

RAPPORT DE LA DIRECTRICE 2022

Direction régionale de
santé publique de Montréal



Regard sur la pandémie de COVID-19 à Montréal :

Pour une réponse efficace et
équitable face aux futures
urgences sanitaires



Regard sur la pandémie de COVID-19 à Montréal : Pour une réponse efficace et équitable face aux futures urgences sanitaires est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1560, rue Sherbrooke Est,
Hôpital Notre-Dame, pavillon J.-A.-DeSève
Montréal (Québec) H2L 4M1

Sous la direction de

Mylène Drouin, directrice de santé publique

Coordination de la démarche

Simon Tessier, Francis Dionne

Rédaction

Simon Tessier, Francis Dionne, Marie-Ève Breton, Sarah-Amélie Mercure

Comité d'orientation et contribution au contenu

Frédérique Brouillard, Catherine Dea, Geneviève Cadieux, David Kaiser,
Alexandra Kossowski, Sylvie Lavoie, Maxime Roy

Collaboration

Ak'ingabe Guyon

Coordination de la production

Randala Mouawad, Marie-Ève Gingras

Graphiques et données

Équipe vigie – secteur PCMI, Équipe surveillance – secteur SID, Équipe surveillance - secteur SEDSAT,
Équipe Radar COVID, Cellule scientifique PCMI

Édition et graphisme

Linda Daneau

Révision

Marie-Ève Breton, Sylvie Lavoie, Christine Guigue, Nabila Igoudjil

Photos

Jacques Nadeau, Valérian Mazataud, Jean-François Lemire

La production de ce rapport a été possible grâce à la collaboration des équipes de différents secteurs de la DRSP. De nombreuses productions non citées dans ce rapport ont également servies à orienter et bonifier le contenu.

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible en ligne à la section documentation du site Web :

<https://santemontreal.qc.ca/population/>

© Gouvernement du Québec, 2022

ISBN : 978-2-550-93354-0 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Bibliothèque et Archives Canada, 2022

Liste des acronymes

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCMU	Centre de coordination des mesures d'urgence
CCOMTL	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CCSMTL	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CRMUSCSU	Coordination régionale des mesures d'urgence, de la sécurité civile et de la liaison avec les salles d'urgence
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DGSP	Direction générale de santé publique
DNSP	Directeur national de santé publique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSP	Directeur régional de santé publique
ÉNF	Établissements non fusionnés
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISS	Inégalités sociales de santé
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec
MFA	Ministère de la Famille
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MTQ	Ministère des Transports du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCI	Prévention et contrôle des infections
PNSC	Plan national de sécurité civile du Québec
RI	Ressource intermédiaire d'hébergement
RLS	Réseau local de services / Réseaux locaux de services
RPA	Résidence privée pour aînés
RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
TDAR	Test de détection d'antigènes rapide
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales

Liste des figures et tableaux

Figure 1	Les 6 volets de la réponse à la pandémie mission <i>Santé</i> du Plan national de sécurité civile
Figure 2	Centre de commandement du réseau de santé Montréalais
Figure 3	Plan de réponse à la pandémie de COVID-19 - Volet Santé publique - Région de Montréal
Figure 4	La pandémie à travers ses vagues : une vue d'ensemble
Figure 5	Surmortalité hebdomadaire selon le regroupement de régions, Québec, 2020-2022
Figure 6	Proportion d'établissements avec éclosion selon le SAE Fabrication d'aliments et boissons en comparaison avec l'ensemble des industries entre la 1 ^{ère} et la 3 ^e vague de pandémie à Montréal
Figure 7	Proportion des travailleurs selon le statut d'immigration dans le SAE Fabrication d'aliments et boissons en comparaison avec l'ensemble des industries entre la 1 ^{ère} et la 3 ^e vague de pandémie à Montréal
Figure 8	Nombre de décès et taux de mortalité de la COVID-19 parmi les personnes résidant dans les milieux ouverts ou inconnus, vague 1
Figure 9	Courbe épidémique des cas de COVID-19 diagnostiqués dans le milieu de l'itinérance, Montréal, 1 ^{er} décembre 2020 au 27 février 2021
Figure 10	Nombre cumulé de doses de vaccins contre la COVID-19 administrées à Montréal selon la date de vaccination, du 14 décembre 2020 au 30 octobre 2022
Figure 11	Taux de cas par 100 000 personnes (incluant milieux fermés) selon la proportion de minorités visibles des voisinages, RSS de Montréal, 25 février 2020 au 31 décembre 2021
Figure 12	Nombre cumulé de décès de la COVID-19 (excluant les milieux fermés) selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal, 23 février au 25 mai 2022
Figure 13	Évolution de la couverture vaccinale au moins une dose parmi les élèves d'écoles publiques, selon l'indice de défavorisation du CGTSIM, RSS de Montréal, 13 décembre 2021 au 9 mai 2022
Figure 14	Évolution de symptômes auto-rapportés compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée (TAG) ou un trouble dépressif probable (TD) chez les adultes, Montréal, septembre 2020-juin 2021
Figure 15	Comparaison selon le groupe d'âge, du taux cumulé par 100 000 personnes, des nouvelles hospitalisations, des nouvelles admissions aux soins intensifs et des décès liés à la COVID-19 entre le 25 février et le 7 mai 2022
Tableau 1	Description des 6 vagues de la pandémie de COVID-19 : nombre de cas, d'hospitalisations, d'admissions aux soins intensifs et de décès
Tableau 2	Comparaison des 6 vagues : cas, hospitalisations, admissions aux soins intensifs et décès

Table des matières

Liste des acronymes	3
Liste des figures et tableaux	4
Mot de la directrice.....	6
Introduction	8
1 Une santé publique imputable face aux urgences sanitaires; une responsabilité partagée entre les différents acteurs du réseau	11
1.1 Les instances mobilisées en situation d'urgence.....	11
1.2 Des rôles et responsabilités de santé publique partagés entre les instances en situation d'urgence sanitaire.....	14
1.3 Une réponse ajustée à une situation d'une grande complexité.....	15
2 Gestion de la pandémie de COVID-19 à Montréal – interventions déployées par la Direction régionale de santé publique	17
2.1 Une santé publique guidée par ses valeurs et principes d'intervention	17
2.2 Le Plan de réponse à la pandémie COVID-19 – Volet Santé publique et ses mises à jour en continu 2020-2022	19
2.3 Contexte d'intervention montréalais	21
3 La pandémie en rétrospective	23
3.1 L'émergence de la crise – la venue de la pandémie.....	24
3.2 La pandémie à travers ses vagues – une vue d'ensemble	25
3.2.1 Première vague : février à juillet 2020.....	30
3.2.2 Deuxième vague : août 2020 à mars 2021.....	32
3.2.3 Troisième vague : mars à juillet 2021	34
3.2.4 Quatrième vague : juillet à novembre 2021.....	36
3.2.5 Cinquième vague : décembre 2021 à mars 2022	37
3.2.6 Sixième vague : mars à mai 2022	38
3.3 Une pandémie asymétrique - aperçu des inégalités sociales de santé et des impacts collatéraux	38
4 Constats et recommandations : les leçons de la pandémie	47
Conclusion	59
Annexe 1	60
Annexe 2	66
Références.....	78



Mot de la directrice

D'une ampleur sans précédent dans l'histoire moderne, la pandémie de COVID-19 a bouleversé l'ensemble de nos sociétés. Face à l'incertitude portée par la menace appréhendée, la crise a rapidement pris des proportions nécessitant la mise en place de mesures exceptionnelles afin de freiner la propagation du virus dont la virulence et les conséquences étaient jusque-là inconnues. Comme ailleurs, la société québécoise a suspendu abruptement ses activités au printemps 2020. Parallèlement à la mobilisation de tous les acteurs de la société pour contribuer à l'effort collectif, l'engagement de la population a été remarquable. Devant l'intensité des événements qui se sont enchaînés, fluctuant au gré des vagues, la société a démontré sa force, sa résilience et sa grande solidarité.

Dès les premiers instants, j'ai été mobilisée aux premières lignes de la réponse à la pandémie à titre de directrice régionale de santé publique de Montréal. En collaboration avec nos collègues et partenaires de tous les réseaux, notre équipe a déployé des efforts colossaux pour assurer une réponse coordonnée avec le souci constant de protéger la population, particulièrement les personnes les plus vulnérables. Elle a aussi affirmé sa volonté d'atténuer les impacts collatéraux et les conséquences en ce qui a trait aux inégalités sociales de santé sur la population montréalaise.

Alors que la société amorce progressivement son rétablissement dans une relative accalmie pandémique, le moment est propice pour poser un regard mesuré sur les événements. Ce rapport permet d'exposer le travail remarquable de nos équipes de santé publique, du réseau montréalais de santé et services sociaux ainsi que de tous les collaborateurs des divers secteurs qui ont assumé des responsabilités cruciales tout au long de cette crise. Je les remercie profondément pour leur engagement hors du commun.

Ce rapport vise en outre à contribuer à un exercice de mémoire collective qui s'impose. Avec transparence, il expose des jalons, écueils et réussites d'une période particulièrement exigeante pour l'action de santé publique à Montréal. La démarche ayant mené à ce rapport a d'ailleurs eu lieu dans un contexte de grande turbulence pour la DRSP de Montréal, marquée par la fatigue des équipes et l'intégration accélérée de nouveau personnel.

