

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

Le devoir de faire autrement

Résumé exécutif

Janvier 2022

Mise en contexte :

En aout 2020, le gouvernement a confié au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) le mandat d'évaluer la performance du système de santé et des services sociaux dans le contexte de la gestion de la première vague de pandémie de la COVID-19 soit du 25 février au 11 juillet 2020. Ce mandat touche particulièrement l'offre de soins et de services aux aînés et la santé publique. Il n'évalue pas les mesures prises pour maîtriser les vagues subséquentes.

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

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

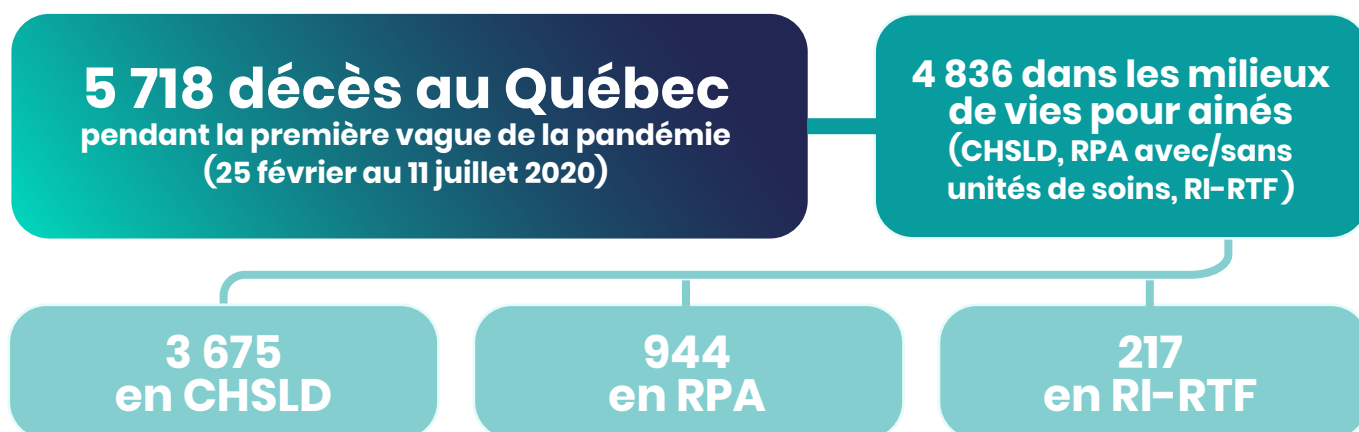
Ce rapport en deux parties donne suite à un rapport préliminaire du CSBE publié en septembre 2021, *Mandat sur la performance des soins et services aux aînés – COVID-19*, qui jetait un premier regard sur la gouvernance des soins et services aux aînés vivant en milieu d'hébergement.

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

Les constats et recommandations formulés par le CSBE dans ces publications ne cherchent pas à attribuer la responsabilité des conséquences de la crise à une organisation ou un responsable en particulier. La responsabilité à la crise que nous avons vécue est collective.

En terminant, nous tenons à exprimer notre reconnaissance pour le dévouement et le courage des travailleuses et travailleurs de la santé, qui ont mis les bouchées doubles tout au long de la pandémie et continuent de le faire encore aujourd'hui.

QUE S'EST-IL PASSÉ ?



64 % des décès de la première vague ont eu lieu en CHSLD, alors que ces milieux d'hébergement¹ représentent moins de 0,5 % de la population.

Excès de mortalité :

Ensemble du Québec

15 %

CHSLD

34 %

Taux de létalité des personnes infectées :

CHSLD : 40 %

RPA : 25 %

RI-RTF : 23 %

Population générale : 2 %

L'excès de mortalité au Québec est le plus élevé par rapport à toutes les autres provinces pendant la première vague.

Les facteurs de risques contribuant à un premier décès en CHSLD ou en RPA selon les données québécoises :

- La densité de la population
- Le degré de transmission communautaire
- Le nombre total de lits dans une installation donnée
- Le statut privé non conventionné

Les facteurs menant à un risque d'infection accru et un taux de mortalité plus élevé selon des études internationales :

- La transmission communautaire
- Le niveau de dotation du personnel réduit
- Le roulement élevé parmi le personnel
- L'assignation du personnel à plusieurs sites

1. **Milieu de vie :** l'ensemble des CHSLD, des résidences pour personnes âgées (RPA), avec ou sans unités de soins, et des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF).

Milieu d'hébergement : l'ensemble des CHSLD, des RPA avec unités de soins et des RI-RTF.

