordination

3.3.1 Les structures décisionnelles

La mise en place des structures décisionnelles

Dès le début de la phase 1 de la pandémie, la cellule stratégique ministérielle a été mise en place et a fonctionné à plein régime tout au long de l'opération. Sa composition a varié, s'élargissant à l'ensemble du comité de direction du MSSS et intégrant le ministre au cours de la phase 2. La cellule stratégique a alors rassemblé les plus hautes autorités ministérielles, contrairement à la période de planification.

Il a cependant fallu, en cours de route, cibler plus clairement la source des consignes à transmettre dans le réseau et en assurer la cohésion. Cet ajustement a répondu, du moins en partie, à la demande des agences. Ainsi, selon un répondant régional : « Au début, il y avait un peu de chaos. [...] (on a dit) reparlez-vous parce qu'on a besoin d'avoir la juste information de ce que vous voulez. » Selon des coordonnateurs, une fois la chaîne de commandement mise en place au MSSS : « On a senti moins d'ambiguïté dans les messages. »

Comme au palier national, des adaptations régionales ont été apportées pour définir clairement la structure décisionnelle et les modalités de fonctionnement propres à la gestion de crise. Ces ajustements ont exigé un certain temps et, plutôt que de relever d'une direction spécifique, comme la sécurité civile ou la santé publique, l'autorité s'est située partout au plus haut niveau de gestion du réseau au cours de la deuxième vague. Le DG ayant un mandat et des responsabilités acceptés par l'ensemble, il pouvait susciter l'adhésion et la confiance des responsables des différents volets et des établissements.

L'appropriation des structures du *Plan* se serait effectuée pendant la pandémie dans les établissements. Dans plusieurs CSSS, il a été nécessaire, pendant la première vague, non seulement d'implanter, mais aussi d'expliquer la nouvelle structure de coordination qu'est le COPIN :

« Il a fallu faire un gros apprentissage afin de distinguer notre structure habituelle d'organisation et celle de la sécurité civile, là où l'on retrouve des responsables de volet. À un moment donné, tu deviens responsable d'un secteur où d'habitude, il y a un directeur en place. »

Les modifications faites en cours de route n'ont pas toujours été sans heurts et n'ont parfois pas abouti au modèle souhaité par certains. Selon un décideur ministériel :

« Quand on tombe en mode pandémie par exemple ou on tombe en sécurité civile, [...] on met la structure là, qui est très *top-down*. On n'est pas allé jusqu'au bout là-dessus, parce que, dans la structure qu'on a [...] ça s'est pas toujours fait. »

Les mêmes personnes, mais des règles du jeu différentes

Au-delà de la mise en place de structures, les autorités ont dû adopter un mode de fonctionnement différent de celui qui est habituel. Ainsi, la plupart des répondants de tous les paliers de gouverne estiment que les programmes ministériels sont cloisonnés et que les directions générales travaillent en silo. La nécessité d'une cohésion a créé une nouvelle dynamique entre ces directions, dynamique dont la portée et le succès n'étaient pas certains. « La structure habituelle et la structure de commandement étaient donc constamment en choc. »

Un autre choc est constaté relativement à la culture du réseau qui serait fondée sur la collaboration et la consultation aux plus hauts niveaux de la gestion comme à ceux de l'intervention. L'adoption d'un fonctionnement adapté à une période de crise ne serait donc pas naturelle et ferait naître des résistances surtout lors d'un événement qui se déroule sur plusieurs semaines. « Il faut comprendre qu'on met des choses en place dans un environnement qui a déjà ses habitudes, qui a déjà ses manières de faire, qui a déjà ses réflexes. »

Hormis cela, à tous les niveaux hiérarchiques et dans toutes les fonctions exercées par les répondants, plusieurs admettent s'être trouvés dans une situation tout à fait nouvelle pour laquelle ils n'avaient pas été formés : « On le sait que c'est de même qu'il faut faire, mais on l'a jamais fait. » Cela vaut pour des mesures particulières, mais aussi pour l'exercice de l'autorité, ainsi que pour les modes décisionnels et de coordination. De plus, la vaccination massive, au cœur de l'opération en 2009, a demandé une organisation beaucoup plus complexe et exigeante que ce à quoi on s'attendait.

Le leadership

Au cours de la première vague, des répondants régionaux se sont demandé : « C'est qui le capitaine dans le bateau? C'était tout le monde, c'était personne! » L'imprécision au sujet des niveaux d'alerte a aussi été soulevée par plusieurs responsables de sécurité civile. « Ça semble être un peu niais, mais quand tu es dans une décision hiérarchique, il faut que tout le monde soit au même niveau d'alerte. » En fin de compte, malgré la multiplicité des acteurs, des paliers et des réseaux, la plupart des personnes rencontrées aux paliers régional et local avaient une perception claire de la chaîne de commandement et des consignes. Cela fait écho à l'observation de répondants ministériels concernant une appropriation progressive des modes décisionnels et du *leadership* ministériel. A aussi participé à cette affirmation le virage marqué de l'opinion publique, d'abord réticente, puis réclamant la vaccination le plus rapidement possible.

Cependant, une perte de la vision stratégique et un manque apparent d'expérience de terrain dans des décisions, tant au palier supérieur que dans certaines régions, ont été déplorés. En outre, contrairement à ceux des autres paliers de gouverne, des répondants ministériels ont eu plus de mal à identifier l'autorité décisionnelle au cours de la seconde vague que de la première. Cela pourrait refléter la difficulté d'une cohésion entre les directions administratives et avec les instances politiques.

Pour ce qui est de la communauté médicale, la chaîne de commandement n'aurait jamais été aussi claire et acceptée par elle qu'au moment de la pandémie. « Puis tout le monde accepte ça, est content de ça. Les gens ne veulent pas prendre la job du ministre pendant la pandémie. » En

ce qui concerne la population, de l'avis de plusieurs répondants, la crédibilité publique du DNSP en tant que porte-parole gouvernemental aurait accru celle des responsables régionaux et locaux et, ainsi, facilité leurs opérations. Dans certaines régions, la participation des responsables de la sécurité civile était manifeste et cela aurait solidifié la confiance de la population.

Sur le plan régional, la crédibilité des décideurs auprès des responsables des différents volets et des établissements, ainsi que les liens de confiance établis antérieurement entre eux, ont grandement facilité la gestion : « C'était pas simple de gérer tout ça, mais je pense que (le DG) se sentait appuyé par nous et par toute l'équipe aussi, tout le monde, on était vraiment à son service. » Inversement, l'absence de ces liens de confiance a entraîné des difficultés de communication et de fonctionnement dans des établissements.

Dans plusieurs établissements, les COPIN ont participé activement aux opérations afin de mobiliser le personnel : « On aurait pu rester assis. Ce n'est pas comme ça qu'on l'a pris parce qu'il fallait donner l'exemple et régler chaque cas. » La réussite de la vaccination a aussi mis en exergue le chemin parcouru depuis la mise en place des CSSS puisque « chacun dans nos anciens établissements, on n'aurait pas pu faire la somme de ce qui a été fait tout le monde ensemble ». L'esprit d'équipe et la collaboration semblent avoir été monnaie courante dans tous les COPIN rencontrés. L'interface avec les agences a généralement été bien appréciée. La plupart des CSSS ont toutefois peu joué leur rôle avec leurs partenaires du réseau local. Quand ils l'ont fait, cela a été compliqué, en particulier avec les médecins des cliniques privées.

3.3.2 Les structures et les mécanismes de coordination

Des mécanismes de coordination complexes

La simple description des structures et des mécanismes de coordination rend compte de la complexité de l'opération et des échanges d'informations au cours de la pandémie. À tous les paliers de gouvernance, des comités de coordination des différents volets du *Plan* ont été mis en place, soit le GOP au MSSS, les GRAP dans les régions et les COPIN, ou l'équivalent, dans les CSSS. Les conférences téléphoniques et le système de distribution des documents, le K-31, ont été les principaux mécanismes de diffusion de l'information. Les comités étaient en relation avec les décideurs de leurs paliers respectifs, tandis que les responsables ministériels de chaque volet l'étaient avec leurs vis-à-vis régionaux et parfois même locaux. Au MSSS, les liens de coordination ont aussi été étroits avec des partenaires et experts de toutes provenances. Quant aux triumvirats médicaux, ils relevaient directement des agences.

Il n'est pas étonnant que plusieurs interlocuteurs aient qualifié de lourdes – et même d'extravagantes – les structures, d'autant plus que plusieurs comités se sont élargis au cours de la pandémie : « À la première phase, on a essayé de porter tout le *Plan* avec des coordonnateurs, mais cela était très lourd et exigeant. Il fallait multiplier les porteurs de dossiers. » Pour des interlocuteurs, cette large mobilisation s'est avérée essentielle au succès de l'opération tandis que pour d'autres, au contraire, elle n'était pas toujours pertinente et efficace. On a conservé dans un certain nombre d'établissements et de régions une taille réduite à la cellule stratégique et au COPIN pour mobiliser plus rapidement les membres. Cela n'a pas toutefois toujours été concluant puisqu'il a fallu alors multiplier les réunions.

Le succès de la coordination a varié selon les volets de l'avis de plusieurs répondants. Certains programmes n'étaient pas intégrés à l'ensemble du *Plan* et leur intégration a posé problème à différents moments. Le transfert de la responsabilité des interventions psychosociales et le roulement du personnel ont laissé un vide sur le plan des orientations qui a été ressenti presque partout. L'exécution des mandats relatifs aux technologies de l'information a été ardue compte

tenu de l'arrivée tardive de ses responsables au sein des comités de coordination et de l'imprécision de ces mandats. Pour eux : « La difficulté, c'était de comprendre le mécanisme de fonctionnement [...] quotidiennement. J'avais des choses qui m'arrivaient-là puis je me disais : J'sais pas quoi faire avec ça. Je sais pas d'où ça vient. »

Les conférences téléphoniques

Des conférences téléphoniques entre les sous-ministres et les PDG des agences, de même qu'entre ces derniers et les DG des établissements se tenaient quotidiennement à certaines périodes. Cela a permis de simplifier l'accès à l'information, de répondre aux questions et de transmettre à toutes les instances, de manière uniforme, les orientations, les données, ainsi que les consignes. Ces conférences auraient représenté le principal moyen d'adaptation aux contraintes et aux difficultés locales concernant l'application des décisions.

Selon la région, la participation des coordonnateurs régionaux était impossible ou, au contraire, encouragée et parfois même obligatoire. La présence aux conférences du MSSS a été grandement appréciée par plusieurs qui avaient « besoin de tout entendre parce que rendu à dix heures le soir, il fallait qu'on sache comment s'orienter et comment orienter le lendemain, aussi. » Au palier régional, des conférences ont généralement réuni au téléphone les membres des COPIN. Pour plusieurs d'entre eux, les conférences avec l'agence, bien qu'elles étaient exigeantes en termes de temps et d'organisation, ont permis d'aplanir les écarts et de se rassurer d'un établissement à l'autre devant une expérience et des doutes semblables. En leur absence, des CSSS déplorent le manque d'informations et l'incohérence des interventions sur le territoire.

Généralement appréciées, les conférences téléphoniques sont cependant considérées comme laborieuses et répétitives. De plus, selon un coordonnateur local : « C'est la réponse à nos questions que l'on n'avait pas. Ces questions venaient souvent de la population. » Si plusieurs jugent que leurs préoccupations ont été écoutées et parfois même entendues par les paliers supérieurs, cela n'est certainement pas toujours le cas. L'importance des silos de communication, plutôt que la mise en commun d'informations dans le cadre des conférences, reste la référence la plus claire pour plusieurs répondants. Des agences ont aussi tenu des conférences téléphoniques avec des partenaires, une initiative mal perçue par le MSSS. « On ne savait pas jusqu'où allait notre autonomie dans ce dossier. »

Le système de distribution des documents k-31

Le MSSS avait comme ligne de conduite de déposer dans le K-31 toutes les versions officielles des documents informatifs. Selon plusieurs répondants, le K-31 contenait beaucoup trop de documents : « Il y a un soir où je pense qu'on a reçu peut-être quinze [...] c'était incroyable. » Ce volume impressionnant en aurait découragé la consultation : « Le but de l'exercice était de vacciner et non de lire de l'information. » Plusieurs autres problèmes ont été soulevés rendant le K-31 beaucoup moins utile et utilisé que prévu, soit le format variable des documents, l'absence d'indications systématiques concernant les modifications apportées aux versions antérieures, la difficulté de repérer les textes et l'incertitude quant à l'exhaustivité des mises à jour.

Au cours de la première vague, le contenu était souvent transmis à l'ensemble du réseau, mais durant la seconde, les destinataires ont été mieux ciblés. Comme les établissements n'avaient pas toujours accès au système, la Direction générale de la santé publique, par exemple, devait s'adresser directement au réseau. Certaines informations ne parvenaient pas à leurs destinataires

par ce canal, en particulier pour le volet psychosocial. De plus, des agences ignoraient si les documents du K-31 provenant des fédérations médicales devaient être transférés aux médecins, ce qui a fait dire à un répondant : « Il faudrait mettre des instructions : à diffuser, à transmettre, à afficher, important, à conserver. »

Dans la plupart des régions, le contenu du K-31 était lu, trié selon le volet et les acteurs concernés par un document, dédouané, filtré, numéroté, parfois vulgarisé et adapté à la réalité locale. Les responsables régionaux de sécurité civile ont souvent assumé ces tâches et diffusé les informations et consignes auprès des COPIN et des équipes de terrain. En outre, les informations laissant place à l'interprétation pouvaient être validées, les questionnaires et formulaires simplifiés avant leur transmission. Cela exigeait beaucoup de temps; des agences et des établissements ont dû libérer une personne à plein temps pour ce faire. Les CSSS traduisaient, parfois difficilement, les messages en un langage plus concret pour les intervenants.

L'ambiguïté du rôle de coordination

Plusieurs répondants ont mis en exergue l'ambiguïté de l'étendue des responsabilités relevant de la coordination. Un maillage déficient de la décision à son opérationnalisation a été mentionné à tous les paliers de gouverne et s'est répercuté dans les établissements.

Selon un répondant :

« Les décisions étaient, à mon avis, assez justes. C'est rare qu'ils se sont trompés [...] mais une fois qu'y ont pris la décision, ils lançaient la balle puis-là, la balle, elle est partie [...] puis, c'est quoi les heurts, puis qu'est-ce qui marche? Puis une coordination demande un ajustement. Demande de dire : bien là on s'est trompé, là il faut se rajuster-là, puis le terrain nous dit ça, bien ça va être comme ça. Ça, on le sentait moins. »

Des répondants ont aussi soulevé la zone grise entourant le rôle des responsables de la sécurité civile, certains d'entre eux relevant une sous-utilisation de leur expertise dans les échanges d'informations entre les différents niveaux d'intervention. « On nous voyait beaucoup plus comme exécutaires et non pas dans cette chaîne-là. » Par contraste, dans certaines régions, les fonctions spécifiques de la sécurité civile à l'intérieur du réseau semblent avoir été claires, acceptées et organisées.

Au palier local, le rôle des responsables de sécurité civile semble avoir été variable, certains d'entre eux auraient souhaité être mieux accompagnés. Leur isolement a aussi représenté un inconvénient pour d'autres acteurs de la chaîne de commandement. « Il était tout seul [...] et cette personne n'avait probablement pas les connaissances pour comprendre ce que je lui disais. Cela a fait que l'on avait l'impression de répéter. » Les liens préexistants avec des collègues régionaux et locaux de sécurité civile, de même que des consignes précises expliquées par l'agence, leur auraient toutefois grandement facilité la tâche et les auraient aidé dans la mise en œuvre des décisions.