En continuité avec les démarches initiées par différentes instances étatiques, ce rapport vise aussi à contribuer à la réflexion collective sur la gestion de la pandémie. Au mieux de nos capacités, nous avons tenté de synthétiser la complexité des événements et de proposer des pistes d'action constructives et nuancées. Malgré les constats parfois difficiles, la présente démarche réfère à une devise usuelle en gestion des urgences : "planifier pour le pire, espérer pour le mieux". Ayant pour responsabilité de mener des interventions de santé publique auprès d'une population de plus de deux millions de personnes, la Direction régionale de santé publique de Montréal doit impérativement tirer des leçons lucides et profitables de l'expérience traversée afin de se doter d'une perspective d'avenir et d'alimenter les discussions sur l'anticipation de futures urgences sanitaires.

Plus que jamais, une grande métropole comme Montréal doit disposer d'une santé publique forte, bien maillée avec les différents acteurs locaux, régionaux et nationaux pour assurer une réponse agile, équitable et concertée face aux défis sanitaires contemporains.

J'ai l'honneur de poursuivre mon engagement en ce sens et de contribuer à cette responsabilité collective.

La directrice régionale de santé publique



Mylène Drouin, M.D.



Introduction

À l'instar de la population mondiale, la population montréalaise est confrontée depuis plus de deux ans à une crise sanitaire sans précédent dans l'histoire contemporaine. Le 13 mars 2020, soit deux jours après l'annonce d'une pandémie mondiale de COVID-19 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹, le gouvernement du Québec déclare l'état d'urgence sanitaire pour la première fois de son histoire². Il met alors en place des mesures exceptionnelles pour juguler une situation tout aussi exceptionnelle³, auxquelles se juxtapose une série de mesures édictées par le gouvernement fédéral. Les autorités politiques et sanitaires se retrouvent aux premières loges pour répondre à une situation imprévisible tant par son intensité, que par sa gravité et son ampleur, afin d'en atténuer les effets délétères. Les mesures sanitaires, qui ont fluctué au gré des vagues successives de la pandémie, se verront ajustées en fonction de l'appréciation de la situation épidémiologique, des dynamiques de transmission et de contrôle, de l'arrivée de vaccins et de l'évolution des connaissances relatives au virus et à ses effets collatéraux.



Bien que l'ensemble du Québec ait été lourdement affecté par la pandémie, la population montréalaise a été heurtée de plein fouet, tout particulièrement lors de la première vague. Montréal est alors qualifiée d'épicentre au Canada, tant en nombre de cas que de personnes décédées⁴.

Bien que l'ensemble du Québec ait été lourdement affecté par la pandémie, la population montréalaise a été heurtée de plein fouet, tout particulièrement lors de la première vague. Montréal est alors qualifiée d'épicentre au Canada, tant en nombre de cas que de personnes décédées⁴. Bien au-delà de cette première vague, des mesures de confinement et de contrôle de la transmission y ont été imposées de façon plus intensive et plus longue que dans les autres régions du Québec. Cette situation singulière s'explique par différentes caractéristiques propres à Montréal et sa région, dont l'importance des flux transfrontaliers, la densité, la diversité et la mobilité de la population, la présence de groupes vulnérables et la concentration des milieux de soins qui ont influencé l'introduction et la capacité de contrôle de la transmission du virus.

La pandémie a également touché de façon très hétérogène différents groupes de population et différents territoires, exacerbant des inégalités sociales et économiques déjà bien présentes dans la métropole⁵. Parallèlement, la crise a mis en lumière la vulnérabilité, mais également la résilience de différents milieux, notamment les milieux de soins, d'hébergement pour personnes âgées, de travail, carcéral, de l'itinérance ainsi que le milieu communautaire.

C'est dans ce contexte que la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP) a joué un rôle prépondérant dans la gestion de la pandémie. Assumant ses mandats légaux en collaboration avec les instances nationales, régionales et locales du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et de nombreux autres partenaires montréalais, elle a soutenu une réponse cohérente et des mesures adaptées aux enjeux spécifiques à la situation montréalaise. En vue de réduire la mortalité et la morbidité engendrées par la COVID-19, de limiter la transmission du virus et de prévenir les impacts collatéraux de la pandémie, la DRSP a continuellement ajusté ses interventions. Afin de conserver et de renforcer la confiance et l'engagement de la population quant à sa gestion de la crise, elle a favorisé la transparence dans ses communications.

Alors que la pandémie de COVID-19 est toujours active et qu'une augmentation de l'occurrence des crises sanitaires et climatiques est à prévoir⁶, la directrice régionale de santé publique de Montréal (DRSP) dresse son propre bilan en vue d'exposer les principaux constats et défis rencontrés et d'en dégager des recommandations pour une réponse plus efficace et adaptée aux futures crises. Plus que jamais, la gestion de la pandémie a démontré qu'une grande métropole comme Montréal doit disposer d'une santé publique forte et bien maillée avec les différents acteurs locaux, régionaux et nationaux pour assurer une réponse agile et coordonnée face aux urgences sanitaires.

La DRSP dépose ce bilan après avoir réalisé une première évaluation interne et participé à différentes démarches menées par des instances externes visant à éclairer divers aspects de la pandémie. D'une part, elle a produit un rapport d'événement à l'automne 2022 afin d'explorer en détail la gestion de la crise et les pratiques à mettre en place pour consolider ses capacités en situation d'urgence sanitaire¹.

¹ Pour réaliser ce rapport d'événement, la DRSP a consulté le RSSS, mais aussi plus de 150 partenaires afin d'apprécier la collaboration et les zones d'amélioration à investir.

D'autre part, elle a participé aux travaux entourant le bilan diagnostic sur la gouvernance de la santé publique à Montréal (bilan Savoie, juin 2020⁷), le mandat sur la performance des soins et services aux personnes âgées de la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE, janvier 2022⁸), l'enquête de la coroner sur les décès de personnes âgées ou vulnérables survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la 1^{ère} vague de la pandémie (mai 2022⁹) ainsi que l'enquête épidémiologique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19¹⁰. Le présent effort est complémentaire à ces exercices et n'a pas la prétention de reprendre l'ensemble des éléments qui y sont abordés.

Le Rapport de la directrice¹¹, *Regard sur la pandémie de COVID-19 à Montréal : Pour une réponse efficace et équitable face aux futures urgences sanitaires*, se concentre sur la gestion de la pandémie de COVID-19 à Montréal entre février 2020 et mai 2022. Après avoir précisé les rôles et responsabilités de la DRSP et des différentes instances de santé publique en situation d'urgence sanitaire (section 1), il expose la gestion de la pandémie et résume les interventions déployées à travers le plan montréalais de gestion de la pandémie (section 2). Il présente ensuite les faits saillants, les défis et initiatives marquantes pour chacune des vagues (section 3). Enfin, les principaux constats qui se dégagent d'une perspective montréalaise de la gestion de la pandémie sont exposés, suivis des recommandations qui en découlent. Divisées en quatre volets, ces recommandations explicitent les engagements de la DRSP de Montréal pour se préparer aux futures crises sanitaires et les pistes d'action à mettre en place en collaboration avec les différents acteurs du réseau (section 4).



**Regard sur
la pandémie
de COVID-19
à Montréal**



SECTION

1

Une santé publique imputable face aux urgences sanitaires; une responsabilité partagée entre les différents acteurs du réseau¹²

1 Une santé publique imputable face aux urgences sanitaires; une responsabilité partagée entre les différents acteurs du réseau

1.1 Les instances mobilisées en situation d'urgence

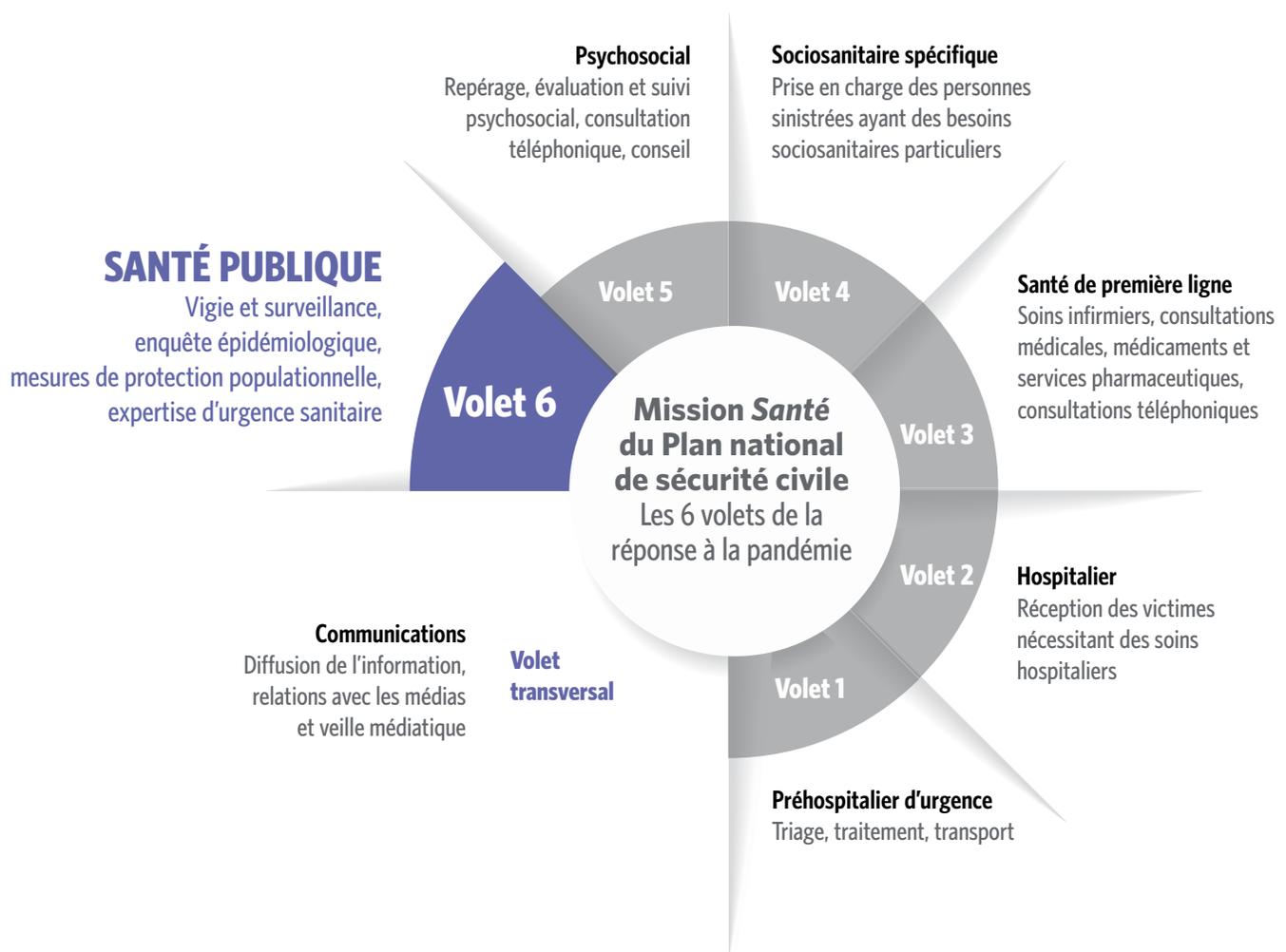
Au Québec, la structure de gouvernance prévue pour la gestion de situations d'urgence sanitaire est prescrite par le Plan national de sécurité civile (PNSC). Cette structure comprend 15 différentes missions attribuées en fonction des rôles et expertises des diverses instances et ministères concernésⁱⁱ. La mission *Santé* de ce plan regroupe six volets dont la coordination relève du ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS). À Montréal, la coordination régionale des mesures d'urgence et sécurité civile du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) assume la coordination des activités des établissements montréalais¹³. De plus, l'Équipe ministérielle de coordination 514-450 peut être mise à contribution pour coordonner les activités des établissements de la région métropolitaine¹⁴.