- Le ratio infirmières/résidents sous le seuil recommandé
- Le sous financement, le manque d'encadrement et le manque de surveillance pour l'hébergement de longue durée privé non conventionné

Les travailleurs de la santé œuvrant en milieu de vie pour aînés ont été infectés de façon plus précoce et plus importante, accentuant la vulnérabilité à ces endroits.

- **14 090 travailleurs de la santé infectés pendant la première vague**
- **47 % travaillaient en CHSLD**

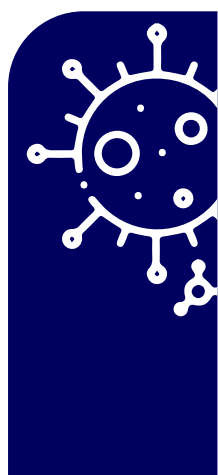
POURQUOI EST-CE ARRIVÉ ?

Malgré

- Une collaboration exemplaire de la population aux directives de santé publique ;
- Un dévouement exceptionnel de la grande majorité des intervenants auprès des personnes âgées et de la part des équipes de santé publique.

Il n'a pas été possible de maîtriser la situation et de protéger efficacement les populations vulnérables. **La pandémie a révélé et amplifié quatre catégories de vulnérabilités de l'écosystème des soins et services aux aînés.**

1. La gestion du système de santé en contexte de crise, indiquant que le Québec était mal préparé pour faire face à une pandémie.
2. État du système de soins et de services aux aînés au moment d'entrer en pandémie (manque de main-d'œuvre, insuffisance d'encadrement du personnel, déficit d'expertise en matière de prévention et de contrôle des infections).
3. La gouvernance défaillante des soins et des services destinés aux personnes âgées.
4. La gouvernance générale du système de santé et de services sociaux.



1. Gestion du système de santé face à une crise de santé publique

- a. Absence d'un plan de pandémie à jour, mis à l'essai et adapté à tous les types de milieux.
- b. Manque d'agilité des organismes ne disposant pas de processus décisionnel en contexte d'urgence.
- c. Rôles et responsabilités des acteurs de santé publique méconnus et imprécis, pouvant même susciter la méfiance.
- d. Sous-représentation de la réalité des milieux de vie et des besoins des aînés découlant de l'absence d'experts dans les comités décisionnels.
- e. Attitude paternaliste à l'égard des aînés.



- f. Perception d'un manque d'indépendance du directeur national de santé publique.
- g. Manque de transparence dans l'élaboration des directives et absence d'un processus de reddition de comptes en état d'urgence sanitaire prolongé.
- h. Absence d'outils informatisés intégrés et absence d'accès à des données de qualité.
- i. Manque de ressources humaines, financières et informationnelles pour la santé publique.
- j. Fragilité au niveau des capacités en prévention et contrôle des infections.
- k. Planification déficiente des réserves d'Équipements de protection individuels (ÉPI).
- l. Recours limité au « principe de précaution ».

2. Organisation des services aux aînés au moment d'entrer dans la pandémie

- a. Plusieurs lacunes au moment d'entrer en pandémie : ressources financières, main-d'œuvre, encadrement du personnel, déficit d'expertise en prévention et contrôle des infections, carences dans l'organisation des soins médicaux en milieu de vie, déficience des systèmes de suivi et d'assurance qualité, déficience au niveau informationnel, etc.
- b. Organisation des ressources humaines fondée sur la mobilité plutôt que sur la stabilité des équipes et le rattachement à une institution, créant une instabilité et une fragilité structurelle.
- c. Manque d'infirmières en milieu d'hébergement entraînant des conséquences sur la qualité des soins et services, sur la motivation des équipes, sur le rendement du personnel et sur sa rétention.
- d. Milieux de vie ne bénéficiant pas de conditions sécuritaires.

3. Gouvernance des soins et services destinés aux personnes âgées

- a. Les services aux aînés ne sont pas reconnus comme prioritaires dans la gouvernance du système de soins et de services sociaux.
- b. Leadership insuffisant pour apporter une « lentille-aînés » dans la prise de décision gouvernementale.
- c. Intégration incomplète des services avec les autres composantes du système de soins, notamment pour les services médicaux et surtout en milieu urbain.
- d. Contrôle de qualité + systèmes d'imputabilité = pas assez d'impact sur les décisions.
- e. Allocation des ressources qui ne repose pas sur des données fiables et qui ne tient pas en compte les besoins de services des résidents.
- f. Un recours au privé de plus en plus important pour des places d'hébergement, mais avec un encadrement insuffisant.