Une grande satisfaction à l'égard de la coordination, malgré tout

Malgré la lourdeur du processus et les difficultés éprouvées, les décideurs des différents paliers expriment une grande satisfaction à l'égard de la coordination effectuée pendant la pandémie. Selon un répondant régional : « Sur une échelle de 0 à 10, je donnerais 10, sauf pour la gestion documentaire. » Plusieurs estiment ainsi que la structure de sécurité civile a été très efficace à tous les paliers de gouverne. La disponibilité des décideurs, des coordonnateurs et des centres de coordination des mesures d'urgence a été fortement appréciée aux paliers régional et local. Elle a,

en effet, été exceptionnelle tant au MSSS qu'ailleurs : « Ça a été un horaire de six heures à minuit-là au printemps-là, c'était ça l'horaire ici, là. » L'information circulait rapidement et efficacement, en dehors du K-31 : « On avait besoin d'un renseignement et on l'avait rapidement et on pouvait plus rapidement le transmettre au local. »

3.3.3 Les leçons

Le MSSS a chapeauté l'ensemble des interventions au sein du système québécois de la santé et des services sociaux et cela a engagé à la fois les autorités administratives et les autorités politiques. Même en acceptant de plein gré l'autorité conférée à un élu, à différents paliers de gouverne, plusieurs souhaitent une meilleure coordination entre *l'administratif* et *le politique*. Cette expérience n'est pas unique puisque des études montrent que l'interrelation existant entre les dimensions stratégiques, politiques et opérationnelles peut se révéler une source de tension pouvant même être nuisible au bon déroulement d'une opération²⁰. D'autre part, la quasi-absence d'une gouverne d'État lors de la pandémie a aussi été déplorée.

Au cours de la pandémie, l'affirmation du *leadership* et d'une source claire de diffusion et de prise de décisions s'est fait progressivement au sein de la structure décisionnelle *top-down*, la cohésion interne du palier supérieur se montrant toutefois plus difficile à atteindre. Les liens entre les paliers de gouverne se sont avérés fonctionnels. Ce type de fonctionnement n'était pas assuré au début de l'opération, car, selon Moynihan²¹, les difficultés d'établir et de rendre fonctionnelle une ligne d'autorité temporaire en cas de sinistre sont généralement sous-estimées. Son étude de cinq événements majeurs survenus aux États-Unis montre également qu'à lui seul un système hiérarchique de commandement ne garantit pas le succès d'une opération. Pour cet auteur, la confiance et la collaboration des acteurs en demeurent des éléments cruciaux. On le constate aussi dans les propos des répondants.

La fluidité, la clarté, la précision de l'information et des consignes, de même que leur traduction en conseils cliniques et opérationnels facilement utilisables sur le terrain, représentent un écueil soulevé de diverses manières par les répondants. Malgré la forte appréciation des conférences téléphoniques tenues par le MSSS et les agences, le K-31 et la coordination n'ont pas toujours pu assurer la fluidité de l'information entre les paliers de gouverne. Les personnes formées en sécurité civile disent souhaiter jouer plus pleinement leur rôle à ce sujet.

Plusieurs répondants retiennent aussi de leur expérience la lourdeur des structures et la durée relativement longue des rencontres. Identifier les bonnes personnes et les mandater aux bons endroits constitueraient l'avenue à privilégier, mais en réalité est-ce aussi simple? Si la multiplication des comités et des consultations représente « les réflexes qu'on a dans le réseau avec nos multiples comités-là », il faut admettre que la complexité de l'opération, beaucoup plus grande qu'imaginée avant la pandémie, nécessite la participation de multiples groupes professionnels et organisations. Des progrès peuvent certainement être faits, notamment par une diffusion en temps réel que l'ont recommandée des médecins pendant les entrevues et par le Comité du Sénat canadien²².

²⁰ Fraser, E., A. J. Dougill, W. E. Mabee, M. Reed et P. McAlpine (2006) *Bottom Up and Top Down: Analysis of Participatory Processes for Sustainability Indicator Identification as a Pathway to Community Empowerment and Sustainable Environmental Management*. Journal of Environmental Management, 78(2), p. 114-127.

²¹ Moynihan, D. (2009) *The Network Governance of Crisis Response: Case Studies of Incident Command Systems*. Journal of Public Administration Research and Theory, 19(4), p. 895-915.

²² Comité du Sénat canadien, Recommandation n° 4.

3.4 Les réseaux parallèles et la gouverne médicale

3.4.1 L'activité intense de réseaux parallèles

Les complications liées à l'existence de réseaux parallèles ont été grandement déplorées lors des entrevues, surtout aux paliers ministériel et régional. L'activité de réseaux parallèles aurait été très intense, particulièrement au cours de la deuxième phase de la pandémie et comparativement à d'autres situations de crise. Les répondants ont répertorié de tels réseaux dans presque tous les volets de l'intervention et, parfois même, à l'intérieur d'un volet. Plusieurs considèrent que des agences ont formé également des réseaux parallèles en raison de leur influence sur les décisions et de contacts entretenus avec les autorités ministérielles. Certains réseaux se seraient résorbés rapidement, du moins dans certaines régions. Selon un coordonnateur régional, un ralliement progressif se serait produit, car : « Ils avaient beau parler ensemble, mais ce n'est pas entre nous deux que ça se décide finalement. »

Qu'est-ce qui fait qu'un réseau peut être qualifié de parallèle selon les répondants? Un décideur le décrit comme le passage direct des décisions et de l'information du palier supérieur au palier local, en omettant le palier régional. Cette définition rallie la majorité des répondants, mais elle n'est pas exhaustive. D'autres y incluent des structures formelles et informelles de concertation, car la circulation de l'information est jugée hermétique et dédouble le canal officiel de communication mis en place. Certains répondants ont aussi souligné avoir appris les décisions par les médias, plutôt que par les sources prévues, témoignant d'un cheminement parallèle. Un coordonnateur estime ainsi qu'« il y a une ligne de commandement médicale, médiatique, politique et une ligne de commandement *top-down* ». Il est intéressant enfin de constater que des personnes interrogées, elles-mêmes identifiées par d'autres comme membres de réseaux parallèles, ne se perçoivent pas ainsi, car une fois les décisions prises, elles ont suivi la ligne de commandement établie. Tous les acteurs s'entendent toutefois pour identifier la gouverne médicale à un vrai réseau parallèle.

3.4.2 La gouverne médicale

Le réseau médical serait « complètement parallèle. Mais parallèle avec des liens étroits. Il est autonome, il est parallèle, il est mené par les médecins et il se rapporte aux agences ». En effet, la planification, les orientations, les canaux de communication et plusieurs consignes ont été déterminés par le Groupe de médecins décideurs auquel ont participé des décideurs ministériels, des représentants des associations médicales et du Collège des médecins du Québec. Après l'implantation des triumvirats, le Groupe de médecins décideurs a suivi la situation dans les régions.

Toutefois, l'idée que la gouverne médicale soit perçue comme un réseau totalement parallèle et relevant exclusivement du monde médical appelle quelques nuances. En effet, le remplacement des SNT ambulatoires par des cliniques de grippe et la distribution d'antiviraux dans les pharmacies communautaires avaient déjà été proposés par des agences au cours de la phase de planification. Les activités liées aux soins intensifs et aux tests diagnostiques, non prévues dans le *Plan*, ont en grande partie relevé de la structure administrative ministérielle. Enfin, selon un des membres du Groupe des médecins décideurs : « Y a un boss à tout ça, là, c'est le ministre, puis le sous-ministre. » Seule la diffusion des protocoles et des informations cliniques a été effectuée exclusivement par le Collège des médecins du Québec par un canal réservé aux cliniciens. Sans être complètement en marge de la structure administrative, le *leadership* exercé par le Groupe des médecins décideurs, reconnu comme légitime par les médecins, aurait favorisé leur collaboration. Au niveau local, le triumvirat a facilité la gestion de l'information et l'organisation des services en mettant en lien les cabinets et les cliniques privés de première ligne avec les chefs de

département et de service des hôpitaux. Cette approche serait d'autant plus justifiée que les gestionnaires n'ont, dans les faits, que peu d'autorité sur les médecins. C'est le cas en temps normal, mais aussi en temps de pandémie, et ce, même si la coordination de l'ensemble de l'opération est, à leurs yeux, très bien faite.

La pertinence de séparer la gouverne médicale des structures de commandement administratives est perçue différemment selon les groupes de répondants. Plusieurs, médecins comme non-médecins, estiment que la participation des associations médicales a permis un ajustement rapide à la situation, chose sinon impossible : « Ça nous prend un lieu d'échanges décisionnels au niveau de la communauté médicale. » Avant la création d'un tel lieu, les médecins cliniciens se disaient peu informés et étaient peu présents même si certains se sont montrés inquiets lors de la première vague. À tous les paliers, la majorité des répondants estiment que cette approche a fait ses preuves puisqu'elle a permis de formuler des solutions innovatrices qui se sont révélées fonctionnelles et efficaces. L'implication médicale et la collaboration des pharmaciens communautaires n'auraient jamais été aussi fortes, ce qui fait dire à un répondant régional : « On a fait un pas très important dans la gestion de la première ligne. » Selon des répondants locaux, ce modèle s'apparente à une cogestion et serait à privilégier en temps de pandémie, dans la mesure où est affirmée une autorité de type *top-down* s'appliquant à tous les acteurs.

D'autres répondants sont préoccupés par le pouvoir que l'on lègue ainsi aux associations et aux ordres professionnels, dont les mandats sont circonscrits à des fonctions de surveillance de la pratique et de négociation de la rémunération. La gouverne médicale aurait créé, en outre, un couloir isolé de gestion de la pandémie dont on s'inquiète qu'il s'installe de façon permanente. En cours d'opération, à tous les paliers de gouverne, cet isolement et la participation tardive des médecins ont nécessité des adaptations importantes des mesures et des structures.

Dans certaines agences, on estime, par ailleurs, que la gouverne médicale n'a pas été déterminante dans la mobilisation des médecins, même si elle a constitué un levier utile. Des régions avaient déjà mis en place une structure semblable de coordination avec les médecins. De plus, les négociations de conditions de rémunération spécifiques à la pandémie et le sentiment d'urgence ressenti par plusieurs médecins ont aussi contribué à leur implication.

3.4.3 Les raisons motivant l'utilisation de réseaux parallèles

L'échange d'expertise constitue une des principales raisons évoquées au fonctionnement en réseaux parallèles. Pour certains décideurs du palier ministériel, les contacts avec des responsables régionaux et locaux permettent de valider, de préciser et, ainsi, de renforcer les bases des recommandations qu'ils auront à formuler. Au palier régional, l'expertise, les connaissances et les informations détenues par des responsables ministériels facilitent la mise en œuvre de recommandations. « Pour nous, c'était clair. Peut-être que c'était en silo, mais c'était des silos qui fonctionnaient bien et c'était du top-down par secteur et avec des gens compétents. »

De l'avis de plusieurs, la spécialisation des compétences fait en sorte que des structures parallèles à une ligne d'autorité existeront toujours dans des opérations complexes, même si cela complique la coordination. La reconnaissance de l'expertise, la crédibilité et la confiance dans les opinions exprimées facilitent les interactions et réduisent les marges d'incertitude. En corollaire, plusieurs observent que le fonctionnement habituel en silo crée des habitudes et le réflexe de travailler avec un certain nombre de personnes.

Outre l'expertise, le manque de préparation et l'évolution de la situation ont aussi activé les lignes parallèles. Ainsi, les modifications apportées à certaines mesures importantes, les négociations avec les associations professionnelles et l'absence dans le plan établi de volets, tels que les soins intensifs et les technologies de l'information, ont obligé les responsables ministériels à accélérer les travaux et, donc, à valider les informations et les stratégies directement sur le terrain, en

parallèle des opérations. L'absence des médecins cliniciens pendant la phase de planification, observée à tous les paliers, a grandement compliqué l'intégration de ces acteurs importants. Malgré tout, des efforts avaient été faits avant la pandémie à divers paliers de gouverner pour les intégrer, apparemment sans succès.

Enfin, la pandémie a fourni l'occasion de confronter différentes cultures professionnelles, les responsabilités spécifiques et le fonctionnement associé. Pour les médecins praticiens, la pandémie a été principalement une opération de vaccination qui les concernait peu étant donné le nombre des personnes affectées et leur distance à l'égard de la santé publique. « Dans ce domaine, tu soignes et tu es près de la personne et non de la communauté. La gestion de la santé, c'est une gestion communautaire. » Les experts, les protocoles et les guides préparés par des spécialistes en santé publique n'étaient pas toujours reconnus par eux.

Le fonctionnement de la sécurité civile se montre aussi différent de celui de la santé publique :

« Tout le réseau de santé publique, c'est comme son pain quotidien, ça, des rencontres, non, mais c'est vrai. C'est pas comme nous, on marche à la préparation, mais aussitôt qu'il y a une urgence, on lâche tout, on s'en va à l'urgence. Donc pour des personnes santé publique au Ministère, d'avoir l'avis des gens au niveau régional mais encore plus d'avoir ce qui se passe vraiment sur le terrain, c'était comme essentiel pour eux, mais tout en pensant que nous, on l'a pas ce portrait-là. »

Or, les suivis sur le terrain s'adressaient souvent aux mêmes personnes dans les établissements. De plus, les coordonnateurs auraient été confrontés au quotidien à un leadership médical et clinique plus facilement accepté dans les établissements que celui des gestionnaires du réseau.

3.4.4 Les leçons

Bien que la majorité des répondants souhaite vivement le fonctionnement d'une seule ligne d'autorité et de coordination, des réseaux parallèles se sont développés néanmoins, à divers moments et pour diverses raisons, occasionnant des cloisonnements, des doublons et des complications importantes. La gouvernance médicale a été particulièrement déplorée par la plupart d'entre eux, mais elle est loin d'être le seul réseau parallèle à s'être développé. Le fonctionnement en silo propre au MSSS est apparu clairement pendant la pandémie, malgré l'apprentissage fait de la structure de gouvernance et une forte coordination.

Plusieurs s'interrogent sur le couloir parallèle de gestion créé par la gouvernance médicale mise en place au cœur de la pandémie. L'intégration de nouveaux acteurs au cours de l'opération, particulièrement s'ils détiennent un pouvoir important, pose cependant toujours problème. Les nouveaux arrivés, selon Moynihan²³, suivent moins les normes des groupes déjà en action pour faire face à un événement, comprennent moins bien les mécanismes de gouvernance et ont moins de relations avec les autres acteurs importants. Cela engendre des coûts liés à la coordination qui peuvent toutefois être pondérés par des relations avant la crise, l'établissement d'un seul point de contact avec la cellule décisionnelle et par un allègement des services offerts par les nouveaux arrivés pendant l'opération. Ce nouveau couloir parallèle peut donc être aménagé avec la collaboration des responsables administratifs et il semble l'avoir été dans les faits.

Bien qu'elle soit un réseau parallèle, la gouvernance médicale assumée par le Groupe des médecins décideurs et les triumvirats constitue pour la majorité des répondants un bel exemple de collaboration grâce à laquelle des mesures rapides et efficaces ont pu être instaurées. À leur avis,

²³ Moynihan, D. (2009)
The Network Governance of Crisis Response: Case Studies of Incident Command Systems. Journal of Public Administration Research and Theory, 19(4), p. 895-91.

les cliniques de grippe ont été un succès, des protocoles de soins ont été diffusés, les médecins mobilisés. Les SNT en établissement n'étaient pas prêts, mais ils n'ont pas été nécessaires. Il faut rappeler que la séparation entre le monde des gestionnaires et le corps médical des établissements et, a fortiori, des cliniques privées est historique et que la participation des médecins à une structure bureaucratique n'est pas acquise²⁴. Devant cette difficulté ressentie à tous les paliers de gouverne, certains répondants voient dans la gouverne médicale de 2009 une forme de cogestion pertinente lors de la pandémie.

De nombreux auteurs ont décrit le fonctionnement des réseaux et mis en exergue la tension, au moment d'un sinistre, entre l'autorité hiérarchique et la forme plus diffuse de partage d'autorité qui prévaut dans les réseaux. Les cas examinés aux États-Unis montrent que, même en présence d'une structure hiérarchique claire, dans les faits, cette structure est modelée par la forme, les valeurs et le fonctionnement des réseaux. On a donc une meilleure compréhension d'un système de commandement si on le définit comme un mode de gouvernance hautement centralisé visant à coordonner des unités interdépendantes à l'occasion de situations d'urgences.

3.5 La marge de manœuvre exercée aux paliers régional et local

3.5.1 Le point de vue du palier ministériel

« On est tous le *down* d'un *top*, quelque part. » Une fois émise l'alerte de l'OMS, les décideurs ministériels devaient formuler les orientations et les consignes en tenant compte des décisions antérieures, des ententes entre les diverses entités et de l'environnement externe au réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Ainsi, plusieurs décisions, en particulier celles qui concernent l'approvisionnement, doivent être prises bien avant une pandémie et le Québec est dépendant, comme les autres provinces canadiennes, du calendrier de production des vaccins. Plusieurs agences et ministères fédéraux ont aussi contribué à définir de grands jalons de l'opération et posé des contraintes bien précises qui ont dû être négociées dans certains volets.