ⁱⁱ Le PNSC comprend les 15 missions suivantes : activités économiques, aide financière, bioalimentaire, communication, électricité, énergie, environnement, évacuation-sécurité et réintégration, habitation, santé, services essentiels gouvernementaux, soutien aux municipalités, soutien aux services aux personnes sinistrées, télécommunication et transport. Chaque mission mobilise des ressources d'une ou plusieurs organisations pour répondre à une catégorie de besoins générés par un sinistre.

Responsabilités spécifiques du RSSS en situation d'urgence sanitaire

En plus du volet *Santé publique*, la mission *Santé* compte cinq autres volets dont la responsabilité repose, pour la région de Montréal, sur les cinq CIUSSS, les cinq établissements non fusionnés (ÉNF) et la Corporation d'Urgences-Santé (figure 1). En raison d'une méconnaissance des structures de gouvernance et des rôles et responsabilités en situation d'urgence sanitaire, plusieurs actions incombant au réseau (ex. : gestion des éclosions en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), approvisionnement en équipement de protection individuelle (ÉPI), cliniques de dépistage) ont été associées à tort au volet *Santé publique* en début de pandémie. La répartition des différentes contributions s'est clarifiée au fil des semaines, menant à des améliorations importantes en matière de coordination des efforts respectifs.

Figure 1 : Les 6 volets de la réponse à la pandémie mission *Santé* du Plan national de sécurité civile



Le réseau québécois de santé publique

Au Québec, les rôles et responsabilités en matière de santé publique sont définis par différents règlements et lois, principalement la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), la Loi sur la santé publique (LSP) et la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST).

Le ministre

En matière de santé publique, le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est notamment responsable d'élaborer un programme qui encadre les activités de santé publique aux niveaux national, régional et local¹⁵ et de conseiller les autres ministères sur l'adoption de politiques favorables à la santé de la population¹⁶.

Le directeur national de santé publique (DNSP)

À titre de sous-ministre adjoint, le directeur national de santé publique (DNSP) a le mandat d'assister le ministre dans l'exercice de ses responsabilités en santé publique¹⁷. Parmi ses multiples mandats, le DNSP assiste le ministre de la santé dans la coordination des actions des Directions régionales de santé publique (DRSP) lorsqu'il est informé d'une situation susceptible de constituer une menace, réelle ou appréhendée, pour la population de plus d'une région¹⁸.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

L'INSPQ a un rôle conseil et d'expertise scientifique pour soutenir le ministre et les établissements, incluant les Directions régionales de santé publique (DRSP), dans leurs fonctions liées à la santé publique¹⁹.

Les directeurs et directrices régionaux de santé publique (DSP)

Dans sa région, le ou la DSP est responsable de coordonner l'application du Plan d'action régional de santé publique²⁰, d'informer la population sur son état de santé général, sur les principaux facteurs de risque et sur les interventions qu'il juge les plus efficaces. De plus, le ou la DSP doit fournir des conseils en matière de prévention et de promotion de la santé et soutenir l'action intersectorielle pour prévenir des problèmes de santé. Le ou la DSP a aussi le mandat d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection²¹. Pour exercer leur mandat de protection, différents pouvoirs et responsabilités sont conférés aux DSP pour prévenir les menaces à la santé, incluant le pouvoir d'enquêtes ou la promotion de mesures favorisant une amélioration de l'état de santé de la population.

Le CIUSSS/CISSS

De par leur responsabilité populationnelle, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) assument la mise en place des mesures de santé publique visant la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population sur leur territoire²² respectif. Ils soutiennent et accompagnent les acteurs des réseaux dans l'exercice de cette responsabilité et collaborent au Plan d'action régional de santé publique avec les DRSP. Agissant en amont sur les déterminants de la santé, les CIUSSS et les CISSS assurent l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de leur territoire²³ respectif.

Malgré leur contribution inestimable lors de la crise sanitaire, les actions menées par les organismes communautaires et les tables de quartiers ne sont pas présentées ici, compte tenu que leurs rôles en situation d'urgence ne sont pas encadrés légalement comme le sont ceux du RSSS.

1.2 Des rôles et responsabilités de santé publique partagés entre les instances en situation d'urgence sanitaire

En période d'urgence sanitaire, la LSP prévoit le partage des rôles et responsabilités en matière de santé publique entre le MSSS, le DNSP et les DSP. Lors d'un état d'urgence sanitaire, le ministre intervient avec le soutien du DNSP. Il a notamment pour responsabilité de coordonner les actions en réponse à la pandémie. Il a le pouvoir de mobiliser des ressources, d'engager des dépenses ou d'imposer toute autre mesure susceptible de protéger la santé de la population. Il est également tenu de déposer un rapport d'événement dans les délais prescrits suivant la fin de l'urgence sanitaire²⁴.

Les DSP assurent quant à eux l'application des directives nationales dans leur région et le déploiement des mesures du volet *Santé publique* de la mission *Santé* sur leur territoire. En situation d'urgence sanitaire, les DSP détiennent en outre le pouvoir de déployer un plan de mobilisation des ressources de santé publique (dans les CIUSSS et les établissements de santé)²⁵. Nonobstant l'état d'urgence sanitaire, ils poursuivent leur mandat légal d'identifier les menaces et conservent leurs pouvoirs d'enquête²⁶ et d'ordonnance²⁷ par lesquels ils peuvent imposer des mesures de protection à la population (ex. : isolement des personnes contagieuses). En tout temps, les DSP demeurent tenues d'informer la population, notamment en vue d'assurer une communication du risque répondant aux spécificités propres à leur région. Pour assumer de tels mandats, les DSP sont soutenus par plusieurs partenaires nationaux de santé publique dont l'INSPQ.

“

Au niveau local, les coordinations territoriales de santé publique des cinq CIUSSS de Montréal initient ou participent au déploiement d'interventions adaptées aux réalités locales, notamment en matière de prestation de services de vaccination, de dépistage et d'évaluation médicale²⁸.

Au niveau local, les coordinations territoriales de santé publique des cinq CIUSSS de Montréal initient ou participent au déploiement d'interventions adaptées aux réalités locales, notamment en matière de prestation de services de vaccination, de dépistage et d'évaluation médicale²⁸. Elles assurent aussi la mise en œuvre des stratégies, des orientations ou des plans élaborés en collaboration avec la DRSP en animant leur réseau local de services et en soutenant les partenaires intersectoriels dans la mise en place des mesures préventives. Les coordinations territoriales agissent également en complémentarité avec les partenaires communautaires pour répondre aux besoins des clientèles vulnérables dans des domaines tels que la sécurité alimentaire et le soutien aux personnes isolées ou à risque.

Par ailleurs, bien que la majeure partie des responsabilités liées aux urgences sanitaires incombe aux instances provinciales, régionales et territoriales, différents ministères fédéraux, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), assument des responsabilités spécifiques dans la gestion d'une pandémie. Leurs champs de compétences touchent entre autres l'homologation de produits sanitaires et de vaccins, le contrôle des frontières et l'application de la *Loi sur la mise en quarantaine*. Leurs actions en ces matières se répercutent sur les décisions prises aux niveaux local, régional et national.