4. Gouvernance générale du système de santé et de services sociaux

- a. Centralisation et orientation sur les volumes de production, l'accès et le contrôle des coûts. Pas assez d'égard pour les résultats à atteindre sur le plan de la qualité des soins et la santé des personnes.
- b. Budgétisation sur des bases historiques et manque de marge de manœuvre pour les établissements.
- c. Pratiques professionnelles délimitées et restreintes par la réglementation.
- d. Incitations économiques non alignées sur l'amélioration de la valeur en santé.
- e. Priorité accordée au contrôle des coûts.
- f. Peu de données disponibles pour la planification, la prise de décision, l'ajustement des stratégies et l'évaluation des résultats.

La cause fondamentale de notre échec collectif pendant la première vague

Depuis longtemps, le ministère ne valorise pas son rôle, pourtant essentiel, de gouvernance :

- Attention portée sur les opérations du système (activités, ressources, volumes de soins/services, accès) **et non sur les résultats obtenus.**
- Le ministère ne mobilise pas tous ses leviers de gouvernance pour améliorer la performance du système.
- **Cela freine le développement d'une offre de soins et services qui optimise les ressources de santé pour améliorer la santé de la population.**

La plupart de ces enjeux étaient déjà connus. Des recommandations ont déjà été faites. Les décisions n'ont pas suivi. Un changement d'orientation axé sur les résultats et sur la valeur des soins et services est nécessaire.

LE DEVOIR DE FAIRE AUTREMENT

Recommandations pour que cela ne se reproduise plus

À court terme, pour répondre aux enjeux soulevés par la gestion de la première vague

1. Développer et adopter une stratégie nationale intégrée de préparation aux risques sanitaires

- a. Mécanisme de vigie pour analyser les risques en continu.
- b. Plan de gestion de crise sanitaire élaboré en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.

- c. Mise à l'essai annuelle du plan de gestion de crise sanitaire.
- d. Élaboration de directives applicables au secteur des approvisionnements.
- e. Adoption de principes directeurs encadrant la prise de décision et comprenant le recours au principe de précaution.
- f. Réaliser une évaluation indépendante périodique des résultats de la stratégie nationale de préparation aux risque sanitaires.

2. Développer une culture de transparence en matière de politiques et de décisions relatives à la santé des populations

- a. Transparence affirmée des avis et recommandations de la direction de la santé publique (tant au niveau national que régional).
- b. Donner un pouvoir explicite au directeur national de santé publique d'informer le public de façon indépendante.

3. Adopter un système d'évaluation des résultats en fonction d'une norme internationale reconnue pour soutenir la prise de décision (clinique, organisationnelle, gouvernance)

- a. Déploiement de ce système d'évaluation dans tout le réseau de soutien à l'autonomie des personnes âgées, en commençant par les milieux d'hébergement.
- b. Déploiement par les CISSS/CIUSSS du système d'évaluation dans toutes les installations et ressources d'hébergement de leur territoire.
- c. Implantation du système d'évaluation dans tous les milieux d'hébergement et planification d'une évaluation périodique de tous les résidents.

4. Planifier et réguler l'offre de services d'hébergement selon les résultats attendus et selon un mode de financement équitable

- a. Précision par le gouvernement des exigences/règles explicites de collaboration entre le système public et le secteur privé.

5. Appel à des solutions concertées

- a. Pour rehausser la prestation des soins de santé et services sociaux dans les milieux de vie et renforcer leur coordination avec les services d'hébergement en milieu de vie.

À long terme, pour optimiser l'utilisation des ressources, la création de valeur et la viabilité du système public de santé et de services sociaux

6. Renforcer le rôle stratégique de la santé publique

- a. Chantier de réflexion pour placer la santé publique au cœur des priorités stratégiques du MSSS et définir l'évolution souhaitable de la mission de santé publique.

- b. Rehausser les capacités du système de santé publique (ressources humaines, informationnelles et financières) à la hauteur des besoins et résultats visés, et minimalement à un niveau comparable à ce qui est observé ailleurs au Canada et au niveau international.
- c. Plan d'amélioration de la prévention et du contrôle des infections.

7. Plan national pour un système de santé axé sur la valeur

- a. Plan national dans la visée de doter le Québec d'un système de santé axé sur la valeur.
- b. Plan d'implantation d'un réseau de santé et services sociaux axé sur la valeur.
- c. Approbation du plan de transformation.
- d. Reddition de comptes annuelle à l'Assemblée nationale sur l'évolution de la mise en œuvre du plan et sur les résultats obtenus.

Ce qui doit nous guider dans les changements profonds et réels à faire pour rendre notre système de santé viable