Au sein du réseau québécois, des répondants estiment qu'une fois l'apprentissage des nouveaux modes décisionnels fait, l'adaptation régionale a été plus facilement acceptée. Cela est corroboré par les répondants ayant œuvré dans des volets particuliers, par exemple les communications dont le *leadership* assumé par le MSSS laissait de la latitude aux autorités régionales au cours de la deuxième phase. Dans d'autres volets, les décisions ont été muries en collaboration avec les principales organisations intéressées, le rôle du palier supérieur se rapprochant alors davantage de la coordination que du commandement.

La plupart des répondants reconnaissent cependant qu'au cours de la deuxième vague de la pandémie, la marge de manœuvre des paliers régional et local a été réduite. Des directives opérationnelles plus strictes et plus uniformes dans toutes les régions se sont appliquées. « Des choix gouvernementaux, des choix ministériels qui ont été carrément imposés. C'était ça. » Les autorités ministérielles ont, en effet, jugé difficile le maintien des différences territoriales pour plusieurs raisons. Là où la population circule facilement d'une région à l'autre, l'inquiétude la faisait se déplacer vers les sites où elle pouvait plus rapidement se faire vacciner. De plus, les mesures adoptées aux paliers régional et local n'allaient pas toujours dans le sens désiré, entre autres, pour ce qui est de l'inclusion dans des groupes prioritaires des membres de la famille et de divers groupes professionnels ne travaillant pas dans le réseau. En outre, les médias mettaient en valeur les différences, même minimes, dans les façons de faire, de même que les files d'attente, et cela a inquiété la population et accentué la pression sur les décideurs. Enfin, la nécessité de livrer le même message au même moment pour éviter la confusion a aussi représenté une contrainte.

²⁴ Ross-Baker, G., J.L Denis, M.P Pomey et A. MacIntosh-Murray (2010)
Designing Effective Governance for Quality and safety in Canada. Healthcare Quarterly, 13(1), p. 38-46.

Plusieurs répondants ministériels expriment une totale adhésion à ces choix. Des coordonnateurs estiment que les établissements ont grandement apprécié l'uniformité des orientations. Même un modèle très précis et directif comme les cliniques de grippe aurait été un franc succès. On observe, de plus, que dans certaines régions, on attendait des décisions opérationnelles. L'uniformité entre les régions a également facilité la mise en place et le fonctionnement des systèmes d'information.

Malgré ces contraintes, d'autres sont d'avis que les paliers régional et local auraient dû conserver une certaine marge de manœuvre opérationnelle, d'autant plus que les mesures opérationnelles n'étaient pas fondées sur l'expertise scientifique. « [...] et c'est là que le *top-down* s'est fait sentir. » L'une des plus grandes difficultés de la gestion de la pandémie, selon un décideur, aurait été d'uniformiser les modalités d'accès dans toutes les régions tout en n'étant pas plus ferme sur les grandes orientations. Pour plusieurs coordonnateurs, l'uniformité des modalités opérationnelles aurait eu des effets négatifs, car certaines régions auraient pu faire davantage s'il n'y avait pas eu un « nivellement par le bas ». On estime aussi que les établissements et les agences connaissent la population de leur territoire et les moyens appropriés pour la rejoindre. Enfin, cette orientation trancherait avec la culture et les façons de faire habituelles, faisant appel à la créativité des gestionnaires et des intervenants.

Plusieurs estiment que les consignes ministérielles n'ont pas été suivies comme elles auraient dû l'être. Ce point de vue n'est toutefois pas partagé par tous. D'autres mettent plutôt en exergue les efforts imposants et manifestes pour répondre aux demandes ministérielles malgré les obstacles et l'abandon de la planification régionale et locale.

3.5.2 Le point de vue du palier régional

Les décideurs régionaux ne s'attendaient pas à un « modèle *top-down* comme ça », car celui qui avait été arrêté avant la pandémie prévoyait des adaptations locales et régionales. Pour certains, le choc a été brutal et a signifié le passage d'un esprit de collaboration à un rôle de transfert des consignes et de l'information. Malgré cela, des décideurs régionaux estiment avoir été respectés et avoir pu exprimer leur point de vue. Même en désaccord avec des décisions, un décideur régional précise : « Il faut accepter cela, il faut faire confiance. [...] Il doit y avoir une raison pour cela. Il nous manque certaines données. » Ce point de vue est partagé par d'autres répondants tandis qu'au contraire des directives très opérationnelles, comme dicter des plages horaires, font dire à certains : « Ces gens-là nous prenaient pour des enfants. »

Dans les zones fortement urbanisées, l'uniformité paraît être la seule façon de procéder à cause des mouvements des populations périphériques et des pressions médiatiques. L'envergure de l'événement le justifierait également tandis que d'autres estiment qu'« il faut faire des différences, les gens ne tombaient pas comme des mouches ici ». L'application de normes provinciales a tout de même présenté des inconvénients dans ces régions. Il y était, en effet, plus difficile de rejoindre les groupes de diverses langues, cultures et confessions religieuses qui avaient des réticences à l'égard de la vaccination et des CVM. Atteindre le taux de vaccination visé aussi rapidement que dans les régions plus homogènes : « C'était impossible. »

Dans les régions intermédiaires et éloignées, l'ouverture à des mesures originales et adaptées à la population aurait été nettement préférée, d'autant plus que la pandémie n'avait pas la virulence prévue. Pour plusieurs de ces répondants, le choix de l'uniformité, de directives très opérationnelles et d'un seul modèle d'organisation de la vaccination, les CVM, répond surtout aux besoins des régions densément peuplées : « Ça tient la route pour la Capitale-Nationale, ça tient la route pour Montréal, Montérégie, mais pour les autres régions là, hein!, [...] la majorité de la province-là, ça tient pas la route. »

Du palier national au palier régional, on peut observer que des espaces de négociation ont été, malgré tout, possibles et une certaine souplesse, exercée selon le volet et la période. Ainsi, des agences ont pu négocier des aménagements, par exemple en n'implantant pas de cliniques de grippe. Certaines agences ont mis en place des systèmes de prise de rendez-vous pour la vaccination, après avoir toutefois essuyé quelques refus. Dans certaines régions, le modèle de CVM a été abandonné au profit d'équipes mobiles se déplaçant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), et les villages. De l'avis général, toutefois, la marge de manœuvre était étroite et l'écoute des impacts vécus ou prévus dans les régions, parfois limitée. « Le modèle est correct mais on n'a pas été sensible à la réalité terrain. »

La latitude laissée au palier local par les agences pouvait s'avérer plus ou moins étroite dans chaque région. Certaines agences ont exigé une application uniforme des consignes sur tout leur territoire tandis que d'autres les ont modulées. Certaines ont autorisé, par exemple, la vaccination dans les écoles, car tout était déjà organisé en ce sens et jugé plus efficace. On a également amélioré la situation dans des établissements là où l'application stricte des directives se révélait problématique; ces ajustements ne se rapportaient pas à « des choses majeures ». De l'avis des répondants, il n'aurait pu en être autrement, car le contrôle ministériel s'est avéré strict et la surveillance des médias, constante.

Durant un événement de cette nature, les agences devaient maintenir un climat de confiance avec les établissements et cette opération aurait permis d'avoir une perception plus positive des rôles et des responsabilités des agences : « Ils ont été étonnés de notre capacité à nous mouiller. » Cependant, des décideurs régionaux ont aussi été confrontés à l'incompréhension et au refus des établissements concernant des directives ne leur laissant pas la possibilité d'appliquer leur plan. Certains ont dû arbitrer les relations entre le MSSS et les CSSS et ont difficilement pu affirmer leur autorité. D'autres semblent, au contraire, avoir généralement obtenu l'adhésion des établissements.

3.5.3 Le point de vue du palier local

« Il y avait un modèle *top-down* Ministère-agence et un autre, agence-établissements. Dans ce dernier modèle, il y avait beaucoup de zones grises. » Cela pouvait se traduire par de légères modifications des consignes nationales appliquées uniformément dans toute la région et, dans d'autres cas, des applications variables selon le réseau local. Le lien de confiance avec l'agence, son style de gestion et sa capacité à faire valoir les préoccupations locales et régionales auprès des autorités ministérielles influencent les points de vue et l'expérience relatés par les répondants locaux.

Le style plus directif du palier national semble s'être généralement répandu dans les régions. Cela s'est révélé frustrant pour des coordonnateurs qui devaient transmettre les consignes aux différentes équipes affectées aux opérations. Selon un des répondants : « C'est le ton de la demande que l'on a trouvé dur. [...] on avait vraiment l'impression qu'il s'agissait d'une gestion paniquée. » En général, les membres des COPIN rencontrés se montrent toutefois satisfaits de la confiance exprimée à leur égard par les autorités régionales et locales, de leur soutien et du succès de l'opération. « Je trouvais ça très, très rassurant que l'agence prenne ça au sérieux, qu'on se sente pas abandonné. Ça a été un peu contrôlant-là, par moments-là, mais par contre, ça a été organisé. » Même des répondants très critiques relativement à la gestion *top-down* constatent que les orientations et les décisions ont été prises, le plus souvent, rapidement et que cela est positif.

L'apport de l'agence ne pouvait cependant qu'être limité, étant donné le commandement *top-down* et les changements imprévisibles de l'environnement et des consignes. L'inutilité du plan local, l'absence et le retard des outils qui devaient être disponibles, des différences d'application des

consignes observées dans les environs et le retard dans la prise de décisions stratégiques relevant des paliers supérieurs, tous ces aspects sont grandement déplorés. Si la plupart des COPIN se sont sentis appuyés, le lien de confiance avec les autorités régionales n'était malheureusement pas toujours présent.

Quelques-uns affirment clairement ne pas avoir suivi ou pu suivre les consignes, notamment celles qui portaient sur le transport des écoliers, les groupes prioritaires et sur l'organisation des CVM. Sans aller jusque-là, la plupart estiment que des initiatives locales auraient permis de rejoindre une plus large population. Le fait que cela n'était pas autorisé demeure incompréhensible au moment des entrevues. Certaines équipes locales ont quand même développé des services visant des clientèles particulières, au-delà de ce que les consignes prévoyaient. Selon un des répondants : « Il y a toujours des exceptions [...] qu'on laisse la possibilité au local de pouvoir justement gérer les exceptions. »

Plusieurs expriment des doutes sur l'efficacité du travail effectué dans une microgestion *top-down*, d'autant plus que la pandémie n'avait pas la virulence prévue. En cours de route, comme le dit ce gestionnaire : « Y avait des choses aussi qui perdaient leur sens au fil du temps. [...]. Il fallait vraiment être plus mécanique. » Pour la plupart des répondants du palier local, les paliers supérieurs étaient généralement peu à l'écoute des réalités du terrain et ce manque d'écoute est encore plus vivement ressenti dans des régions éloignées. « Le danger du *top-down*, c'est le décalage entre les gens du *top* et les gens du terrain. »

Les COPIN avaient plus de latitude à l'intérieur des établissements. Plusieurs ont adopté des stratégies concernant l'information, la formation et, même, la protection des réserves et la distribution des vaccins. Les initiatives à ce propos sont variées et elles auraient été très efficaces.

3.5.4 Le point de vue des triumvirats

La plupart des membres des triumvirats rencontrés jugent avoir eu une marge de manœuvre certaine pour moduler les interventions qui étaient de leur ressort même s'ils ont dû s'ajuster. Sauf pour les heures d'ouverture des cliniques de grippe, très précisément définies, les triumvirats pouvaient décider de l'organisation des services reliés à l'hospitalisation et aux soins intensifs. Certains ayant une expertise en infectiologie ont pris des décisions concernant la vaccination des employées enceintes avant même que les recommandations fédérales et du Québec ne soient publiées. « C'est notre job de prendre des décisions dans l'incertitude. » Comme les coordonnateurs locaux, un membre d'un triumvirat explique qu'il faut distinguer un commandement relié à des mesures exceptionnelles de sécurité publique et les moyens très opérationnels employés pour répondre aux objectifs nationaux. « C'est cette nuance que nous n'avons pas toujours sentie. »

3.5.5 Les leçons

Selon le bilan provisoire de l'Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux (AQESSS)²⁵, la gouvernance constituerait l'élément le plus important d'insatisfaction des établissements à l'égard de la campagne de vaccination massive, notamment, l'approche unilatérale au regard des directives opérationnelles. Selon l'AQESSS, l'approche adoptée a fait entrave aux initiatives locales et n'a pas tenu compte des spécificités régionales. Tout en reconnaissant la nécessité d'un cadre d'intervention commun et d'orientations claires et définies,

²⁵ Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux (AQESSS) (2010)
Bilan provisoire de la campagne de vaccination massive : sondage. Montréal.

les établissements regretteraient l'absence de marge de manœuvre locale dans la gestion des opérations. Il faut, par contre, souligner que contrairement à l'expérience ontarienne des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), le rôle des CSSS a été clair et même crucial pendant la pandémie²⁶.

Plusieurs répondants de divers paliers de gouverne partagent ce point de vue, s'appuyant sur l'exercice d'une responsabilité populationnelle locale qui est définie légalement et pour laquelle le système de santé et de services sociaux a été récemment réorganisé. Les répondants ont rappelé qu'ils sont « capables de s'organiser » rapidement, ce qui est révélateur du chemin parcouru. Certains souhaiteraient ainsi que le cadre de gestion *top-down* définisse des obligations quant aux résultats à atteindre, et non quant aux moyens.

Sans nécessairement adopter ce point de vue, la majorité des répondants du palier local et ceux des régions autres que la Métropole et la Capitale-Nationale ont fait le constat que les paliers supérieurs avaient peu d'écoute par rapport à leurs réalités. Pour Reed et ses collaborateurs²⁷, cet aspect du *top-down* va de soi, car ce modèle s'appuie sur l'obtention d'informations validées de la part d'experts par les décideurs, tout en ne cherchant pas la participation des acteurs concernés par l'opérationnalisation. Ces acteurs doivent donc adapter leur fonctionnement et leur culture organisationnels au rythme, ainsi qu'aux façons de faire communes adoptées à des niveaux supérieurs. Un des principes de base en sécurité civile est que les interventions devraient être effectuées dans le respect des compétences et responsabilités des organismes. Or selon l'étude sur la crise du verglas de la Commission Nicolet²⁸ : « En dépit du modèle fonctionnel de la sécurité civile [...], la responsabilité est rapidement passée au palier national comme cela est le plus souvent le cas dans les sinistres majeurs. »

D'un autre côté, selon Vidal, Arnaud et Tiberghien²⁹, la tension entre le contrôle et l'écoute est toujours présente dans les situations d'urgences et chaque système de commandement contient en lui-même ses propres écueils. D'après leur analyse, avec un système de commandement centralisé : « Le risque serait de réduire l'une des sources de flexibilité les plus importantes du système actuel : les petites variations des processus opérationnels et la capacité à improviser. » Leurs conclusions rejoignent les motifs de mécontentement soulevés par les répondants sur leur marge de manœuvre opérationnelle et sur la pertinence d'une écoute concernant la réalité des intervenants.

3.6 L'évolution et l'application des décisions en situation d'urgence

3.6.1 Les contraintes décisionnelles

Assumer les décisions dans l'incertitude

Pour les répondants du palier ministériel, la présence d'un plan couvrant une grande étendue d'activités, de critères définissant les stades de l'action, les engagements antérieurs quant aux approvisionnements, les liens avec de nombreux partenaires, experts et le gouvernement fédéral,

²⁶ Selon le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario : « Nombreux sont les RLISS qui ont dû se trouver eux-mêmes un rôle pendant l'intervention, aucun rôle précis ne leur ayant été assigné. »

²⁷ Reed, M., E. Fraser et A. Dougill (2006)
An Adaptive Learning Process for Developing and Applying Sustainability Indicators with Local Communities.
Ecological Economics, 59(4), p. 406-418.

²⁸ Commission Nicolet (1999)
La gestion de sinistre. Études sectorielles, Livre 1, L. P. D. Québec, Québec, 110 p.