1.3 Une réponse ajustée à une situation d'une grande complexité

Au niveau régional, les DRSP disposent d'une latitude décisionnelle pour mettre en place des mesures spécifiques à leur territoire respectif²⁹. Alors que la DGSP assume la liaison avec les instances nationales des différents ministères et organismes (ex. : MTESS, MEES, MFA, MTQ, CNESST), les DRSP assurent quant à elles la liaison avec les nombreux acteurs régionaux issus de différents réseaux (ex. : services de garde, réseau scolaire, municipalités, etc.) Dans un environnement particulièrement complexe, la DRSP de Montréal siège en outre au Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU)ⁱⁱⁱ.

Ajustements de la structure de gouvernance montréalaise pour répondre aux défis de gestion de la pandémie

Malgré les mécanismes de coordination gouvernementaux prévus au PNSC, la structure de gouvernance montréalaise a fait l'objet de plusieurs ajustements afin d'assurer une coordination adéquate entre les divers acteurs investis dans la lutte à la COVID-19. Ces ajustements ont été nécessaires pour adapter la réponse à l'évolution de la pandémie³⁰ dans un contexte où la coordination entre les niveaux décisionnels et les secteurs du RSSS a représenté un défi majeur. Le réseau d'acteurs se devait de gagner en rapidité, en agilité et en cohérence pour faire face à la pandémie et à ses effets délétères.

En conformité avec le diagnostic posé par le premier bilan Savoie sur la coordination de la pandémie de COVID-19 à Montréal³¹, la création d'une structure régionale temporaire de coordination des volets de la mission *Santé* a ainsi été entérinée à l'été 2020 par le MSSS pour pallier les lacunes majeures préalablement identifiées. Le Centre de commandement du réseau de la santé montréalais pour la coordination de la 2^e vague de COVID-19 est composé des PDG des CIUSSS et des ÉNF, de la DSP, de la coordonnatrice régionale des mesures d'urgence et de la sécurité civile, de la Corporation d'Urgences-Santé, de la Direction générale de la Ville de Montréal et du Service de sécurité civile, ainsi que du sous-ministre adjoint du MSSS³². La présidence du Centre est assumée par la PDG du CCSMTL.

Le Centre de commandement a permis d'accroître la cohérence des interventions et de traiter des enjeux liés à la gestion de la pandémie, incluant l'accès aux tests de détection et de dépistage, la stratégie de vaccination, la distribution des équipements de protection individuelle, la gestion des ressources humaines, l'organisation de la prévention et du contrôle des infections dans les établissements et dans la communauté et l'intervention auprès des groupes vulnérables. Lors des rencontres hebdomadaires du Centre de commandement, la directrice régionale de santé publique avait la responsabilité de présenter un état de situation de l'évolution de la pandémie et de proposer des interventions prioritaires en lien avec les enjeux de santé publique du moment^{iv}.

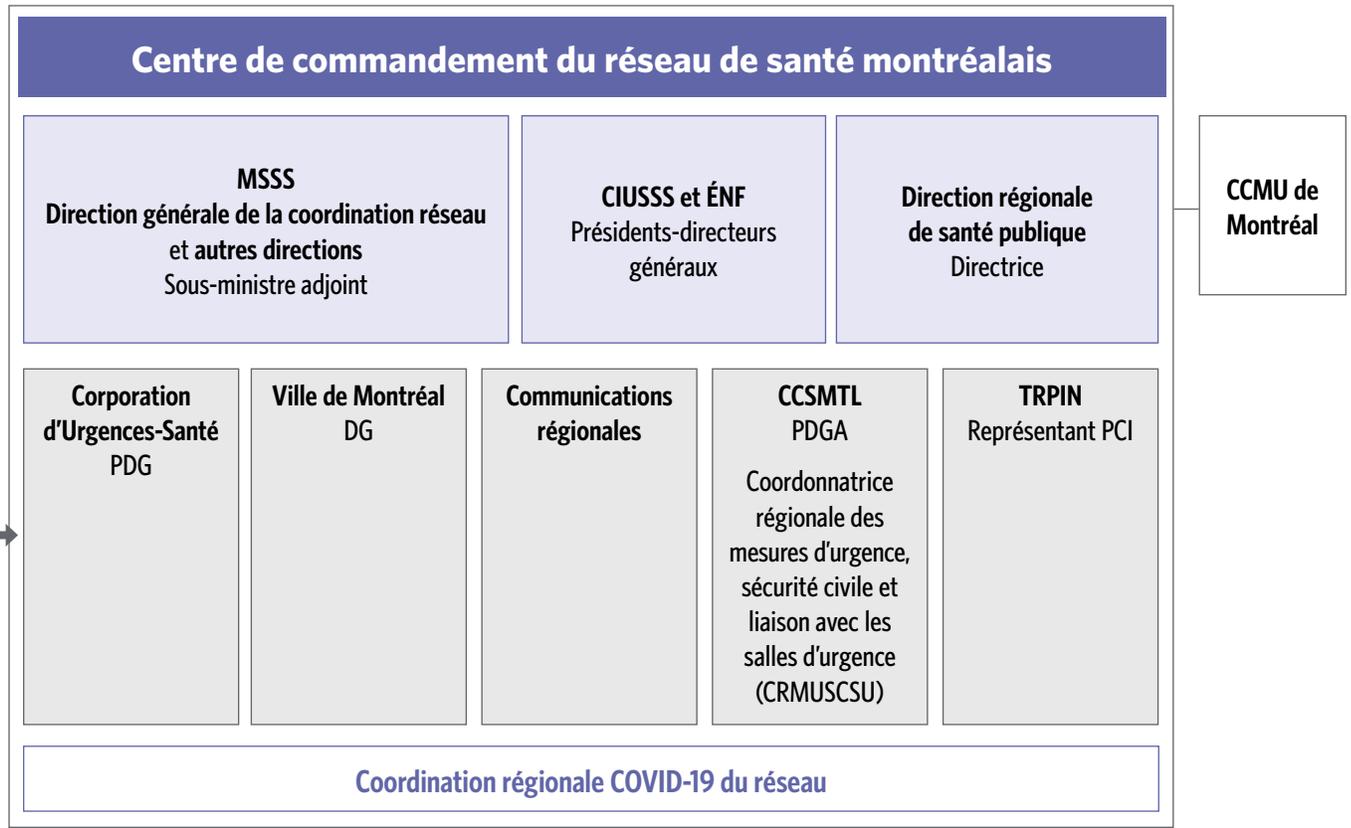
ⁱⁱⁱ Le CCMU a la responsabilité de coordonner la réponse en mesures d'urgence pour la région de Montréal et regroupe les partenaires suivants : Direction de sécurité civile de la Ville de Montréal, Service de police de la Ville de Montréal, Service de sécurité incendie de Montréal, Corporation d'Urgences-Santé, Société de transport de Montréal.

^{iv} Un état de situation hebdomadaire a été préparé par la DRSP pour documenter les différentes dimensions de l'évolution de la situation épidémiologique et soutenir les orientations du Centre de commandement. Ce document a été préparé du 16 septembre 2020 au 24 février 2022.

Figure 2 : Centre de commandement du réseau de la santé montréalais

SECTION 1

ÉTABLISSEMENTS



SECTION



Gestion de la pandémie de COVID-19 à Montréal – interventions déployées par la Direction régionale de la santé publique

2. Gestion de la pandémie de COVID-19 à Montréal – interventions déployées par la Direction régionale de santé publique

Au Québec, la gestion de la pandémie de COVID-19 a mobilisé une multitude d'acteurs de la société en provenance de différents secteurs (santé et services sociaux, éducation, travail, etc.) et à tous les paliers gouvernementaux. Avant d'exposer plus spécifiquement les interventions déployées par la DRSP dans le cadre de son Plan de réponse à la pandémie de COVID-19, il importe de présenter les valeurs et principes qui l'ont animée.

2.1 Une santé publique guidée par ses valeurs et principes d'intervention

Le *Plan stratégique de la Direction régionale de santé publique 2021-2024* énonce les valeurs et principes éthiques sur lesquels la DRSP fonde son mode de gestion et ses actions³³. Ceux-ci ont guidé les différentes interventions de santé publique menées durant la pandémie. Ces balises sont d'autant plus essentielles en contexte d'urgence sanitaire que les pouvoirs d'intervention des autorités sont accrus et les effets collatéraux potentiels exacerbés. Des équipes du CCSMTL ont été mobilisées en ce sens pour accompagner l'intervention de la DRSP. À titre d'exemple, le service du contentieux a offert un soutien juridique afin d'éclairer la prise de décision, particulièrement en contexte d'état d'urgence où une partie du droit est suspendue. Il a notamment prodigué des conseils sur l'élaboration d'ordonnances, le partage des rôles et responsabilités des acteurs concernés et l'encadrement des interventions sensibles en lien avec la fermeture de certains lieux. Le service éthique a quant à lui soutenu plusieurs équipes de la DRSP, que ce soit en élaborant un cadre de référence permettant d'éclairer de façon pragmatique la réponse aux signalements ou en proposant des repères issus de la délibération.

L'ÉQUITÉ, une valeur phare portée par la DRSP, réfère à une répartition équitable des avantages et des fardeaux au sein de la population montréalaise. Elle vise à ne pas aggraver les inégalités de santé préexistantes sur le territoire montréalais en prenant en compte la diversité des besoins pour chaque personne, selon leurs compétences, leurs différences ou leurs limites.

L'EXCELLENCE oriente quant à elle l'ensemble des interventions de la DRSP. Elle se concrétise par un souci de clarté et d'exactitude menant à des prises de décisions éclairées et bien documentées.

La **TRANSPARENCE** vise spécifiquement une communication claire des priorités, des objectifs et des résultats à la population et aux différents partenaires. Elle exige que l'information soit transmise au public concerné en temps opportun et de manière à la rendre facilement compréhensible et utile.