²⁹ Vidal, R., C. Arnaud et B. Tiberghien (2010)
Fiabilité organisationnelle et maîtrise de la tension entre contrôle et écoute dans la gestion des incendies de forêt : approche comparée France/États-Unis. *Télescope* 16(2), p. 59-74.

tout cela a donné un cadre de référence aux décisions. À cela s'ajoutent les nombreuses consultations auprès de diverses organisations, des essais et des analyses spécifiques effectués avant et pendant la pandémie portant, par exemple, sur les dimensions éthiques et logistiques des interventions. « C'est pas dans la nuit que je prends une décision, c'est des avis d'experts qui nous sont acheminés. »

Cette préparation s'est révélée un atout indiscutable au moment de la pandémie et a fourni des bases rigoureuses à la prise de décisions. Tous les répondants ministériels n'avaient cependant pas la même connaissance de la planification et de l'organisation des services. Malgré toutes les consultations, les décideurs ministériels ont dû trancher et assumer la responsabilité de décisions imprévues quant au débat social, à l'incertitude reliée à la virulence du virus et à la livraison des vaccins, et en l'absence de consensus tant chez leurs partenaires que parmi les experts scientifiques. En effet, ces derniers avaient des opinions divergentes quant au nombre de doses de vaccin à administrer et à l'utilisation de vaccins avec ou sans adjuvant dans certains groupes prioritaires.

Aux paliers régional et local, des répondants disent accepter le principe que les décisions prises ne soient pas toujours complètement adaptées à leur réalité et qu'elles évoluent en fonction du contexte. L'essentiel est que « d'une façon générale, tu vas être capable de contrer ta crise ».

Le dosage des interventions

Selon la plupart des répondants, les gouvernements ne pouvaient pas demeurer impassibles devant l'éclosion de l'influenza. Dès que l'alerte a été sonnée, les plans élaborés ont été mis à exécution. Un vent de panique a soufflé et a favorisé en quelque sorte la collaboration de la population à l'application de mesures préventives, contribuant ainsi à une gravité moindre.

D'autres font, par contre, observer que, malgré l'adaptation du *Plan*, le système de commandement, l'étendue et l'intensité de l'opération paraissent très imposants au regard de la menace réelle. En conséquence, des répondants se questionnent sur le scepticisme qui pourrait se développer au sein de la population lors d'un prochain événement. Six mois après l'opération, au palier national, on se demande « comment transformer un porte-avions en frégate? » Après avoir constaté que le *Plan* est construit selon un taux de virulence élevé et qu'une fois la mise en application lancée il est très difficile de moduler l'intervention.

Subir la pression

La pression des médias, de l'opinion publique, des élus, des proches et des collègues s'est faite omniprésente au cours de la deuxième vague. Pratiquement toutes les personnes engagées dans l'opération y ont été exposées, mais plus encore les décideurs ministériels. Selon un des répondants : « Il y a eu aussi la pression que le réseau se donnait lui-même par rapport au processus ». La fermeture des écoles, en particulier, a soulevé un débat généralisé au sein de la population alors que la pandémie a été de faible gravité. Pour les décideurs, « garder la tête froide malgré la pression » posait une exigence de tous les instants. De nombreux répondants avouent cependant une certaine inquiétude quant à la gestion d'une crise plus grave, compte tenu de toute la pression et des difficultés éprouvées en 2009.

L'équilibre entre la rapidité et la prudence

Le contexte d'urgence exigeait des réactions rapides aux événements au fur et à mesure qu'ils se présentaient. Ainsi, selon un répondant, le cycle décisionnel s'étendait sur 24 à 48 heures, au maximum. « On était live. Les décisions, on les prenait ensemble. [...] Une demi-heure avant la

conférence de presse là, où on décidait au final là-dessus là. Ça, c'est arrivé souvent. » Les autorités ont dû ainsi répondre à des interrogations de tous ordres en conférence de presse. Par exemple, il a fallu proposer très rapidement une solution afin de résorber les longues files d'attente apparues dans certaines régions.

Inévitable en situation de crise, la rapidité des réactions a donné lieu à divers appels à la prudence de la part de répondants ministériels, régionaux et locaux. Ceux-ci auraient souhaité qu'avant de faire part publiquement de consignes et d'informations, plus de temps leur soit accordé pour en assurer la pertinence. « Tant que tu lances pas la directive, tu peux faire des ancrages avant. » Cela permettrait de minimiser les erreurs de parcours, toujours possibles, et le nombre de changements de consignes.

3.6.2 Les difficultés relatives à l'application des décisions

La clarté des consignes

Selon un décideur, au début « nos commandes n'étaient pas assez précises alors que les gens s'attendaient à plus ». Plusieurs auraient, en effet, souhaité des définitions plus claires, particulièrement celles des groupes prioritaires, et certaines consignes plus strictes, notamment au sujet des dates de passage d'un groupe prioritaire à l'autre. La gestion de la séquence de vaccination s'est montrée beaucoup plus complexe que prévu en particulier pour les groupes des travailleurs de la santé et les malades chroniques — et difficile à expliquer à la population. Des définitions plus précises auraient été fournies trop tard et les balises ont donc été décidées à l'interne, souvent en collaboration avec des cliniciens et des spécialistes des établissements.

Les changements de consignes

Au MSSS, « nous étions obligés de revoir les consignes, cela était mêlant pour le réseau ». Les exemples fournis aux paliers régional et local sont nombreux, d'abord la date du début de la vaccination et ensuite les dates attachées aux groupes prioritaires. Bien que pour les répondants régionaux et locaux, il est normal que les décisions puissent être modifiées en fonction de l'évolution de la situation et que des correctifs puissent être apportés en cours de route, la fréquence des changements a causé de grandes difficultés.

Ainsi, au palier régional, « il était difficile de descendre la bonne information au niveau local ». Au palier local, l'exercice pouvait s'avérer frustrant et énergivore, les COPIN devant adapter la gestion du personnel à la fois aux mesures imprévues — parfois importantes — et aux changements quasi quotidiens de consignes. Le grand nombre d'infirmières travaillant dans les CVM rendait les réaménagements encore plus exigeants. Un médecin fait aussi valoir que ces changements ont fait en sorte qu'ils ne pouvaient jamais être prêts « on savait jamais à quoi il fallait être prêt. Puis, ça durait pas longtemps en tout cas ». Les très courts délais d'opérationnalisation de nouvelles consignes ont aussi été problématiques. Par exemple, l'information sur les indications pour certains vaccins à administrer aux femmes enceintes. « Je n'avais même pas le temps d'aller le dire sur le terrain. »

Selon certains répondants, les changements de consignes ont laissé l'impression « que nous avons perdu le contrôle » et la controverse sur les vaccins avec ou sans adjuvants pour les femmes enceintes aurait miné la confiance. Les intervenants auraient ainsi eu à faire face aux plaintes et à la confusion au sein de la population et devaient donc expliquer les motifs des changements, motifs qu'ils ne connaissaient pas toujours. Par contre, certaines décisions de dernière minute, notamment celles de recourir à des coupons pour gérer les files d'attente, ont été bien appréciées par plusieurs à l'usage, même si au départ, elles suscitaient des désaccords.

Un clivage entre des rationalités différentes

Des remises en question révèlent un certain clivage dans les notions de « bon sens » véhiculées aux divers paliers. Ainsi, au palier ministériel, la quantité limitée de vaccins justifiait l'exclusion des parents et des conjoints des personnes incluses dans les groupes prioritaires. Même en accord avec le principe d'une séquence de vaccination, plusieurs ont accommodé les proches, en particulier les parents. Dans ce cas, les responsables locaux et les intervenants ont considéré que le nombre de déplacements nécessaires aux familles pour, d'une part, obtenir des coupons et, d'autre part, faire vacciner les enfants, souvent d'âges différents, était inacceptable surtout lorsque le nombre de vaccins était suffisant pour le faire localement.

Malgré des décisions rationnelles — les recommandations du comité responsable, où siégeaient des vaccinateurs régionaux et locaux, étaient claires —, elles ont été confrontées aux valeurs et à l'expertise des responsables d'organisation des services. L'application de la séquence de vaccination n'en est qu'un exemple, car cette opposition s'est produite aussi à propos d'autres mesures. Selon des responsables régionaux et locaux, elle traduit l'absence au sein des comités décisionnels d'expertise du terrain, cruciale au moment de l'intervention. Des médecins cliniciens membres des triumvirats partagent ce constat de l'éloignement de la pratique clinique de la part des structures décisionnelles et de la santé publique. Selon les termes employés par l'un d'entre eux : « On est toujours content d'avoir des bons conseils, mais il faut qu'ils viennent de gens qui connaissent la job. »

Pas de réponses...

Le retard dans la formulation de recommandations ministérielles et professionnelles relativement à certains enjeux auxquels étaient confrontés des établissements a amené ces derniers à s'organiser sans plus attendre. Quand la consigne était envoyée, l'intervention était déjà organisée localement, les protocoles préparés et les informations diffusées.

Certains volets peu développés ou oubliés ont donné lieu à des initiatives locales, comme la vaccination des personnes immunosupprimées, l'établissement de protocoles et de priorités de traitement des patients se présentant aux soins intensifs et aux urgences. L'absence d'orientations et d'outils touchant le volet psychosocial a, entre autres, compliqué les relations avec les partenaires du milieu communautaire. « Je me souviens, on a fait une rencontre avec les organismes communautaires, pour leur dire pas grand-chose parce que, en fait, on savait pas. »

3.6.3 La grande force : la capacité d'adaptation

De l'avis de nombreux répondants de tous les paliers de gouvernance, le succès de l'opération Pandémie a résidé en grande partie sur la capacité d'adaptation des structures et des personnes qui y ont œuvré à tous les niveaux. Selon un décideur ministériel :

« Le principal défi d'une opération comme ça, parce qu'on sort de la théorie, c'est la capacité d'adaptation. Capacité d'adaptation de l'appareil gouvernemental, capacité d'adaptation du Ministère, capacité d'adaptation du réseau, parce que tout n'était pas planifié, tout n'est pas arrivé comme ça avait été planifié ou pensé. [...] Cet enjeu-là était majeur. Puis elle s'est très, très bien déroulée. »

Cette capacité d'adaptation a été fortement sollicitée compte tenu des nombreux enjeux et dimensions de l'opération. En effet, les processus mis en place impliquaient l'engagement des individus à accepter de nouvelles manières de faire et des mandats inhabituels dans le cadre de leurs fonctions. L'évolution imprévue du climat social et des données épidémiologiques au cours de la deuxième vague a imposé un rythme accéléré de production, tant sur le plan des décisions et des informations que des interventions. Des modifications ont dû être apportées à la

planification, aux guides, aux protocoles, préparés en fonction d'une grippe aviaire, pour tenir compte de la gravité moindre de la grippe A(H1N1). À tous les paliers, les responsables ont dû s'ajuster au changement de style de commandement et en faire l'apprentissage. La motivation et la capacité d'adaptation démontrées lors de cette opération en ont grandement facilité la réalisation.

3.6.4 Les leçons

L'un des aspects méconnus de la gestion de crise réside dans l'apprentissage de la plupart des éléments tenus pour acquis dans une organisation : la structure de fonctionnement, l'adaptation de cette structure, le rôle à jouer et les actions à mener par chaque personne tout en faisant face à des problèmes imprévus. Ces apprentissages se font souvent au sein de réseaux³⁰ et, dans le cas de la pandémie, la grande capacité d'adaptation observée à tous les paliers a grandement facilité l'opération.

La prise de décision au moment d'une crise s'effectue dans un environnement où les contraintes, la pression et la nécessité de formuler rapidement des solutions sont exacerbées. Sur le plan des processus, plusieurs constats indiquent qu'il existe une tension entre divers impératifs et suggèrent un équilibre à atteindre plutôt que des solutions simples. La planification et le niveau de préparation constituent certainement des facteurs facilitants dans un tel contexte, mais la capacité d'adaptation du réseau ne doit pas être oubliée.

L'expérience des répondants fait état des écueils que l'on espère éviter lors d'un prochain événement. D'une manière pragmatique, l'imprécision, le retard et les changements fréquents de certaines consignes, la nécessité d'adapter tant les informations que les services à des populations et à des intervenants en particulier, ainsi que le devoir de répondre à la population au moment où elle se présente à la porte des services plaident en faveur d'une certaine latitude sur le terrain. Des décisions demeurent contestées six mois après la pandémie et elles indiquent un clivage avec les valeurs et les façons de faire en organisation des services. Rappelons cependant que, malgré ces difficultés, des décisions ont été prises et l'opération a été organisée, ce qui aux yeux des répondants est très positif.

La question du dosage des interventions demeure cruciale. Selon la plupart des personnes rencontrées, les gouvernements ne pouvaient pas rester inactifs devant cette éclosion d'influenza en vertu du principe de précaution, comme Tremblay l'a mentionné³¹. Selon Etkin et Hutton³², à la suite de plusieurs catastrophes ayant occasionné de nombreux décès, une plus grande attention a été portée à la prévention. Au Québec, 57 % de la population a été vaccinée contre la grippe A(H1N1) dans un court délai, ce qui peut facilement être qualifié de réussite, mais qui a aussi été très exigeant en termes de ressources. Selon le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario :

« Nous pensions qu'il serait facile d'administrer un vaccin pandémique. En fin de compte, c'était un peu comme s'imaginer que marcher activement chaque matin permettait de prendre part à la course de 100 mètres aux Jeux olympiques.³³ »

³⁰ Moynihan, D. (2008)

Learning Under Uncertainty: Networks in Crisis Management. Public Administration Review, 68(2), p. 350-365.

³¹ Tremblay, M. (2010)

L'apprentissage de la gestion des pandémies. Rapport évolutif, Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec, Rapport 7, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, École nationale d'administration publique (ENAP), Québec, 20 p.

³² Etkin, D. et D. Hutton (2009)

Gestion des urgences : des principes à l'action, Bulletin de recherche sur les politiques de santé, Santé Canada, n° 15, p. 14-17.

³³ Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario (2010).

Pandémie de grippe H1N1 – Répercussions pour l'Ontario. Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. Division de la santé publique, Toronto, Ontario, 21 p.

Selon Maillard³⁴, une vague de scepticisme à l'égard de la pandémie a fait jour parmi la population et, selon Barry³⁵, les gouvernements nationaux auraient trop fortement réagi à une pandémie dont la gravité était peu importante. Les répondants rencontrés se sont aussi posé ces questions tout en observant que les processus et les structures prévus au *Plan* actuel se montrent peu flexibles en cas de risque moins sévère que celui estimé. Le Québec n'est pas unique à cet égard comme en fait foi l'examen du Comité du Sénat. Ce dernier a recommandé que le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé soit adapté à des pandémies bénignes, modérées ou graves et à l'arrivée de nouvelles informations³⁶.

3.7 Les ressources

3.7.1 Les ressources humaines

Une mobilisation exceptionnelle

La gestion et la conduite des activités reliées à la pandémie ont imposé une somme de travail et demandé une disponibilité hors du commun aux intervenants de tous les paliers de gouverne. Les propos suivants donnent une bonne idée aux collègues non impliqués dans cette opération : « Il y avait ceux qui travaillaient pour la pandémie, puis qui s'arrachaient le cœur sept jours semaine, puis il y avait le reste du monde. » L'opération Pandémie représente, pour de nombreuses personnes qui y ont participé, un moment privilégié de leur expérience humaine et professionnelle. De nombreux répondants en ont d'ailleurs retiré une grande satisfaction pour diverses raisons.

La pandémie a ainsi fourni l'occasion de réaliser collectivement, dans un climat de coopération, un même objectif et un même projet et cela semble avoir été très stimulant et mobilisateur, particulièrement dans les CSSS. En effet, tout le personnel a pu y constater l'étendue des possibilités d'action de leur organisation créée récemment. Les observateurs externes ont pu également observer l'efficacité des CSSS dans cette opération complexe : « Les gens des CSSS ont été en mesure de faire la démonstration de leur rôle. »

L'un des éléments qui expliquerait cette mobilisation est l'adhésion aux valeurs qui sous-tendaient cette opération. Comme l'exprime un membre d'un COPIN : « Quand on allait voir nos gens sur le terrain pour expliquer la vaccination, on y croyait. » Le choix de venir travailler dans le réseau serait motivé par des valeurs personnelles liées aux soins et aux services à la population : « Le réseau de la santé est plein de gens comme ça. Les gens veulent et ils ne font pas ça uniquement pour l'argent. » Plusieurs n'ont pas hésité à se présenter les fins de semaine ou faire des heures supplémentaires, dans certains milieux, de nombreuses infirmières bénévoles ont prêté main-forte. Les infirmières, salariées ou bénévoles, auraient été fières d'y participer.

Plusieurs répondants font l'éloge du travail d'équipe accompli au cours de cette opération, favorisé par une présence continue sur les lieux de travail, l'entraide et la collégialité manifestées au sein des équipes comme avec la hiérarchie : « Un moment donné, il manquait de seringues, c'était celle qui était le plus proche qui allait en porter. » L'implication personnelle des gestionnaires à

³⁴ Maillard, R. (2010)

Entrevue exclusive avec le Dr Fernand Turcotte. Protégez-Vous, Dossier : le scandale de la grippe A.

³⁵ Barry, J. M. (2010)

The next Pandemic. World Policy Journal, Summer, p. 10-12.

³⁶ Comité du Sénat canadien, Recommandation n° 2.

certaines tâches urgentes, comme la distribution des coupons ou la saisie des données, a permis aux intervenants de mieux se connaître et a nourri le sentiment que « tout le monde était important ». Un certain apprentissage de la collaboration et de l'adaptation des rôles ou des responsabilités individuels est aussi rapporté.

Étant donné la complexité de l'opération, de nouveaux contacts professionnels ont été établis, ce qui fait dire à une gestionnaire : « Je suis pas toute seule là-dedans. C'est pas juste mon problème, là. » Des initiatives particulières ont renforcé les liens déjà existants entre les gestionnaires des paliers régional et local : « On se rend compte qu'on est à la même place. On a ventilé ensemble, à c't'heure, on va trouver la solution ensemble. » Au palier national, les personnes responsables ont été plus faciles à identifier dans les agences et les établissements et des liens ont été créés qui semblent perdurer dans certains dossiers.

Des stratégies pour mobiliser le personnel

Au début de l'opération, des CSSS ont fait face à une certaine démobilisation, suivie d'une panique parmi le personnel et les médecins. Les changements de consignes concernant les mesures de prévention ont, en outre, provoqué de l'insécurité :

« T'as besoin de masques, de gants, de jaquettes et même de lunettes. Puis tout à coup, non, t'as plus besoin de ça. Ça demandait beaucoup de temps et d'explications et de ralliement de nos équipes et après, c'est d'informer, toute cette chaîne d'information. Ça a demandé aussi beaucoup de communication et d'ajustements auprès de notre comité opérationnel. »

Pour mobiliser le personnel, plusieurs gestionnaires et des professionnels de la santé ont également adopté des stratégies d'information, de formation, de réorganisation du travail et, même, de protection des réserves et de distribution des vaccins. Les initiatives à ce propos sont variées et elles auraient été très efficaces. L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) est aussi intervenu pour rassurer ses membres. Des agences auraient également utilisé certaines mesures pour inciter les établissements à aller de l'avant et pour faciliter la gestion des ressources humaines, devenue un véritable casse-tête. La reconnaissance du travail accompli a été clairement exprimée dans plusieurs milieux, mais c'est loin d'être le cas partout. Malgré tout, les commentaires positifs des médias, des municipalités et de la population ont été grandement stimulants et appréciés.

Les limites des ressources humaines

La pandémie a certes été une expérience unique, mais exigeante. Pour un certain nombre d'individus, le stress et la surcharge de travail ont provoqué des symptômes d'épuisement. Selon un décideur : « Il y a des gens qui se mettaient à brailler, y fallait qu'ils partent chez eux. Il y en a qui ont eu trop de pression, qu'il fallait économiser. » La grande fatigue de certains responsables de terrain aurait affecté le fonctionnement des CVM. Selon un décideur : « Ça fait partie d'une catastrophe, ça va toujours être comme ça. »

On estime aussi que les CH n'auraient pu recevoir un grand afflux supplémentaire de patients. Des interrogations sont soulevées sur la disponibilité et la préparation des ressources en cas de mise en quarantaine, par exemple. Un décideur fait remarquer que le système de santé est construit en fonction d'une moyenne de services et ne peut l'être dans le but de répondre à la demande en période de pointe ou en cas de catastrophe. Cependant, la liste des ressources

humaines disponibles lui paraît mince et des points de rupture peuvent être localisés, entre autres, dans les unités de soins intensifs : « Alors, le point de rupture, où est-il? [...] c'est entre 15 et 20 %. [...] il me semble qu'on devrait être à l'aise à aller jusqu'à 25 % d'augmentation de l'achalandage. »

La formation des ressources humaines

Entre les deux phases de la pandémie, le MSSS a dû revoir le contenu de la formation en ligne destinée au personnel du réseau, qui avait été conçu en fonction d'une pandémie reliée au virus H5N1. Le nouveau contenu de cette formation a fait l'objet d'une réappropriation dans plusieurs établissements, car il a été jugé non directement utilisable par les différentes catégories d'employés. « On l'a vulgarisée à partir des grands chapitres et on a fait une capsule où les gens sont venus à la formation, et il y a des gens qui répondaient à leurs questions. » Un CSSS a privilégié une formule favorisant l'accessibilité à tous les quarts de travail et un autre à des formations brèves sur des sujets spécifiques. Sous l'impulsion d'agences ou de médecins spécialistes, différentes conférences ont été organisées pour le personnel, les médecins, les gestionnaires de ressources humaines ou autres.

Par ailleurs, les responsables des ressources humaines des CSSS ne pouvaient pas suivre le nombre et les catégories d'employés formés. Une autre difficulté a été la prise en compte insuffisante des contraintes technologiques.

« On arrivait avec une demande le vendredi après-midi pour que le lundi matin, 15 000 personnes puissent se former en ligne pour la pandémie. Bell, Telus, leur équipe d'ingénierie ont dû travailler toute une fin de semaine pour réussir à faire ça. »

La réorganisation du travail

Au cours de la première phase de la pandémie, plusieurs gestionnaires de divers paliers ont établi des plans pour former les équipes affectées à la pandémie, certains ayant alors obtenu des ressources supplémentaires. Plusieurs ont aussi mentionné avoir réorganisé le travail afin d'éviter l'épuisement du personnel : « On savait qu'on n'aurait pas survécu à une deuxième vague comparable à la première. [...] C'était des 28 jours, 30 jours en ligne qu'on a travaillés. » Ces réorganisations, par exemple l'aménagement de quarts de travail, pouvaient s'avérer difficiles, étant donné que le bassin de ressources humaines est limité.

La formalisation de certains processus — actes délégués aux infirmières, standardisation de techniques de dépistage, coordination en soins intensifs — a permis une plus grande efficacité sans ajout de personnel. Le soutien mutuel entre différents intervenants a allégé la tâche et, parfois, a même rendu possible leur réalisation. Enfin, les directives visant à faire de l'opération Pandémie une priorité, et donc à délester certains dossiers, auraient grandement facilité le travail : « À partir de ce moment-là, le travail s'est fait quasiment dans la joie. »

Cependant, le délestage n'aurait été que partiel et ne se serait concrétisé que dans certains secteurs d'activité. Selon des répondants, des activités administratives principalement auraient été reportées, les services à la population ayant été maintenus. Dans certaines régions, par contre, des témoignages font état d'une réduction de services à certains groupes. Dans les établissements, les exigences relatives aux opérations habituelles ou de nouvelles demandes de la part des paliers supérieurs semblent être généralement demeurées les mêmes. Par exemple, en gestion des ressources humaines :

« T'as pas le choix de continuer dans la vie de tous les jours, que ce soit les services de santé, que ce soit dans les paies, les rémunérations, avantages sociaux. Donc, on jouait avec un nombre limité de personnes puis tout arrivait en même temps. »

Des coordonnateurs indiquent qu'en raison de la pandémie, il a été difficile, sinon impossible de respecter les échéances dans certains dossiers. Au moment des entrevues, d'aucuns soulignent que du rattrapage restait encore à faire et que des CSSS en vivaient encore les séquelles. Malgré les plans de rétablissements : « C'est comme si tout devait reprendre dans les mêmes normes, dans les mêmes façons, avec les mêmes exigences. »

D'une manière générale, la gestion des ressources humaines s'est avérée très complexe. Dans les établissements, les changements rapides et fréquents de consignes étaient contraints par les normes et les règles qui régissent les relations de travail : « On ne vire pas du personnel sur des cédules en 12 heures. On était déjà à la limite de ce qu'on demandait. »

Dans certains milieux, la réduction du personnel des dernières années n'avait jamais été compensée autant en termes de quantité de ressources que d'expertise. Selon un répondant ministériel : « L'organisation faisait fi de ça, des ressources, pas de ressources, ce n'est pas grave, débrouilles-toi. » De nouvelles demandes, comme la saisie des données de vaccination en temps réel, ont représenté un ajout significatif aux tâches et ont créé de la pression dans les établissements. Plusieurs ont obtenu l'aide de leur agence pour y répondre.

Les ressources humaines alternatives

Des listes de RHA, soit de personnes jugées aptes à travailler dans le cadre d'une pandémie, ont été dressées en collaboration avec les ordres professionnels et transmises aux établissements trois ans avant la pandémie. À cette époque, des répondants avaient rejoint par téléphone les personnes retraitées de leur établissement. Selon plusieurs, ce processus s'est avéré inutile, car pendant la pandémie les listes ont dû être mises à jour. Dans certaines régions, l'agence les a refaites pour les établissements. Elles se sont aussi montrées difficiles à gérer, les horaires offerts ne convenant généralement pas, si bien « qu'à peu près personne n'est venue ».

De nombreuses autres RHA ont été utilisées, par exemple, dans une région, le recrutement d'étudiants en soins infirmiers afin de convaincre les jeunes de se faire vacciner. Plusieurs bénévoles ont aussi contribué, notamment un grand nombre d'infirmières retraitées qui ont vacciné, si elles avaient encore leur permis, ou accueilli les gens dans les CVM. Selon un répondant, à certains endroits : « Il n'y avait que des personnes volontaires, avec une coordination du CSSS. » Un coordonnateur estime qu'on en a compté entre 150 et 200 dans sa région.

3.7.2 Les ressources matérielles

Les réserves

La planification de l'approvisionnement et les commandes doivent être effectuées bien avant une pandémie. Les quantités et les produits nécessaires ont été estimés sur la base des taux d'attaque prévus et d'une demande mondiale de vaccins, ainsi que de fournitures, telles que des aiguilles, des masques, des gants et des médicaments. Ces produits ont été conservés dans une réserve nationale desservant l'ensemble des régions. Des quotas par agence et par produit ont été établis. Une réserve de sept jours a également été constituée dans les établissements. Une logistique complexe s'applique à la gestion de ces réserves, compte tenu des dates de péremption, des frais d'entreposage et de manutention, de même que des liquidités nécessaires au paiement à leur réception.

La sensibilisation à la nécessité de conserver localement une réserve de sept jours dans les établissements s'est faite plusieurs années avant la pandémie. De l'avis de coordonnateurs régionaux, ces réserves locales n'étaient pas constituées à la première vague. « Ils répondaient oui, mais ce n'était pas vrai, on est devenu plus directifs par la suite. » Les quantités de certains

produits auraient été insuffisantes, mais, d'un autre côté, plusieurs versions de la liste se sont succédé. Dans les établissements, ces changements auraient complexifié une gestion jugée difficile de prime abord en raison des coûts qui y sont reliés, du roulement, de la mise à jour et de contraintes relatives à l'espace.

Des coordonnateurs locaux estiment que l'information sur l'inventaire et la disponibilité de la réserve nationale a été floue pendant la deuxième vague. L'incertitude aurait créé un certain malaise dans les CSSS, malaise accentué par les implications locales des directives relatives aux masques. L'insécurité quant à la date d'obtention des fournitures et à la quantité qu'ils recevraient a persisté longtemps chez les responsables locaux. Par contre, un répondant ministériel juge qu'il a été rapide et facile d'ouvrir la réserve nationale, lorsque cela était nécessaire. La division par section et l'identification de la destination prévue des produits entreposés auraient grandement facilité les opérations. « Toute la marchandise était entreposée chez les distributeurs réguliers du réseau. L'ordre d'ouverture des réserves passait à travers les agences puis ça allait jusqu'aux établissements. »

La « saga des masques », comme de nombreux répondants appellent cet épisode, a représenté un événement marquant. Cela aurait même été « de la folie furieuse » selon un décideur régional et « un talon d'Achille » de l'avis d'un coordonnateur ministériel. Plusieurs événements et facteurs ont contribué à en rendre la gestion difficile et frustrante. Ainsi, des médecins menaçaient de ne pas participer à l'opération s'ils n'obtenaient pas de masques et s'ils n'étaient pas vaccinés en premier. Ensuite, un appel d'offres provincial, resté sans réponse pour le modèle prévu, a nécessité l'achat de masques différents. Or, des tests d'ajustement (*fit test*) individuel avaient été effectués pour l'ensemble du personnel dans plusieurs établissements. Ceux-ci ont donc dû non seulement acheter le nouveau modèle pour approvisionner leurs réserves, mais également refaire les tests, une opération d'envergure.

Les vaccins

La majorité de la population québécoise devait être vaccinée dans un CVM en huit semaines, ce qui est fort exigeant du point de vue de la logistique. Les doses devaient être disponibles de manière à assurer un flux continu de services. Le calendrier prévoyait le début de la vaccination à la mi-novembre, soit six mois après la mise en production des vaccins. Or Santé Canada a autorisé la vaccination trois semaines plus tôt, le 26 octobre, mais les quantités reçues au début étaient moindres qu'il n'était prévu. Dans l'ensemble du Canada, des groupes à vacciner en priorité ont été identifiés. Le MSSS devait donc fournir les doses correspondant aux estimations de populations ciblées dans chaque région.

Plusieurs répondants régionaux ont fait état de la difficulté à s'approvisionner en vaccins et à embaucher le personnel nécessaire, les obligeant parfois à modifier leur calendrier de vaccination. Les intervenants ont dû composer avec les divers changements de date de vaccination en cours de route. Des agences conservaient aussi un inventaire peu élevé afin d'en assurer une gestion efficiente. Par contre, certains établissements n'ont pas connu ces difficultés. Malgré le fort taux de vaccination, la réserve nationale a conservé un grand nombre de doses inutilisées, dont l'emploi restait à planifier.

Les locaux

Selon un répondant ministériel, les comités régionaux et locaux auraient dû recenser les locaux pouvant accueillir les CVM et les SNT avant la pandémie, comme cela était prévu dans le *Plan*. « C'est beaucoup plus facile de mettre ça à jour que de partir de zéro puis de le faire juste avant

l'événement. » Leur retard à le faire aurait grandement compliqué l'accès à des espaces adéquats. L'expérience vécue dans les CSSS et les agences révèle cependant beaucoup d'autres facteurs expliquant les difficultés.

Ainsi, l'avancement du début de la vaccination a pris de court des décideurs régionaux qui avaient déjà réservé des locaux et conclu des ententes à cet effet. Dans la plupart des régions, les endroits susceptibles d'accueillir un grand nombre de personnes sont rares, doivent être réservés à l'avance et les changements de dates peuvent se révéler ardues, et parfois même, impossibles. Les écoles représentaient de bons choix pour des CSSS : « Une école peut être préparée d'avance avec des sorties d'eau et des choses qui facilitent la vaccination et l'hébergement. » Leur utilisation a été, le plus souvent, impossible étant donné que les commissions scolaires, comme plusieurs municipalités, ne se croyaient pas obligées de les offrir dans le cas d'une pandémie de faible gravité et en l'absence d'un décret. Dans un CSSS, chaque démarche effectuée pour aménager un SNT s'est révélée un cul-de-sac :

« Il n'y a pas de grande surface ici, [...] on est allés dans les hôtels. Il y avait des tapis, des frais pour installer une génératrice. On évalue tout ça mais on s'arrête où pour un site temporaire? [...] J'amène un infectiologue, c'est sûr qu'il va me dire d'enlever les tapis partout si je fais des soins. »

D'autres contraintes limitaient la négociation préalable à la pandémie au palier local : incertitudes quant au financement possible et au montant alloué, quant à la date du début de la vaccination, quant aux décisions sur le lieu de vaccination des élèves et quant au rôle de la sécurité civile à ce sujet. Selon un décideur ministériel : « Les gens ont dû faire des trésors d'imagination à quelques semaines d'avis pour trouver des endroits libres. » Au déclenchement de la vaccination, des responsables ont dû utiliser les lieux disponibles, parfois coûteux ou jugés inadéquats et en nombre insuffisant. Enfin, la gestion des files d'attente n'avait pas été prévue. Le *Plan* avait été conçu pour déterminer des mesures d'urgence et non des processus.