La **COLLABORATION**, essentielle à l'atteinte d'objectifs partagés, se traduit par l'ouverture aux autres et à leurs préoccupations, par l'association volontaire et par la synergie des compétences des personnes et des organisations.

Au même titre, **L'ENGAGEMENT** de la population et des différents acteurs de la société civile est constamment recherché afin de susciter l'adhésion des différents groupes aux actions déployées par la DRSP.

Le principe de **PROPORTIONALITÉ** des moyens est indispensable dans l'évaluation des différentes options de réponse de santé publique à déployer face à la menace. Selon ce principe, il faut viser l'équilibre entre l'ampleur de la menace et l'intensité des actions à poser pour protéger la santé de la population tout en tenant compte des bénéfices escomptés, des risques connus et des impacts collatéraux.

EXEMPLES

- Priorisation des organismes communautaires de première ligne pour la distribution des équipements de protection individuelle afin d'assurer le maintien du soutien aux personnes dans le besoin, dès la première vague
 - Cartographie de la situation épidémiologique à Montréal pour soutenir le déploiement d'une offre de dépistage accessible aux points chauds
-
- Cellule montréalaise de veille stratégique et scientifique de santé publique
 - Rehaussement des services de vigie et de surveillance montréalais
-
- Activités de communication à la population et aux autorités en continu menées par la directrice régionale de santé publique et ses équipes (conférences de presse, activités médias, site Web, lignes d'appel, etc.)
 - Publication d'avis de santé publique régionaux appuyés par les données scientifiques disponibles
-
- Liaison continue avec les partenaires intersectoriels des différents paliers impliqués dans la gestion de la pandémie (RSSS, MSSS, Ville, SPVM, établissements d'enseignement, organismes communautaires, etc.)
 - Collaboration avec le réseau de la santé montréalais et la Ville de Montréal pour la mise en place d'hébergement et de soutien alimentaire pour les personnes en situation d'itinérance
-
- Consultations via différentes modalités pour soutenir l'engagement de la population face aux mesures sanitaires mises en place (ex. : Conseil citoyen aîné.es, groupes de discussion auprès de parents, consultations auprès de leaders religieux et de communautés culturelles, etc.)
 - Analyse en continu de données sur les attitudes et comportements de la population montréalaise en cours de pandémie
-
- Intégration de considérations sur les impacts collatéraux dans les orientations de la gestion régionale de la pandémie
 - Consultation continue des experts en éthique et des avocats du contentieux pour éclairer la prise de décision concernant l'application des pouvoirs d'exception prévus par la loi ou l'intervention en situation complexe

2.2 Le Plan de réponse à la pandémie COVID-19 – Volet Santé publique et ses mises à jour en continu 2020-2022

À l'échelle québécoise, des plans de confinement et de déconfinement ont été communiqués pour baliser la réponse à la pandémie en fonction de différents critères épidémiologiques et des mesures de contrôle de la transmission. Ceux-ci ont été ajustés tout au long de la crise à travers une série de décrets, arrêtés ou directives³⁴.

À la fin de la première vague, la DRSP a formalisé les balises de ses interventions dans un plan de réponse afin d'assurer une action de santé publique efficace, coordonnée et connue des différents partenaires impliqués dans la gestion de la pandémie. Tout en demeurant cohérentes avec le plan ministériel *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague*³⁵, les stratégies et les interventions de santé publique inscrites dans ce *Plan de réponse à la pandémie COVID-19 – Volet Santé publique – Région de Montréal*³⁶ et ses mises à jour subséquentes ont été ajustées périodiquement en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique de Montréal et des orientations prises aux niveaux national et fédéral.

À l'échelle locale, les coordinations territoriales de santé publique ont également mené de multiples actions essentielles et complémentaires, dont l'accompagnement des acteurs locaux (municipalités, organismes communautaires, etc.), le déploiement d'interventions préventives dans différents milieux (habitation), la communication et la sensibilisation auprès de partenaires locaux et de la population. Si certaines de ces interventions sont mentionnées dans le présent rapport, la contribution des CIUSSS à la gestion de la pandémie en déborde largement.

De manière générale, les interventions déployées dans le cadre de ce Plan de réponse ont visé, jusqu'en août 2021, **deux grands objectifs** :

1 - Maintenir la transmission de la COVID-19 au niveau le plus bas possible afin de :

- Limiter les impacts sanitaires, sociaux et économiques
- Protéger les personnes vulnérables, plus à risque de développer la forme sévère de la maladie
- Tenir compte de la capacité du système de soins et de santé publique

2 - Prévenir les effets collatéraux engendrés par la pandémie et réduire l'exacerbation des inégalités sociales de santé

Le fragile équilibre entre ces deux objectifs a nécessité un ajustement continu des interventions ainsi qu'un engagement soutenu de la population. Après août 2021, ces objectifs ont été revus à la faveur d'une approche dite de mitigation misant moins sur le contrôle de la transmission et davantage sur la notion de « vivre avec le virus ». Cette révision s'inscrit en cohérence avec les orientations gouvernementales de gestion de la pandémie.

Nonobstant les stratégies d'action (mitigation ou suppression) adoptées aux différentes phases de la réponse à la pandémie, les actions déployées l'ont été à travers les quatre domaines d'intervention du volet *Santé publique* de la réponse montréalaise (figure 3).

*Paradigmes d'intervention face au virus SARS-CoV-2 : mitigation et suppression*³⁷

Les termes mitigation (atténuation) et suppression comme stratégies d'action face à la pandémie de COVID-19 ont fait l'objet d'usages et de définitions variables dans les espaces public et scientifique. Bien que les définitions ne fassent pas consensus, il est possible de proposer des définitions opérationnelles pour permettre une compréhension commune.

La stratégie de mitigation vise au premier chef à réduire à leur plus bas niveau possible les impacts collatéraux sanitaires, économiques et sociaux associés aux mesures de contrôle de la transmission de la COVID-19. Les interventions préconisées cherchent à aplanir les hausses importantes de transmission pour minimiser leurs effets à court terme sur la capacité hospitalière et protéger les personnes les plus à risque de morbidité grave et de mortalité liées à la COVID-19.

La stratégie de suppression accorde plutôt une préséance à la réduction de la transmission du virus dans la population afin de minimiser le nombre de personnes infectées, la morbidité, la mortalité et les impacts collatéraux liés à la maladie, incluant ceux engendrés par l'isolement des personnes infectées et de leurs contacts.

Au Québec et à Montréal, ces deux stratégies ont été prépondérantes à un moment ou à un autre de la réponse à la pandémie. Le choix de miser davantage sur la mitigation ou la suppression a permis de sélectionner, dans un contexte donné, les interventions de contrôle les plus efficaces et ayant le moins d'effets collatéraux, en mettant en place des mesures de mitigation au besoin.

Figure 3 : Plan de réponse à la pandémie de COVID-19 – Volet Santé publique – Région de Montréal

Deux objectifs du volet Santé publique

Maintenir la transmission de la COVID-19 au niveau le plus bas possible

Prévenir les effets collatéraux engendrés par la pandémie et réduire l'exacerbation des inégalités sociales de santé

Domaine d'intervention 1 Diriger le volet Santé publique de la réponse à la pandémie à Montréal

- Élaboration et ajustements périodiques du Plan régional de réponse à la pandémie
- Mobilisation des ressources de santé publique
- Coordination du volet Santé publique des CIUSSS et ÉNF en collaboration
- Initiatives spéciales liées aux besoins spécifiques (informations multilingues, interventions auprès des voyageurs, travailleurs migrants, etc.)

Domaine d'intervention 2 Contrôler la transmission

- Vigie et surveillance en continu de la situation épidémiologique
- Détection rapide des nouveaux cas
- Identification, enquête, isolement et suivi des cas et de leurs contacts
- Prévention et contrôle des éclosions dans les milieux (services de garde, écoles, milieux de travail, centres d'hébergement, milieux carcéraux, etc.)
- Enquêtes épidémiologiques lorsque des situations préoccupantes sont identifiées
- Déploiement de mesures populationnelles appropriées face à la situation épidémiologique dans certains milieux (en complémentarité avec les mesures nationales)
- Contribution à la mise en place de trajectoires de services entre les différentes ressources pour certains groupes de populations vulnérables (ex. : trajectoire pour les personnes en situation d'itinérance)
- Élaboration d'une stratégie de vaccination en collaboration avec les CIUSSS et ÉNF

Domaine d'intervention 3 Communiquer le risque et les recommandations, engager la population et les partenaires

- Communication continue de l'information à la population et aux différents sous-groupes montréalais, aux professionnels du réseau de la santé et aux partenaires (site Web, médias et réseaux sociaux, garde COVID-19 régionale, etc.)
- Rencontres d'information auprès des partenaires (Ville de Montréal, milieux scolaires, communautaires, milieux de travail, etc.)
- Mécanismes d'engagement de la population en lien avec les recommandations et consignes de santé publique

Domaine d'intervention 4 Mitiger les impacts collatéraux de la pandémie auprès des populations vulnérables

- Surveillance des impacts collatéraux et de l'exacerbation des inégalités sociales de santé
- Soutien des mesures pour réduire les impacts collatéraux de la pandémie sur différents groupes de la population (personnes âgées, enfants, groupes socialement vulnérables, etc.)