3.7.3 Les ressources informationnelles

Le fichier québécois de vaccination

Plusieurs répondants ministériels considèrent le FQV comme une des plus belles réalisations de l'opération Pandémie. En effet, les données permettaient de connaître en temps réel le type et le lot des vaccins administrés, les populations vaccinées, la région et le CVM. Ce fichier serait unique au Canada, le suivi des autres provinces étant basé sur des estimations du nombre de doses administrées. Il aurait contribué de façon significative à la qualité des services offerts dans les CVM en permettant de suivre les effets secondaires. La contribution des responsables des technologies à ce fichier avait été prévue avant la pandémie – contrairement à la situation observée pour d'autres systèmes d'information – ce qui en a facilité la constitution.

Aux autres paliers de gouvernance, les répondants en reconnaissent également la pertinence et l'utilité, mais ils soulignent surtout des éléments qui ont complexifié la saisie des données. Certains CVM procédaient sans problème à la saisie en temps réel, tandis que dans d'autres, les branchements n'étaient pas faits ou on attendait des directives techniques. Selon un décideur régional : « Plus on s'étend dans un territoire et plus cela est difficile de la faire en temps réel. On envoyait des gens vacciner dans un hôtel de ville. Ces gens n'avaient pas le temps d'installer le système informatique. »

Même si les responsables ministériels ont fourni le FQV avant la date prévue sur le terrain, des répondants mentionnent qu'il n'a été déployé que la veille de la date du début de la vaccination. Les intervenants ont donc eu peu de temps pour se familiariser avec cet outil. Dans plusieurs

régions, les données ont été saisies le soir et la nuit, ce qui était également observable sur les montées de charge des serveurs. Certains correctifs ont dû être apportés en cours de route. Ces correctifs ont requis un travail intense et jugé peu gratifiant.

Sur le plan technologique, des informations plus précises auraient facilité et accéléré le branchement des CVM et la saisie des données. Avec du recul, un décideur mentionne : « C'est l'organisation qu'on avait, la DGTI était pas équipée pour nous appuyer. » Un répondant estime que la vision du rôle et du fonctionnement des technologies de l'information est le plus souvent strictement opérationnelle alors qu'elles devraient être associées aux décisions stratégiques et accompagner l'organisation des services.

Le tableau de bord

De l'avis de plusieurs répondants, le tableau de bord fournissait une information utile, et même précieuse en rassemblant les indicateurs les plus pertinents. Si la pandémie avait été plus virulente, des indicateurs du même type pour chaque CH auraient été nécessaires : « Parce que là, c'est l'hôpital qu'on gère. La province, c'est le résultat de la gestion de chaque hôpital. » Un tableau de bord semblable avait été développé dans certains établissements, mais n'aurait jamais été activé. Des triumvirats y avaient ajouté des indicateurs d'une situation critique, amenant le délestage de certaines activités.

3.7.4 Les ressources financières

Le coût des vaccins et des fournitures était assumé par les gouvernements fédéral et québécois; dans le cas des antiviraux, il a été assumé par le gouvernement du Québec, alors que le gouvernement fédéral n'a contribué qu'à une partie des achats. Les heures supplémentaires, les fournitures et les médicaments des réserves locales relevaient du budget de fonctionnement des CSSS. Les compensations financières accordées aux médecins, les frais occasionnés par la mise en place des cliniques de grippe, le développement technologique et le fonctionnement des systèmes d'information étaient absorbés par le MSSS et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Le partage du financement paraît clair, de prime abord, et pourtant, pour de nombreux répondants, les réponses aux questions « Qui paye quoi? Quand? Et pour quel item? » sont restées nébuleuses, même plusieurs mois après la pandémie. La location des espaces physiques, la rénovation de locaux pour les rendre conformes à des normes, les respirateurs ou les conférences téléphoniques, voilà autant d'items dont des responsables des paliers régional et local disaient ignorer la part de financement qu'eux-mêmes ou leurs partenaires auraient à assumer. Selon un des coordonnateurs régionaux qui s'en informaient : « On nous a répondu qu'ils ne savaient pas et que ça serait analysé plus tard. » Selon un décideur régional, l'absence de réponse a contribué à la désobéissance dans certaines régions et a rendu craintifs les partenaires : « Si la municipalité a offert beaucoup de services, elle a tout de même réagi en trouvant que la pandémie commençait à coûter cher. »

Le niveau du remboursement des dépenses régionales, un pourcentage établi en fonction du taux régional de vaccination, a été connu à l'été 2010. Certains répondants en ont remis en question l'équité puisqu'il fait fi des particularités régionales qui influencent le taux de vaccination et que les dépenses ne varient pas avec ce taux.

Des aspects divers de la gestion financière des ressources ont été relevés au cours des entrevues. Au MSSS, les directives concernant le lieu de responsabilité pour le paiement de firmes externes auraient été ambiguës et il y aurait donc un risque de surfacturation. Les changements de consigne ont impliqué des frais parfois substantiels : réservation de nouveaux espaces en raison de l'avancement du calendrier, réimpression de feuillets explicatifs et autres. Dans les établissements, la nécessité de garder ouverts les CVM alors qu'il n'y avait pas d'achalandage est perçue comme une mauvaise gestion des fonds publics. Enfin, la gestion des paies aurait été complexifiée du fait que la vaccination se déroulait à l'extérieur des établissements.

3.7.5 Les leçons

Malgré les longues heures de travail, la complexité et la lourdeur de la tâche, la plupart des répondants racontent avec nostalgie la période de pandémie et expriment une grande satisfaction à l'égard de ce qui a été accompli. « Une énorme structure comme le réseau de la santé lorsqu'elle est mobilisée est capable d'arriver à un but de façon rapide [...] quand nous avons fini, nous étions fiers des gens et du réseau. » Dans le cas de la pandémie, le personnel a indubitablement démontré une grande capacité d'adaptation et une forte mobilisation. Celle-ci a fait converger les efforts individuels, en les intégrant à une dynamique globale qui a permis de répondre aux objectifs de l'opération³⁷.

Des répondants, tant ministériels que locaux, voient d'ailleurs dans la culture du milieu de la santé et des services sociaux des éléments qui ont favorisé cette réponse. En effet, le personnel adhère en général et souvent avec une grande conviction aux valeurs de prévention et d'aide ainsi qu'aux objectifs de l'opération. De plus, « le monde de la santé est un monde qui est constamment en urgence ». Les stratégies adoptées pour informer et mobiliser le personnel, souvent – mais pas uniquement – décidées au palier local semblent ainsi avoir porté des fruits.

Par contre, l'opération Pandémie a reposé sur un groupe relativement restreint d'individus, ce qui l'aurait fragilisée si elle avait duré plus longtemps. Cette faille a été compensée, en partie, par le volontariat, le travail d'équipe et la délégation d'actes médicaux. La stabilité du personnel pendant la pandémie a également été facilitante, mais l'a aussi été avant pour transmettre les connaissances et l'expertise.

Des outils diffusés par le MSSS ont grandement facilité la gestion de la pandémie. Ainsi, le tableau de bord et le FQV ont permis d'obtenir rapidement une information juste et complète. L'usage des technologies de l'information s'est montré un élément essentiel à une lecture adéquate de l'évolution de la situation. Les experts en technologies de l'information devraient être invités à participer activement aux efforts de préparation afin qu'ils s'insèrent plus rapidement et efficacement dans l'ensemble du processus.

L'accès à des espaces physiques a souvent été parsemé d'embûches. Des responsables des paliers régional et local ont estimé difficile de négocier ceux disponibles sur leur territoire, en raison des incertitudes quant aux sources et au niveau de financement, au calendrier de vaccination ainsi que des changements d'orientation relatifs aux SNT.

À tous les paliers de gouverne, le sentiment général est qu'« on est extrêmement chanceux que la pandémie ait été si légère » et des répondants ont exprimé leur inquiétude quant à la capacité du système de santé de faire face à une pandémie plus sévère. Celle de 2009 a peu affecté l'activité hospitalière, mis à part les unités de soins intensifs. Construire et soutenir un système uniquement

³⁷ Louart, P. et C. Beaucourt (1992)

Logiques individuelles et politiques de mobilisation en entreprise. Revue de Gestion des Ressources Humaines, n° 5/6, p. 55-72.

en vue de périodes d'achalandage exceptionnel, comme celui qui est prévu dans le *Plan*, est irréaliste et non souhaitable. Toutefois, on a observé qu'à certains endroits, la capacité du système laisse peu de marge de manœuvre, surtout en ce qui concerne les ressources humaines. Enfin, si la pandémie avait été plus sévère, les SNT non ambulatoires seraient devenus un élément crucial de l'intervention. Ce modèle doit demeurer dans le *Plan* et être prêt à être opérationnel lors d'un prochain événement.

3.8 L'information transmise à la population et aux professionnels

3.8.1 Les médias

Selon plusieurs répondants, les médias ont joué un rôle majeur sur l'opinion publique et le personnel, mais aussi dans les processus de décision et de coordination entre les divers paliers de gouverne. La forme et l'impact des messages qui y ont été véhiculés varient selon la période et le genre de médias. Au début de la pandémie, les médias traditionnels se seraient surtout montrés critiques quant à la réalité d'une pandémie et à la sécurité des vaccins. Après le décès d'un jeune ontarien, ils auraient plutôt été enclins à relayer les informations fournies par les experts et les décideurs ministériels : « On a vu un changement dans le ton-là des médias. [...] ils ont porté nos messages puis on a eu une très, très bonne collaboration. »

Cependant, l'opinion publique s'était déjà, en partie, construite à partir d'une certaine désinformation, particulièrement importante dans les médias électroniques. Les médias sociaux ont saisi l'occasion de diffuser largement des idées et des informations, parfois carrément loufoques, émanant d'organisations diverses. Par exemple, selon une théorie du complot, le but de la vaccination : « c'est de nous injecter des puces, des puces électroniques ». Selon un décideur : « On a eu là des dérapages médiatiques qui n'ont pas juste été au Québec. Ça a été au niveau canadien, international, aussi. » Sur le plan scientifique, des données contradictoires ont circulé dans les sites québécois et étrangers.

D'autre part, la présence constante et la surveillance étroite des médias ont exercé une forte pression non seulement sur les responsables ministériels, mais aussi, sur les agences et les établissements : « Dans la presse, on ne parlait que de ça, et là tu es directement impliqué dans cette organisation-là. » Expérience stimulante pour ce répondant régional, mais stressante pour des intervenants locaux qui avaient à composer avec la présence des caméras. Au palier ministériel, cette pression a été à certains moments omniprésente : « Les médias forcent et poussent jusqu'à avoir leur réponse du ministre. » Les différences régionales, parfois infimes, entre les régions et les établissements ont été rapportées de façon quasiment systématique : « Tel hôpital donne le vaccin aux familles de médecins, tel autre hôpital ne le fait pas. C'est devenu un grand focus d'attention et une grande préoccupation. »

Les médias nationaux étant presque tous logés dans la métropole, les images et les informations diffusées ne montraient pas la réalité des autres régions, mais pouvaient influencer leur population. Plusieurs répondants de différents paliers et de diverses régions l'ont déploré, tout comme la décision d'uniformiser les façons de faire établies consécutivement à la couverture médiatique. Dans des régions, les responsables des communications ont transmis des informations plus adaptées à la réalité de leur territoire. Selon un répondant : « On avait pris le soin de faire de l'éducation via les médias. En même temps, on rassurait la population. » Après la première vague, les agences ont disposé de plus de latitude pour ce faire et plusieurs répondants qualifient d'excellente la collaboration des médias locaux. Les horaires d'ouverture et la localisation des CVM publiés dans les journaux auraient permis de rejoindre la partie de la population n'ayant pas accès à Internet. Toutefois, les changements d'horaire rendaient problématique leur diffusion dans les hebdomadaires et les mensuels régionaux et locaux.

3.8.2 Les conférences de presse

Beaucoup d'efforts ont dû être déployés au MSSS pour contrebalancer les dérives, répondre aux questions des journalistes et rassurer la population. Les décideurs ministériels et les experts ont alors effectué de nombreuses sorties publiques : « On pouvait pas, comment dire, démentir tout ce qui circulait dans les médias quasiment au niveau planétaire. Donc, la seule manière de reprendre le *lead* du côté des communications, c'était d'occuper l'espace public. »

Cette stratégie de communication aurait porté des fruits auprès de la population puisque selon les sondages, la population a fait confiance aux informations épidémiologiques et aux décisions ministérielles. Les conférences de presse ont été diffusées largement et ont même été adaptées pour rejoindre les communautés autochtones, les personnes non voyantes et des communautés culturelles.

La fréquence des conférences de presse nationales est toutefois remise en question par des répondants. Des décideurs ministériels estiment ainsi que leur fréquence – quotidienne à certaines périodes – était trop élevée. Pour l'un d'entre eux, faire moins de conférences de presse aurait été préférable, mais cette décision relevait aussi des autorités politiques. Pour un autre, un investissement substantiel a été consacré aux relations publiques et à l'information factuelle transmise par plusieurs canaux alors que la connaissance des préoccupations de la population et du personnel à l'égard de la vaccination, par exemple, aurait pu être très utile. Cette opinion est partagée par une répondante régionale qui estime que le contenu des messages est resté trop opérationnel. À son avis : « Le Ministère ne s'est pas donné les moyens pour avoir une vision stratégique. »

Les établissements recevaient des informations et des consignes avant la conférence, mais étaient avisés de la possibilité de changements au cours de celle-ci. « Parfois, on devait mettre en application ces commandes dès le lendemain. » Les conférences de presse visaient également à renseigner les professionnels de la santé, mais elles n'eurent pas la portée espérée à cet égard : « Une conférence de presse à trois heures de l'après-midi, les docteurs puis les infirmières, qui écoute ça? Ça passe pas intégralement le soir. » Des conférences de presse ont été tenues et des communiqués diffusés dans les régions au cours de la deuxième vague.

3.8.3 Les outils d'information

Le site Pandémie Québec

Selon plusieurs répondants, le site Pandémie Québec a été une référence que la population a consultée massivement pour s'informer sur les CVM et les services de première ligne disponibles : « Quand c'était le temps de prendre une décision, la population allait voir sur le site du Ministère. » Cette réalisation a représenté une somme de travail constante et importante. Services Québec y a collaboré. La mise à jour était régulière, malgré certaines difficultés liées au manque d'uniformité des procédures de transmission de l'information dans les régions. Un site Pandémie Québec pour les médecins a été mis en place et un envoi automatique permettait au Collège des médecins du Québec de diffuser des informations et des protocoles cliniques à ses membres.

La ligne Info-Santé

La ligne Info-Santé a permis de rassurer de nombreux citoyens et de les diriger au bon endroit en cas de problème. Par contre, selon quelques répondants, elle n'aurait pas été d'une grande utilité et, pour d'autres, il n'était pas toujours évident de véhiculer de l'information par ce moyen, vu un fonctionnement perçu comme rigide.

Le Guide autosoins

Fournissant conseils préventifs et explications, le *Guide autosoins* est mentionné par la majorité des répondants comme un outil d'information et d'éducation de premier ordre et un véritable succès. Quelques-uns regrettent de n'y avoir trouvé que peu d'information sur les vaccins, mais au moment de sa finalisation, toutes les données sur le virus et les vaccins n'étaient pas disponibles. Certains auraient préféré disposer de cet outil avant la première vague. Selon des répondants : « Le Ministère avait peur que ça perde de son sens si on le lançait trop tôt dans la population. Je pense qu'il faut faire confiance aux gens. Ils sont assez intelligents. » Le retard peut aussi s'expliquer par la nécessité de réviser une version, datant de 2007, afin de transmettre des informations spécifiques au virus A(H1N1).

3.8.4 Les leçons

Le Comité du Sénat canadien rapporte que les communications ont fait l'objet de vives préoccupations au cours de ses audiences sur la gestion de la pandémie au Canada. L'Association médicale canadienne en a fait également le thème principal de ses observations. Plusieurs de ces constats se retrouvent dans les propos tenus par les répondants, tels que l'influence qu'ont eue les médias électroniques et le fait que les jeunes n'ont pas été rejoints. Pour éviter la confusion parmi la population, le Sénat et l'Association recommandent une plus grande uniformité des messages. La stratégie employée au Québec allait dans ce sens et plusieurs actions ont été fortement appréciées.

En effet, les messages ministériels véhiculés par les médias traditionnels ont été, semble-t-il, entendus, ceux-ci demeurant des canaux efficaces pour rejoindre le plus grand nombre. Le site Pandémie Québec et le *Guide autosoins* ont été fort utiles et fréquemment utilisés. « Je pense que cette stratégie a eu des impacts beaucoup plus grands que juste sur le dossier pandémie. Il y avait moins de monde dans les urgences, il y a eu un message de prise en charge de sa condition. Au MSSS, il y a là un créneau d'avenir. » Des répondants ont souhaité que, étant donné son succès, une suite soit donnée au *Guide autosoins* pour consolider et élargir les pratiques de prévention.

Quelques-uns estiment qu'un *virus médiatique* s'est infiltré dans la gestion de la pandémie et souhaitent moins d'intensité dans les sorties publiques, surtout les conférences de presse qui ont été quotidiennes à certaines périodes. Ces activités ont accru une pression médiatique déjà omniprésente, ont eu des impacts sur les décisions et accentué le clivage avec les intervenants qui recevaient les consignes et les données en même temps que l'ensemble de la population. De plus, la concentration des médias à Montréal a fait en sorte que la réalité des autres régions a peu été reflétée sur la place publique.

Selon Halpern et Häussermann³⁸, la collaboration entre les différents groupes peut être optimisée, même dans un modèle *top-down*, par des stratégies visant une compréhension optimale et commune de la situation et des consignes. La cueillette, la transformation et la distribution de l'information y jouent un rôle essentiel, tout comme l'est la présence d'une expertise servant d'appui aux décisions. Des répondants souhaitent ainsi que plus d'efforts soient consacrés à connaître les préoccupations de la population, des professionnels et des intervenants.

³⁸ Halpern, C. et H. Häussermann (2003)
Vers une sortie de la crise? Les attermoissements de la métropole berlinoise au terme d'une décennie de querelles de clocher. Revue française d'administration publique, n° 107.

3.9 Les liens avec les partenaires

3.9.1 La Sécurité civile

L'OSCQ a été le principal partenaire gouvernemental du MSSS. Comme cela était prévu dans le *Plan*, elle a assumé la coordination avec les autres ministères, a participé aux décisions de la cellule stratégique et a agi comme porte-parole sur la scène publique. Selon des répondants, ce partenariat est très utile, car il facilite la coordination interministérielle et la situe au plus haut niveau gouvernemental. L'état d'urgence sanitaire n'a cependant pas eu à être déclaré et la gravité moindre de la pandémie a eu des répercussions importantes sur le rôle de l'OSCQ et des organisations régionales de sécurité civile, ainsi que sur la collaboration des autres partenaires.

Comme l'explique un répondant : « C'était le [MSSS] qui était en *leadership*, parce que c'était une gestion santé. Cela n'était pas une crise sociale. » Le *leadership* prépondérant du MSSS s'est donc affirmé non seulement à l'intérieur de son réseau, mais aussi à l'égard des structures externes de sécurité civile. Au palier régional, la collaboration avec les ORSC a été parfois difficile, des ajustements ayant été nécessaires pour camper les responsabilités ainsi que la structure décisionnelle. L'expérience de la pandémie aurait renforcé les liens du MSSS avec l'OSCQ et le rôle de la sécurité civile – dans le réseau et à l'extérieur du réseau – serait généralement mieux connu.

Les liens des coordonnateurs régionaux en sécurité civile du réseau avec les ORSC étaient variables, très étroits par endroits, inexistant ailleurs. Certains ORSC ne disposent que de peu de ressources tandis que d'autres ont pu répondre à des besoins matériels, notamment l'installation d'abris. Des répondants s'attendaient cependant à ce que leur implication soit plus grande dans l'organisation de la vaccination scolaire, des CVM et des SNT, ce qui n'a pas été le cas.

3.9.2 Les autres ministères

Bien qu'il s'agissait d'une opération gouvernementale, tous les ministères n'ont pas eu à mettre l'épaule à la roue de la même manière. Tous n'étaient pas non plus préparés et des ministères se seraient interrogés, au début de la pandémie, sur leurs rôles et responsabilités, même si cela était défini dans les plans. L'intégration des enjeux d'une pandémie était donc loin d'être achevée, l'ampleur de la participation des autres ministères dans un contexte de pandémie ayant été assez confuse du point de vue des répondants. La structure de sécurité civile du MSSS s'étant déployée rapidement, les autres ministères ont dû néanmoins emboîter le pas.

Les différents ministères devaient fonctionner selon une approche top-down, mais il semble que son application ait été variable. Selon des répondants du réseau, le rythme de la circulation des informations et des consignes et leur cheminement n'étaient pas les mêmes que ceux des autres ministères. Cela compliquait les relations et la collaboration aux paliers régional et local. Certains messages n'auraient pas franchi le seuil du palier régional ou arrivaient trop tard. Enfin, leur contenu n'aurait pas toujours été harmonisé à celui qui était diffusé dans le réseau, les changements de consignes du MSSS ne le facilitant pas.

Plusieurs répondants s'attendaient à plus de collaboration de la part des autres ministères. Services Québec fait figure d'exception à cet égard, le partage des informations, des ressources et des responsabilités ayant été quotidien. Au palier régional, des ententes de collaboration avec d'autres ministères étaient actives bien avant la pandémie. Les agences étaient soucieuses de les conserver et des répondants estiment que le top-down, élargi à tous les ministères, a pu nuire à ce partenariat déjà établi.

3.9.3 Les commissions scolaires et les services de garde

Certains CSSS avaient des liens étroits, des protocoles et des ententes avec les commissions scolaires et les CPE avant la pandémie, en particulier sur la prévention, l'immunisation et la santé physique. Il semblait donc légitime que les écoles et les CPE se tournent vers le CSSS pour avoir de l'information ou de l'assistance. « Nous avons des liens de collaboration. Les gens se connaissent. Notre partenariat est personnalisé. Nous ne pouvons dire à notre partenaire : je ne peux te répondre. Cela a créé de la confusion. »

Des CSSS ont ainsi organisé de bonne foi des rencontres d'information avec les écoles et les CPE, mais cela a dû cesser en raison des décisions prises dans des ministères. Les écoles et les CPE devaient donc se tourner vers leur ministère de tutelle respectif s'ils avaient besoin de soutien, ce qui ne semble pas avoir été le cas. Des répondants ont craint un affaiblissement des liens de confiance construits au fil des ans et, pour les préserver, ont adapté localement certaines consignes. D'autres CSSS expriment un point de vue différent et estiment qu'« on s'est fait davantage connaître », en particulier des commissions scolaires.

Comme dans les ministères, les consignes et les informations circulant dans le réseau scolaire pouvaient s'y montrer différentes de celles du réseau de la santé et des services sociaux. De l'avis des répondants, la plupart des commissions scolaires auraient apporté un soutien au réseau en offrant, par exemple, les services de leur transporteur scolaire et du personnel, mais plusieurs ont refusé de prêter ou de louer leurs locaux pour la vaccination de la population. Certains auraient été déçus de la décision de ne pas vacciner dans les écoles et le changement ultérieur de cette décision aurait été fort bien reçu. « On ne pouvait pas faire autrement. C'était naturel. Ça a été variable d'un CSSS à un autre, mais de façon générale, il fallait agir ainsi. »

3.9.4 Les municipalités

L'OSCCQ encourageait les municipalités à collaborer étroitement avec le réseau de la santé et des services sociaux, entre autres, par une lettre transmise au ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire à cet effet. Des coordonnateurs l'ont utilisée pour négocier des réservations d'espaces, malheureusement sans succès. Certaines municipalités, en particulier dans les grands centres urbains, auraient, en effet, refusé d'offrir leurs locaux ou de libérer des espaces physiques et plusieurs facteurs peuvent expliquer cela. Comme il ne s'agissait pas d'une situation d'urgence, rien ne les obligeait à prêter ou à louer à un tarif préférentiel des locaux souvent occupés par des activités de loisir. Certaines l'ont quand même fait, parfois à des prix très élevés. Plusieurs CSSS ont eu des fins de non-recevoir, les municipalités craignant des pertes financières, et ces refus n'avaient pas été envisagés avant la pandémie.

« On se disait toujours : quand on sera en pandémie, ça va être l'état d'urgence qui va être décrété. La Loi est assez claire là-dessus. Tu peux mobiliser qui que ce soit ou quoi que ce soit. Mais il n'y avait pas d'état d'urgence sanitaire. »

Malgré cela, les répondants font mention de divers services offerts par les municipalités dans certaines régions : affectation de policiers pour la gestion des files d'attente et la surveillance, adaptation des trajets de transport en commun pour faciliter l'accès aux CVM, organisation de transports particuliers dans des quartiers défavorisés, affectation de pompiers pour mettre en place des SNT en collaboration avec des communautés religieuses.

3.9.5 Les organismes communautaires

Le palier national a eu peu de relations au cours de la pandémie avec les organismes communautaires. Plusieurs répondants des paliers régional et local estiment cependant qu'il s'agit là d'un réseau de services qui aurait été utile. Selon certains, les organismes communautaires

étaient peu préparés et n'avaient pas de plan pour la pandémie, ni pour la gestion de leurs ressources humaines. Certains organismes communautaires ont toutefois été mis à contribution pour rejoindre et distribuer des coupons à leur clientèle, regroupant souvent les personnes les plus vulnérables de la société.

3.9.6 Les organisations syndicales et les ordres professionnels

De l'avis de répondants nationaux et locaux, la collaboration des instances syndicales a été bonne, de même que celle des fédérations médicales et des ordres professionnels. Des rencontres ont été organisées régulièrement et une rétroaction plus systématique qu'en temps habituel a permis d'alléger les tensions possibles dans les relations patronales-syndicales. Des ententes ont été négociées — tardivement — avec les associations médicales et d'autres professionnels de la santé. Des répondants ont cependant jugé inacceptable la position de l'OIIQ sur le renouvellement des licences d'infirmières retraitées qui s'offraient pour vacciner. Les établissements ont dû en assumer le coût, alors qu'on avait besoin de ces services dans un contexte d'urgence et de protection de la population.

3.9.7 Les autres partenaires

Plusieurs autres partenaires ont collaboré d'une façon ou d'une autre à l'opération. Citons à titre d'exemple une entreprise ayant assuré gratuitement le transport des personnes à mobilité réduite; une université ayant prêté ses locaux et la participation de bénévoles de la Croix-Rouge.

3.9.8 Les leçons

Les témoignages recueillis font état d'un affaiblissement possible de la communication et de la collaboration avec des partenaires aux paliers régional et local, entre autres, avec les commissions scolaires, les écoles et les CPE. Celui-ci serait relié à une approche verticale *top-down* généralisée, en principe, au sein de l'appareil d'État, mais dont l'application aurait été variable autant en termes de rythme que d'efficacité et de contenu. La coordination interministérielle des actions gouvernementales pose ainsi une difficulté supplémentaire à l'échelle de l'ensemble de l'opération. Plusieurs ont souligné aussi le faible soutien des partenaires, principalement pour les locaux, en l'absence d'une déclaration d'urgence et d'un décret gouvernemental. Lors d'un prochain événement, des ententes gouvernementales devraient pallier cette difficulté. Malgré cela, la pandémie a permis dans certains cas de consolider des liens avec des partenaires qui ont apporté leur soutien, qu'il s'agisse des services municipaux de police et de pompier, de commissions scolaires ou, bien sûr, de l'OSCCQ.

Conclusion

Au-delà du message personnel et des réalités locales, régionales ou nationales, les répondants ont fait part de constats et de difficultés qui rejoignent des aspects fondamentaux de l'expérience relative à la gestion de la pandémie d'autres provinces et de la littérature scientifique portant sur les modes de commandement en situation de crise. Outre les similitudes soulignées dans le texte, il serait utile d'ajouter que les propositions formulées par les répondants de cette étude recoupent, en grande partie, les recommandations récentes du Vérificateur général de la Nouvelle-Écosse, du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario et du Comité du Sénat canadien. Ces convergences donnent un poids supplémentaire à leurs propos.

Le système de commandement adopté temporairement au Québec pendant la pandémie, le *top-down*, figure parmi les éléments positifs qu'il faut retenir en cas de sinistres et ou de risque pour la santé publique de grande envergure. L'adhésion générale des répondants à ce système, sa fonctionnalité, malgré les difficultés relevées, et l'efficacité de la coordination à tous les paliers ont permis que des réponses rapides et organisées soient formulées et concrétisées. Selon la littérature, l'écueil d'un tel système décisionnel — hiérarchique et centralisé — repose sur la coupure entre les décideurs du palier supérieur et les intervenants à la base. Cela a aussi été le constat de plusieurs répondants de tous les paliers et appelle la planification d'un mécanisme spécifique pour prendre le pouls des opérations en cours.

Il faut redire que la fonctionnalité du *top-down* n'était pas assurée au départ et que la confiance entre les paliers décisionnels et envers le palier supérieur en demeure un ingrédient de base. L'application du modèle *top-down* repose sur des personnes dont l'occupation principale n'est pas, à l'exception de la sécurité civile, de gérer des crises et qui, bien que disposant d'un plan, ne sont pas exercées à cette fonction et n'ont pas de codes ou de guides pour faire face aux imprévus. La capacité d'adaptation démontrée par le réseau, les gestionnaires et les intervenants peut être qualifiée d'exceptionnelle, tout comme la mobilisation des acteurs de tous niveaux, mais des exercices de simulation pourraient rendre l'apprentissage de ce mode de gouvernance plus rapide lors d'un prochain événement.

La mise en place d'un tel système implique, en effet, un apprentissage de nouvelles modalités de fonctionnement, une grande cohésion surtout au palier supérieur ainsi que la capacité de fournir les décisions stratégiques, l'expertise et les outils aux autres paliers et aux intervenants dans un environnement changeant où la pression subie par les décideurs est grande. Humainement et logistiquement, il paraît impossible de produire toutes les recommandations nécessaires au moment où les services doivent être rendus à la population. Cette réalité milite pour une plus grande marge de manœuvre des paliers régional et local, marge de manœuvre dont les contours restent cependant difficiles à cerner.

De nombreux répondants soulignent que l'adaptation des décisions à des groupes ciblés devrait être du ressort des paliers régional et local. Cette proposition rejoint la conclusion d'une étude, à l'effet de fournir aux intervenants les moyens d'appliquer des variations à un schéma général d'intervention afin que ce dernier soit plus flexible et efficace. Pour d'autres répondants, les différences entre les régions fortement urbanisées et les autres régions impliqueraient une application à géométrie variable de certaines modalités organisationnelles, par exemple en ce qui concerne les CVM. Enfin, des CSSS revendiquent plus d'autonomie dans l'application de décisions stratégiques prises au palier supérieur. Toutes les opinions ne convergent pas, mais cette question doit être résolue de manière à ce que la marge de manœuvre de chaque palier soit connue et respectée lors d'un prochain événement.

Plusieurs constats montrent qu'il existe une tension entre divers impératifs au moment d'une crise et donnent à penser qu'il faut chercher à atteindre un équilibre plutôt que de proposer des

solutions simples. Ainsi, plusieurs espèrent que les décisions soient mieux ancrées avant de les rendre publiques, tandis que la lourdeur du processus décisionnel et de coordination est déplorée. Rassurer la population paraît sage et judicieux lorsque la panique s'installe, mais des relations publiques d'une forte intensité accroissent la pression et le risque de passer outre la structure de gouvernance établie pour signifier les consignes aux paliers régional et local et, même, au palier national. Réagir rapidement à l'évolution de la situation constitue sans aucun doute un devoir, mais trop de changements de consignes impliquent des efforts importants sur le terrain et peuvent miner la confiance au sein de la structure de gouvernance et de la population.