Le maintien des activités essentielles de santé publique en urgence sanitaire

Bien que l'urgence sanitaire ait mobilisé la presque totalité des ressources de la DRSP (redéployées pour assurer la mise en œuvre du *Plan de réponse à la pandémie de COVID-19*), les différentes équipes ont néanmoins maintenu plusieurs services essentiels de santé publique, que ce soit les activités critiques en protection (ex. : gestion des maladies à déclaration obligatoire et signalements en maladies infectieuses, santé environnementale et santé au travail), prévention (ex. : offre de services en prévention des surdoses), promotion (ex. : analyse de besoin de l'offre de services de garde) ou encore les opportunités d'influence des politiques publiques (ex. : dépôt en janvier 2021 d'un mémoire des DSP dans le cadre des consultations entourant le Projet de loi 59, *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité au travail*). Au niveau territorial, les équipes de santé publique ont également assuré la continuité des opérations dans des champs d'activité cruciaux dont l'offre de vaccination de base aux enfants et le soutien aux femmes enceintes vulnérables.

2.3 Contexte d'intervention montréalais

La prise en compte du contexte d'intervention montréalais a également été centrale dans l'ajustement de l'approche déployée par la DRSP afin de caractériser adéquatement les risques découlant de l'urgence et ses impacts collatéraux. En effet, la survenue d'une urgence sanitaire majeure a des implications particulières en contexte urbain en raison du cumul de différentes caractéristiques spécifiques, notamment démographiques (densité, diversité, mobilité) et socioéconomiques (pauvreté, familles monoparentales, population vieillissante, personnes vivant seules, locataires, personnes en situation d'itinérance, communautés autochtones en milieu urbain, populations immigrantes vulnérables, etc.), qui distinguent la région métropolitaine du reste du Québec. Pôle international d'échanges économiques, centre universitaire et touristique d'importance et ville d'immigration, Montréal reçoit chaque année des centaines de milliers de personnes en provenance de l'étranger ou d'autres régions et des millions de personnes y transitent par son aéroport international, l'un des plus fréquentés au Canada. Traversée par un flux considérable de visiteurs, la ville est exposée de manière importante à la circulation de maladies infectieuses, comme l'ont démontré la pandémie d'influenza A(H1N1) et plus récemment, la variole simienne. Enfin, plusieurs dizaines de milliers de personnes résidant à l'extérieur de l'Île de Montréal s'y rendent chaque jour pour les études, le travail ou diverses activités.

“

Traversée par un flux considérable de visiteurs, la ville est exposée de manière importante à la circulation de maladies infectieuses, comme l'ont démontré la pandémie d'influenza A(H1N1) et plus récemment, la variole simienne.



SECTION

3

La pandémie en rétrospective

3 La pandémie en rétrospective

À plus d'un égard, Montréal a été l'une des régions les plus durement touchées par la pandémie de COVID-19 au Québec. D'une part, d'un point de vue épidémiologique, 36 % de tous les décès liés à la COVID-19 de la province y ont été dénombrés (5674 décès en date du 16 octobre 2022)³⁸ alors que Montréal représente moins du quart de la population du Québec (23,5 %)³⁹. D'autre part, en raison même de l'évolution de sa situation épidémiologique, Montréal a vécu plus lourdement les mesures de gestion de la pandémie décrétées à l'échelle provinciale qui y ont été appliquées de manière plus intensive et sur une période plus longue que dans la plupart des autres régions⁴⁰.

En plus de l'imposition des mesures populationnelles en réponse à l'importante transmission communautaire, un resserrement des flux transfrontaliers a également été instauré au début de la première vague⁴¹. Des mesures de contrôle pour les personnes de retour de voyages internationaux ont été subséquemment déployées par les autorités fédérales et des restrictions de déplacements interprovinciaux ont été mises en place lors de périodes de circulation accrue du virus.

“

36 % de tous les décès liés à la COVID-19 de la province y ont été dénombrés (5674 décès en date du 16 octobre 2022)³⁸ alors que Montréal représente moins du quart de la population du Québec (23,5 %)³⁹.

Malgré ces mesures, la métropole québécoise, de par ses spécificités, a tout de même été affectée par l'importation de nouveaux cas et variants tout au long de la pandémie. C'est dire que la progression de la pandémie de COVID-19 sur le territoire montréalais s'inscrit dans une dynamique de transmission mondiale, continentale, canadienne, québécoise et métropolitaine.

L'évolution de la pandémie, au Québec et à Montréal, peut s'appréhender en fonction de six vagues^v d'intensité variable, marquées chacune par des pics de transmission plus ou moins forts du virus suivis de périodes de relative accalmie. Si le découpage chronologique de la pandémie permet de baliser son évolution dans le temps depuis le printemps 2020, il faut toutefois garder à l'esprit que ce phénomène épidémiologique s'est déroulé en continu⁴². En effet, les événements pandémiques se sont enchaînés sans interruption, maintenant l'urgence sanitaire et ses conséquences au cœur de la vie de la société québécoise et montréalaise. Sans surprise, ces conséquences ont marqué certaines personnes, communautés et territoires plus que d'autres, mettant en évidence les inégalités sociales, économiques et de santé qui existaient déjà entre les Montréalais bien avant la survenue de cette crise.

“

C'est dire que la progression de la pandémie de COVID-19 sur le territoire montréalais s'inscrit dans une dynamique de transmission mondiale, continentale, canadienne, québécoise et métropolitaine.

3.1 L'émergence de la crise - la venue de la pandémie

2020

La pandémie déferle sur le Québec à **l'aube du printemps 2020**, mettant à rude épreuve la capacité non seulement du réseau de la santé et des services sociaux, mais également celle de l'ensemble des instances responsables de la coordination des différents volets du Plan national de sécurité civile (PNSC).

À Montréal, dès le **20 janvier 2020**, la DRSP émet un appel à la vigilance à l'intention des cliniciens pour les informer d'une nouvelle maladie respiratoire sévère d'origine infectieuse identifiée à Wuhan (Chine)⁴³.

Le **23 janvier 2020**, son équipe spécialisée en maladies infectieuses met en place une structure interne de coordination et planifie différentes activités essentielles pour suivre la situation épidémiologique et y répondre : veille scientifique, vigie sanitaire, appels à la vigilance, lignes directrices et autres formes de soutien à la prévention et au contrôle des infections.

La semaine suivante, le **30 janvier 2020**, l'OMS déclare l'état d'urgence de santé publique de portée internationale⁴⁴ alors que le SARS-CoV-2 se répand à l'échelle mondiale.

Le **27 février 2020**, la première personne infectée par le SARS-CoV-2 est identifiée à Montréal^{vi}. La DRSP entreprend alors un retraceur exhaustif des personnes ayant pu être en contact avec ce premier cas, retraceur qui s'avère particulièrement complexe compte tenu qu'il se réalise dans un contexte de retour de voyage international.

Le **4 mars 2020**, dans l'expectative d'une crise mondiale de COVID-19, la DRSP établit une structure de mesures d'urgence et amorce la gestion de la crise en mobilisant l'ensemble de ses équipes et expertises.

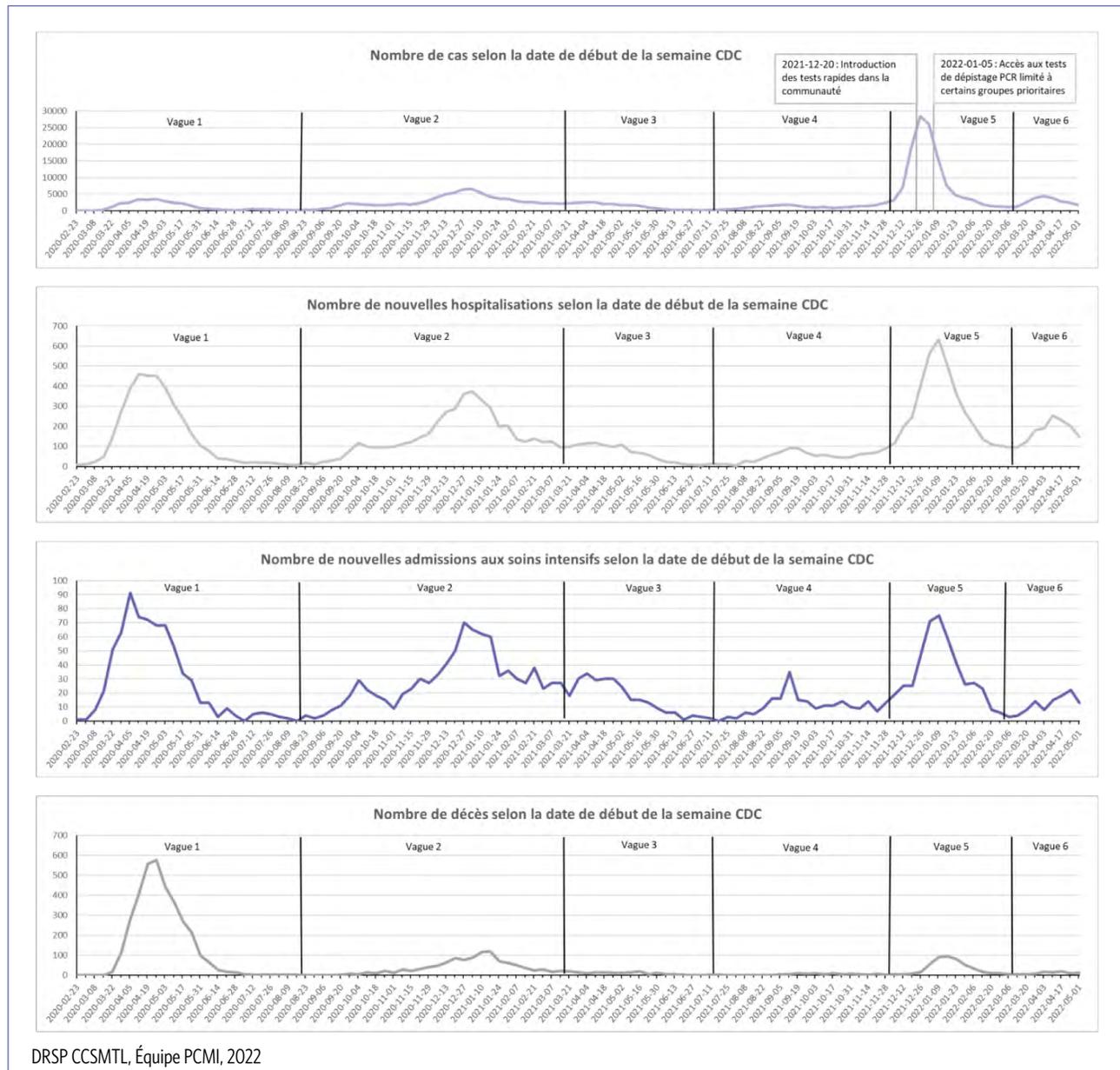
Face à la menace et à la transmission qui s'accélère, le gouvernement du Québec déclare l'état d'urgence sanitaire sur l'ensemble du territoire québécois le **13 mars 2020**⁴⁵.