Le *Plan* est construit en fonction d'un taux de virulence élevé et, une fois actionné, il est très difficile de moduler l'opération. Doser les interventions en fonction de l'évolution du risque et de la gravité de la maladie ou de sinistres a une importance cruciale pour conserver la confiance de la population et des intervenants. Le Comité du Sénat a ainsi recommandé que le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé soit adapté à des pandémies bénignes, modérées ou graves et à l'arrivée de nouvelles informations³⁹. Cette adaptation pourrait inclure le degré de soutien attendu des autres ministères, municipalités et autres partenaires qui a été variable, notamment en ce qui concerne les espaces physiques.

Bien que la majorité souhaite vivement le fonctionnement d'une seule ligne d'autorité et de coordination, des réseaux parallèles se sont développées à différents moments et pour diverses raisons, occasionnant des cloisonnements, des doublages et des complications importantes. La gouvernance médicale en a été un particulièrement déploré et le fonctionnement en silo propre au MSSS est apparu clairement pendant la pandémie. L'intégration de nouveaux acteurs en cours d'opération, comme les médecins et les experts en technologies de l'information, pose toujours problème et implique des coûts de coordination. Susciter leur intérêt et les intégrer au cours de la préparation représente un défi auquel on devra s'attaquer.

La pandémie s'est avérée légère et à tous les paliers de gouvernance, le sentiment général est que l'« on est extrêmement chanceux ». Les ressources humaines ont pourtant été très fortement sollicitées, la vaccination massive étant une mesure préventive beaucoup plus complexe et ardue que les responsables et les intervenants ne l'avaient pensé.

Plusieurs répondants avouent une certaine inquiétude relativement à la gestion d'une crise plus grave. Certains ont observé que le système de santé et de services sociaux ne peut viser, en tout temps, à traiter la forte affluence qui serait requise en situation exceptionnelle, comme celle qui aurait été créée par les taux d'attaque et de létalité estimés dans le *Plan*. En ce sens, la planification de mesures temporaires, telles que les SNT hospitaliers, demeure essentielle. Dans le cas de la pandémie de grippe, la réserve en termes de capacité a semblé mince à certains et des points de rupture ont pu être observés, entre autres, aux unités de soins intensifs. Explorer davantage la nature et les lieux de ces points de rupture afin d'améliorer la capacité de réponse paraît une avenue sage à explorer.

L'expérience de la pandémie a été riche en enseignements et le premier d'entre eux, formulé par de nombreux répondants, est de ne pas les laisser tomber dans l'oubli afin qu'ils soient utiles dans la planification, la préparation et la mise en œuvre de la prochaine intervention, advenant un événement de même nature, ou de même envergure.

³⁹ Comité du Sénat canadien, Recommandation n° 2.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada (2006)
Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé. Gouvernement du Canada, Canada.
- Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux (AQESSS) (2010)
Bilan provisoire de la campagne de vaccination massive : sondage. Montréal.
- Barry, J. M. (2010)
The next Pandemic. World Policy Journal, Summer, p. 10-12.
- Belleau, F. (2008)
Le cadre de coordination de site de sinistre au Québec. Service de soutien à l'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ), Québec, 40 p.
- Comité d'éthique de santé publique (2006)
Volet santé publique du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé. Avis du Comité d'éthique de santé publique, Gouvernement du Québec.
- Commission Nicolet (1999)
La gestion de sinistre. Études sectorielles, Livre 1, L. P. D., Québec, Québec, 110 p.
- Direction de la protection de la santé publique (2011)
Bilan Ministériel de la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) 2009, 22 octobre au 18 décembre 2009. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 89 p. et annexes.
- Doucet, H., C. Durand, Y. Farmer, M. Dion-Labrie et M.-È. Bouthillier (2009)
La contribution des citoyens à l'élaboration des plans de lutte contre la pandémie d'influenza, Points saillants d'un atelier organisé à Montréal en avril 2008, Groupe de recherche en bioéthique (GREB), Présentation, Éthiquement vôtre, Direction de santé publique, Gouvernement du Québec.
- Etkin, D. et D. Hutton (2009)
Gestion des urgences : des principes à l'action, Bulletin de recherche sur les politiques de santé, Santé Canada, n° 15, p. 14-17.
- Farmer, Y. (2009)
Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza : plaidoyer pour une approche normative global. Revue canadienne de santé publique, n° 15, p. 14-17.
- Fraser, E., A. J. Dougill, W. E. Mabee, M. Reed et P. McAlpine (2006)
Bottom Up and Top Down: Analysis of Participatory Processes for Sustainability Indicator Identification as a Pathway to Community Empowerment and Sustainable Environmental Management. Journal of Environmental Management, 78(2), p. 114-127.
- Guerrier, M. et E. Hirsh (2010)
Pandémie grippale : établir désormais une transparence plus intelligible. Pandémie, éthique et Société, Québec.
- Gouvernement du Québec (2007)
Le modèle type Site non traditionnel de soins. Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 103 p.
- Gouvernement du Québec (2006)
Le Plan de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 127 p.
- Groupe de travail provincial sur la vaccination de masse en situation de pandémie d'influenza (2006)
Guide pour la réalisation d'une vaccination de masse à l'usage des directions de santé publique, Québec, 77 p. et annexes.
- Guérin, G., T. Wils et L. Lemire (2002)
Démobilisation chez les professionnels salariés : une mise à l'épreuve du modèle des attentes insatisfaites, Revue de Gestion des Ressources Humaines, n° 44, p. 64-79.
- Guerrier, M. et E. Hirsh (2010)
Pandémie grippale : établir désormais une transparence plus intelligible. Pandémie, Éthique et Société, Québec.

- Halpern, C. et H. Häussermann (2003)
Vers une sortie de la crise? Les attermolements de la métropole berlinoise au terme d'une décennie de querelles de clocher. Revue française d'administration publique, n° 107.
- Lagadec, P. (2010)
La drôle de grippe, Pandémie grippale 2009 : essai de cadrage et de suivi. Cahier n° 2010-03, Département d'économie, École Polytechnique, Université Paris-Sud XI, Paris.
- Louart, P. et C. Beaucourt (1992)
Logiques individuelles et politiques de mobilisation en entreprise, Revue de Gestion des Ressources Humaines, no. 5/6, p. 55-72.
- Maillard, R. (2010)
Entrevue exclusive avec le Dr Fernand Turcotte. Protégez-Vous, Dossier : le scandale de la grippe A.
- Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario (2010)
Pandémie de grippe H1N1 – Répercussions pour l'Ontario. Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. Division de la santé publique, Toronto, Ontario, 21 p.
- Moynihan, D. (2009)
The Network Governance of Crisis Response: Case Studies of Incident Command Systems. Journal of Public Administration Research and Theory, 19(4), p. 895-915.
- Moynihan, D. (2008)
Learning Under Uncertainty: Networks in Crisis Management. Public Administration Review, 68(2), p. 350-365.
- Patton, M. J. (1997)
Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text. Third Edition, Thousand Oaks, Sage publications, 432 p.
- Reed, M., E. Fraser et A. Dougill (2006)
An Adaptive Learning Process for Developing and Applying Sustainability Indicators with Local Communities. Ecological Economics, 59(4), p. 406-418.
- Rheault, S., A. Gauthier, J. Thibault et C. Lancôt (2010)
Bilan d'activités en réponse à la pandémie de grippe A(H1N1) 2009 – Bilan sommaire et préliminaire. Document interne. Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 58 p.
- Robert, A.-M. (2006)
L'impact de la mondialisation sur la santé au Québec Rapport 2 – L'État face aux maux publics globaux : gérer le risque pandémique – Le cas de l'influenza. Rapport évolutif, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, École nationale d'administration publique (ENAP), Québec, 17 p.
- Ross-Baker, G., J.L Denis, M.P Pomey et A. MacIntosh-Murray (2010)
Designing Effective Governance for Quality and safety in Canada. healthcare quarterly, 13(1), p. 38-46.
- Statistique Canada (2010)
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : vaccination contre la grippe H1N1. Le quotidien/The Daily, Gouvernement du Canada, Canada.
- Tremblay, M. (2010)
L'apprentissage de la gestion des pandémies. Rapport évolutif, Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec, Rapport 7, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, École nationale d'administration publique (ENAP), Québec, 20 p.
- Vidal, R., C. Arnaud et B. Tiberghien (2010)
Fiabilité organisationnelle et maîtrise de la tension entre contrôle et écoute dans la gestion des incendies de forêt : approche comparée France/États-Unis. Télescope 16(2), p. 59-74.
- Wils, T. et al. (1998)
Qu'est-ce que la mobilisation des employés? Le point de vue des professionnels en ressources humaines. Gestion, Revue Internationale de Gestion, 23(2), p. 30-39.

Annexe : Les propositions des personnes rencontrées

Les propositions des acteurs

Les propositions regroupées dans cette annexe ont été suggérées par les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude et reformulées par les auteurs du rapport.

La préparation à la pandémie

En ce qui concerne la vaccination, on a proposé :

1. Que la pertinence et l'efficacité d'un modèle de services de proximité plutôt que des CVM soient examinées pour les régions moins densément peuplées et pour des clientèles particulières telles que les communautés culturelles.
2. Que les groupes prioritaires soient mieux définis et que la possibilité d'inclure les parents et les enfants dans un même groupe prioritaire soit examinée afin d'éviter des déplacements.

En ce qui concerne le personnel, on a proposé :

3. Que le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux s'assurent, à l'aide d'exercices de simulation, que le personnel du réseau impliqué dans une situation d'urgence s'approprie rapidement les enjeux et les outils mis à sa disposition et connaisse très bien son rôle et ses responsabilités.

En ce qui concerne la sécurité civile au MSSS, on a proposé :

4. Que le MSSS transmette par la mise en place d'un comité permanent la culture de la sécurité civile dans tout le réseau de la santé et des services sociaux et potentialise la structure de la sécurité civile dans ses plans d'urgence.

En ce qui concerne les plans d'urgence, on a proposé :

5. Que les plans d'urgence du MSSS, des agences et des établissements soient révisés afin d'élaborer des plans tous risques qui tiennent compte de différents niveaux de gravité d'une situation d'urgence et soient remis à jour constamment.
6. Que les plans d'urgence prévoient la gestion des files d'attente.
7. Que le MSSS examine la possibilité que la population puisse prendre des rendez-vous par l'intermédiaire des sites sécurisés.
8. Que les associations et fédérations médicales ainsi que les ordres professionnels soient davantage impliqués et, rapidement, dans la planification de toute opération d'urgence, en s'assurant que leurs rôles et responsabilités soient définis et compris au départ.
9. Que les technologies de l'information soient sollicitées dès le début de la préparation.
10. Que le MSSS tienne compte davantage des organismes communautaires autant sur le plan de la planification que sur celui de leur implication lors de situation d'urgence, étant donné qu'ils connaissent très bien la réalité et les besoins de certaines clientèles plus à risque.
11. Que des milieux propices à la vaccination et aux SNT de soins soient identifiés au préalable dans les plans d'urgence du MSSS, des agences ou, du moins, dans les plans d'urgence des établissements.

L'expérience de la gouvernance

La structure décisionnelle

En ce qui concerne l'approche *top-down*, on a proposé :

12. Que le modèle *top-down* a sa raison d'être et doit demeurer en situation de crise afin d'éviter des discussions inutiles et d'obliger les ressources à se mobiliser rapidement.

En ce qui concerne les niveaux stratégique et opérationnel, on a proposé :

13. Que le MSSS mette en place un lieu d'échanges entre des intervenants ou un autre mécanisme additionnel, afin de s'assurer d'une meilleure opérationnalisation des décisions.
14. Que la cellule de gestion stratégique au niveau national s'adjoigne une ou plusieurs ressources qui ont une bonne connaissance du terrain.
15. Que la marge de manœuvre des paliers régional et local soit connue dès le début de l'opération.

La coordination

En ce qui concerne la transmission de l'information dans le réseau, on a proposé :

16. Que le système de distribution des documents soit disponible au palier local et qu'il soit amélioré pour que les informations soient mieux contrôlées, simplifiées et filtrées.
17. Que soit mis en place un journal de bord partageable offrant la possibilité aux différents paliers d'y ajouter l'information pertinente.

Les réseaux parallèles et la gouverne médicale

En ce qui concerne les réseaux parallèles et la gouverne médicale, on a proposé :

18. Que les autorités du MSSS sensibilisent les directions générales du MSSS quant au respect de la ligne de commandement du modèle *top-down* afin d'éviter des lignes de communication parallèles pouvant nuire au déroulement de toute opération en cas d'urgence.
19. Que la gouverne médicale, comprenant notamment la mise en place de triumvirats, soit maintenue en temps de crise.
20. Que des médecins spécialistes fassent partie des triumvirats lors d'une prochaine opération d'urgence.

En ce qui concerne les SNT, on a proposé :

21. Que le concept de clinique de grippe remplace dorénavant celui de SNT ambulatoire, peu importe la virulence d'une éventuelle pandémie, mais que celui de SNT de soins pour les patients hospitalisés soit maintenu.

En ce qui concerne les tests en laboratoires, on a proposé :

22. Que les tests en laboratoire pour des fins diagnostiques soient plus facilement accessibles en mettant à contribution les grands centres urbains et leurs installations.

La latitude régionale et locale

En ce qui concerne la latitude régionale et locale, on a proposé :

23. Que le MSSS examine les responsabilités des paliers régional et local, étant entendu qu'une certaine latitude est nécessaire pour adapter les décisions nationales.

Les ressources

Les ressources humaines

En ce qui concerne le délestage d'activités, on a proposé :

24. Que le plan de délestage prévoit libérer plus de personnel et cesser certaines activités en cas d'urgence.

En ce qui concerne les RHA, on a proposé :

25. Que les frais de cotisation à l'OIIQ pour l'obtention d'une licence, dans un contexte d'urgence ou de protection de la population, soient abolis pour les infirmières retraitées qui offrent leurs services sur une base bénévole.

En ce qui concerne l'expertise, on a proposé :

26. Que le MSSS devrait impliquer davantage les associations médicales et les experts disponibles dans le réseau de la santé et des services sociaux, notamment, les infectiologues et les microbiologistes, dans la préparation et en cas d'urgence.

En ce qui concerne les services sociaux, on a proposé :

27. Que les rôles et les responsabilités pour prendre en charge les clientèles à risque soient davantage clarifiés.

Les ressources matérielles

En ce qui concerne les réserves, on a proposé :

28. Que le MSSS s'assure d'avoir un budget disponible aux fins de l'approvisionnement afin de s'assurer de conserver une police d'assurance raisonnable en cas de situation d'urgence.
29. Que le MSSS se dote d'une réserve multirisque permanente en sécurité civile.

Les ressources financières

En ce qui concerne la répartition du budget, on a proposé :

30. Que la répartition du financement entre les paliers national, régional et local soit connue le plus rapidement possible pour faciliter les ententes avec les partenaires.

Les ressources informationnelles

En ce qui concerne le tableau de bord, on a proposé :

31. Que tous les CH aient leur propre tableau de bord dans une situation d'urgence.

En ce qui concerne les technologies de l'information, on a proposé :

32. Que le MSSS mette en place lors de situation d'urgence une unité permanente des technologies de l'information desservant l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

L'information à la population et aux professionnels

En ce qui concerne l'information à la population, on a proposé :

33. Que les stratégies de communication soient mieux adaptées aux réalités régionales et locales.
34. Que des sondages omnibus soient réalisés sur une base régulière afin de cibler davantage les préoccupations des intervenants, ainsi que de la population, en cas d'urgence.
35. Que des campagnes d'information et de sensibilisation s'adressant à des clientèles particulières, notamment, les jeunes, soient organisées afin de s'assurer de rejoindre toute la population en cas d'urgence.

En ce qui concerne la communication à l'interne, on a proposé :

36. Que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, y compris les médecins, soit davantage sensibilisé à l'approche *top-down*, ainsi qu'à la structure de sécurité civile dans un contexte d'urgence.

Les liens avec les partenaires

En ce qui concerne le partenariat, on a proposé :

37. Que le MSSS mette en place des mécanismes ou des ententes de collaboration avec d'autres ministères en cas de situation non urgente ne requérant pas le dépôt d'un décret selon la Loi sur la sécurité publique.
38. Que le MSSS s'assure que des ententes soient conclues avec les partenaires, notamment les commissions scolaires et les municipalités, pour la location et le prêt des espaces physiques en cas de situation non urgente ne requérant pas le dépôt d'un décret selon la Loi sur la sécurité publique.