^v Cette délimitation n'est possible qu'en rétrospective, compte tenu des projections rendues difficiles par les connaissances encore évolutives sur le nouveau virus SARS-CoV-2 ainsi que par l'incertitude relative à son évolution.

^{vi} Il est à noter que le premier cas déclaré au Québec selon la ligne du temps de l'INSPQ est le 27 février 2020 alors que le rapport d'événement du MSSS fait état d'un premier cas confirmé le 28 février 2020.

3.2 La pandémie à travers ses vagues - une vue d'ensemble

Figure 4 : La pandémie à travers ses vagues : une vue d'ensemble



La pandémie de COVID-19 à Montréal peut être décrite sommairement à travers ses vagues^{vii} (figure 4). La 1^{ère} vague s'illustre par l'important nombre de décès survenus et par les pics d'hospitalisations en lits réguliers et de soins intensifs qui ont précédé le pic de cas. Ce décalage causé par les contraintes liées à l'accès aux tests de laboratoire indique que les données portant sur les cas déclarés ne constitue pas un indicateur fiable de la circulation réelle du virus : il y aurait eu au moins trois fois plus de cas que ceux comptabilisés par le système de vigie et de surveillance.

^{vii} Les mesures déployées par les autorités des différents paliers gouvernementaux pour contrôler la transmission, assurer une gestion des personnes infectées et de leurs contacts, contrôler les éclosions dans différents milieux (milieux de vie et de soins, travail, écoles, garderies, commerces, etc.) et encadrer les déplacements (interrégionaux et internationaux) ont été modulées tout au long des vagues successives. Elles ont été ajustées en fonction des nouvelles connaissances sur le virus, de la situation épidémiologique en constante évolution et des projections disponibles, quoiqu'incertaines. L'INSPQ en a fait une présentation détaillée qui ne sera pas reprise ici et qui peut être retrouvée à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>

La 2^e vague est caractérisée par deux pics de cas qui coïncident avec les pics d'hospitalisations (lits réguliers et de soins intensifs), reflétant un moindre impact du sous-diagnostic sur la capacité à effectuer la vigie sanitaire. Cette vague a été marquée par un nombre très élevé de cas, de trois à quatre fois plus important que les nombres rapportés lors des vagues 3, 4 et 6.

Contrairement à d'autres régions, lors de la 3^e vague, Montréal n'a pas connu de pic de cas, d'hospitalisations ou de décès et ce, malgré la circulation soutenue du variant alpha, plus transmissible que la lignée originale. On observe plutôt un plateau de quelques semaines, suivi d'une décroissance.

La 4^e vague, dominée par le variant delta, plus transmissible et plus pathogène, est de moindre ampleur, avec un pic de cas et d'hospitalisations (lits réguliers et de soins intensifs) qui survient à la mi-septembre 2021, suivi d'un plateau.

La 5^e vague est marquée par l'arrivée du variant omicron dont la transmissibilité est nettement plus élevée que toutes les autres lignées qui ont pu circuler jusque-là. Une accélération fulgurante de la transmission caractérise cette vague où le pic de cas précède le pic d'hospitalisations (lits réguliers et de soins intensifs) de deux semaines. À partir de cette vague, la capacité à effectuer la vigie sanitaire sur la base des cas est considérablement réduite en raison des restrictions d'accès aux tests de laboratoire.

Il en va de même pour la 6^e vague. Toutefois, selon les estimations, le tiers de la population québécoise aurait été infecté pendant cette vague où circule le sous-variant omicron (BA.2). Les pics d'hospitalisations y sont plus élevés que ceux observés lors des vagues 2 et 3 de la pandémie.

Quelques limites des données de vigie sanitaire

Tel que décrit succinctement ci-haut, les vagues se sont distinguées les unes des autres à plusieurs égards, qu'il s'agisse de leur amplitude (nombre de cas, de décès et d'hospitalisations) ou de leur taux de reproduction^{viii}. L'apparition de nouveaux variants, l'immunité conférée par l'infection ou la vaccination et les mesures sanitaires mises en place ont toutes influencé une situation épidémiologique changeante.

Certaines caractéristiques propres à chaque vague et le choix d'indicateurs limitent toutefois les comparaisons qui peuvent être faites entre les vagues. Au regard du nombre de cas, la fiabilité des données disponibles a été grandement affectée par les fluctuations qu'a connu l'offre de dépistage. À différents moments de la pandémie, les tests de laboratoire ont été peu disponibles et réservés à certains groupes prioritaires, alors que l'utilisation généralisée des tests rapides par la population à partir de la 5^e vague a pour sa part réduit encore davantage la capacité à suivre l'évolution épidémiologique.

Les indicateurs d'hospitalisations (lits réguliers ou de soins intensifs) ont été beaucoup moins affectés par des enjeux de mesure que ceux basés sur les cas déclarés. Cependant, les données d'hospitalisations comportent certaines limites et ne reflètent pas parfaitement la morbidité grave liée à la COVID-19. En effet, parmi les hospitalisations dénombrées, sont incluses des personnes infectées qui ont été hospitalisées spécifiquement pour la COVID-19, qui ont contracté la COVID-19 en cours d'hospitalisation ou qui ont séjourné en milieu hospitalier pour une raison autre que la COVID-19 tout en étant infectées par le virus. La part de chacune de ces catégories de nouvelles hospitalisations a fluctué d'une vague à l'autre, limitant l'interprétation que l'on peut faire de cet indicateur.

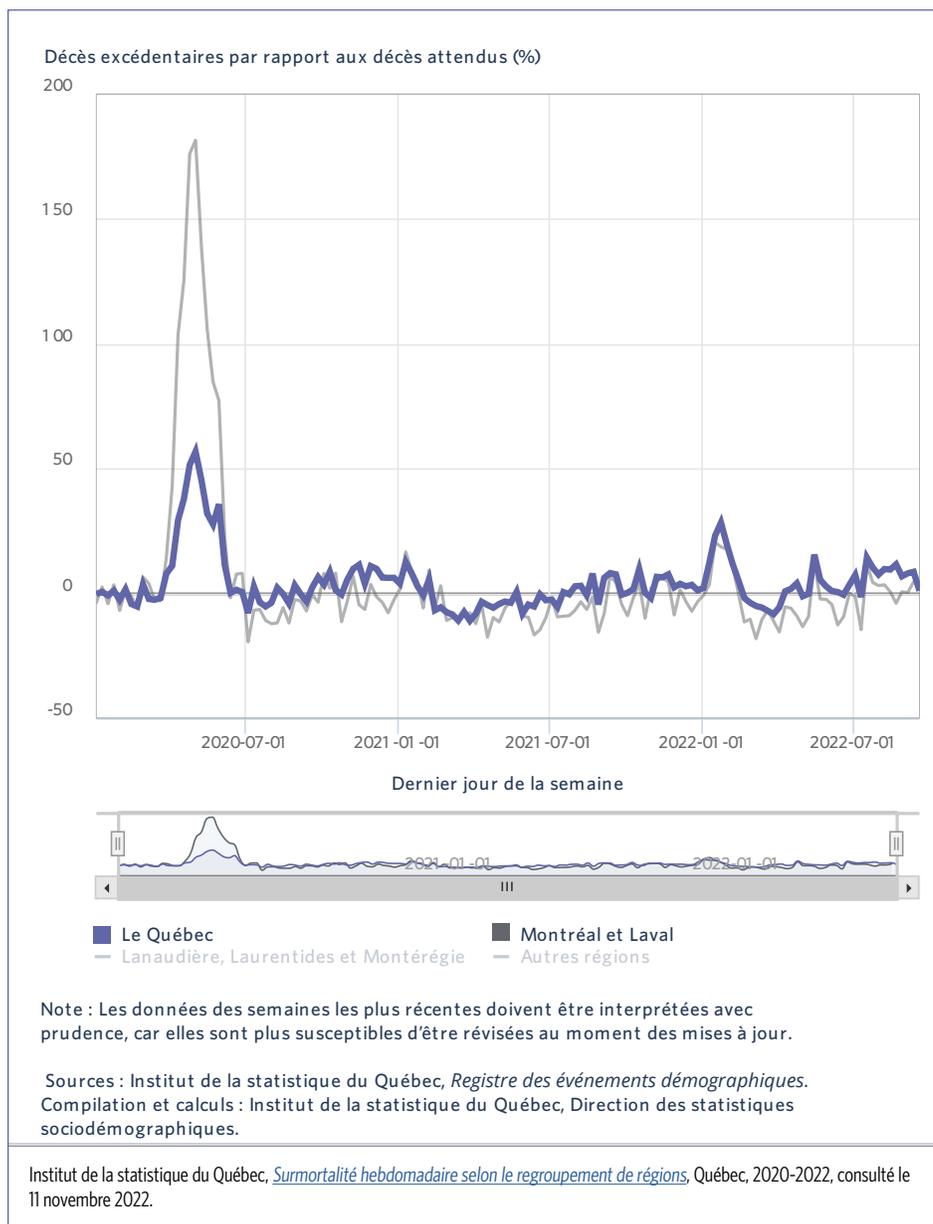
“

Lors de la 3^e vague, Montréal n'a pas connu de pic de cas, d'hospitalisations ou de décès

^{viii} Le taux de reproduction effectif se calcule par le nombre moyen d'infections secondaires produites par un cas infecté dans une population où certains individus ne sont plus susceptibles à l'infection. Par exemple, un taux de reproduction effectif de 2 signifie qu'une personne infectée transmet le virus à deux personnes en moyenne au cours de la période où elle est infectieuse. Voir INSPQ, <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/rt>

En ce qui concerne les décès, le dénombrement de ceux-ci, bien qu'utile, permet moins d'apprécier l'ampleur du phénomène de mortalité associée à la COVID-19 que l'indicateur de surmortalité^{ix}. Ce dernier permet notamment de constater qu'au cours du printemps 2020, le territoire composé du regroupement des régions de Montréal et de Laval^x a affiché une surmortalité beaucoup plus élevée que celle du reste du Québec (figure 5). C'est en mai 2020 que cet indicateur a atteint son plus haut niveau, alors que le nombre de décès observés excède de 181,6 % le nombre de décès attendus. Un deuxième pic de moindre ampleur a eu lieu en janvier 2022 lors de la 5^e vague (18,6 %).

Figure 5 : Surmortalité hebdomadaire selon le regroupement de régions, Québec, 2020-2022



^{ix} Les multiples enjeux liés au dépistage de la COVID-19 peuvent nuire à la comparabilité des situations observées d'un endroit à l'autre ou d'une période à l'autre. La surmortalité s'est alors imposée comme meilleure approche pour la comparaison. Voir <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/surmortalite-un-indicateur-pour-comparer-consequences-pandemie>

^x Il est à noter que les données ont été produites par l'INSPO et que le regroupement « Montréal et Laval » a été conçu par l'ISQ et repris tel quel dans ce document à des fins de comparaison.

Milieux de travail : une longueur d'avance pour la vigie et la surveillance des éclosions de COVID-19

L'urgence sanitaire a révélé l'insuffisance des systèmes d'information disponibles pour les équipes de santé publique pour évaluer l'ampleur de la pandémie et soutenir la prise de décision aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Grâce au Système d'information en santé au travail (SISAT) préexistant, les équipes de santé au travail ont été moins limitées que d'autres à cet égard : dès la 1^{ère} vague, ces équipes sont en mesure d'exercer une vigie des éclosions en exploitant la relative polyvalence du SISAT. En plus d'être déjà opérationnel, ce système a notamment pour avantages d'être à la fois utilisé de manière routinière par les intervenants et bien connu des professionnels en surveillance qui en maîtrisent les forces et les limites.

Un exemple d'utilisation de la vigie en temps opportun : le secteur de la *Fabrication d'aliments et boissons*

L'exploitation du SISAT a permis d'identifier rapidement le fardeau disproportionné porté par certains secteurs d'activité économique (SAE). C'est grâce à cette vigie qu'il a été possible d'observer qu'entre la 1^{ère} et la 3^e vague de la pandémie, 14,5 % des établissements du SAE Fabrication d'aliments et boissons ont été touchés par une éclosion ou plus, plus du tiers ayant subi au moins deux épisodes (figure 6).

Secteur connu pour sa grande proportion de travailleurs en mode présentiel (81 %) et sa main d'œuvre où sont surreprésentées les personnes issues de l'immigration (51 %), son portrait épidémiologique se compare désavantageusement à celui de l'ensemble de l'industrie montréalaise où une proportion nettement moins importante d'établissements a été touchée par au moins une éclosion (3,4 %) (figure 7).

Figure 6 : Proportion d'établissements avec éclosion dans le SAE Fabrication d'aliments et boissons en comparaison avec l'ensemble des industries entre la 1^{ère} et la 3^e vague de pandémie à Montréal

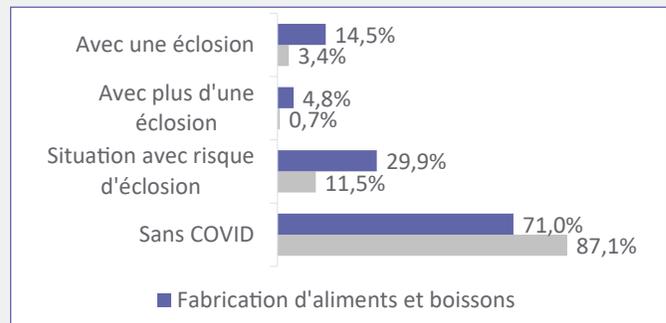
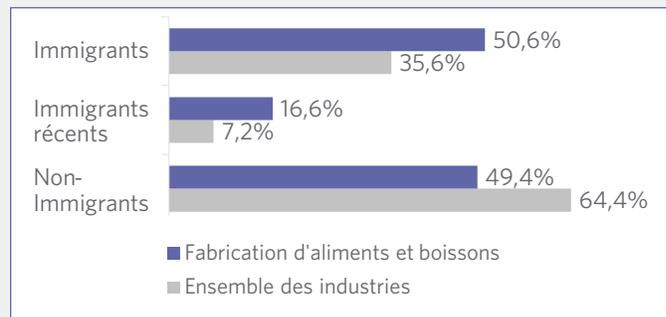


Figure 7 : Proportion des travailleurs selon le statut d'immigration dans le SAE Fabrication d'aliments et boissons en comparaison avec l'ensemble des industries entre la 1^{ère} et la 3^e vague de pandémie à Montréal



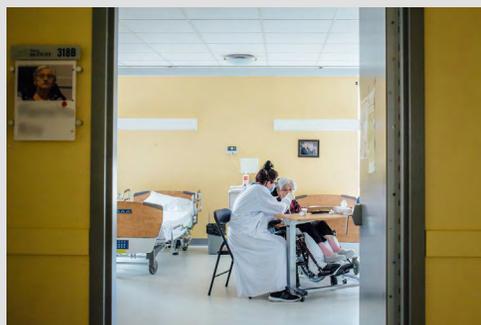
DRSP CCSMTL, Équipe Santé au travail, 2022

Les données du SISAT ont permis de réaliser des analyses détaillées et révéler que le sous-secteur de l'*Abattage et conditionnement de la viande* se démarque de façon importante : près d'un établissement sur trois a été touché par au moins une éclosion (31,9 %) et les éclosions déclarées sont de plus grande ampleur, toutes proportions gardées.

En outre, ces analyses ont permis de déployer de manière prioritaire une offre de vaccination adaptée aux milieux de travail très tôt après le début de la campagne de vaccination populationnelle.

Source : Vergara D. et Pascariu M., DRSP CCSMTL, *Les éclosions COVID-19 en milieu de travail à Montréal : Chronologie, bilan épidémiologique et portraits sectoriels*, 2022, p.12.

Sans procéder à une chronologie exhaustive des événements, certains éléments marquants pour chacune des vagues méritent d'être soulignés afin d'en dégager les initiatives inspirantes ainsi que les défis rencontrés tout au long de la pandémie. Au-delà de cette présentation synthétique, l'Annexe I présente un tableau sommaire des données épidémiologiques pour chaque vague et l'Annexe II expose de manière narrative différents éléments caractérisant chacune des vagues.



3.2.1 Première vague : février à juillet 2020

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
●	●	●	●	●	●	●
10 janv Appel à la vigilance auprès des cliniciens	27 fev 1 ^{er} cas de COVID-19	4 mar Structure de mesures d'urgence établie par la DRSP Autour du 20 mar Début des éclosions dans les CHSLD 27 mar État d'urgence	avr Transmission communautaire soutenue		juin Bilan Savoie	
		2 mar Premier cas de COVID-19 en CHSLD 8 mar Première éclosion en milieu de travail 11 mar OMS déclare la pandémie 13 mar État d'urgence sanitaire 21 mar Interdiction rassemblements intérieurs et extérieurs 24 mar Fermeture des services jugés non-essentiels 25 mar Premier confinement		4 et 12 mai Élargissement des priorités de dépistage Mai-juin Déconfinement progressif		3 juil Reprise des activités dans presque tous les secteurs d'activité économique 18 juil Port du couvre-visage obligatoire

FAITS SAILLANTS

Événements épidémiologiques marquants

- Nouveau virus : incertitude mondiale, imprévisibilité de la crise et préparation insuffisante face à l'ampleur de la menace
- Vague de décès : nombre de décès inégalé à Montréal, concentré dans les milieux de soins et de vie pour personnes âgées (87 %)^{xi}
- Impacts asymétriques : personnes âgées, travailleurs de la santé et des services sociaux plus fortement touchés par l'infection
- Inégalités territoriales dans les cas de COVID-19 (figure 8)

Principales réponses

- Nécessité d'une structure régionale : importance de la coordination régionale pour une réponse adaptée à l'urgence sanitaire
- Rôle central de la vigie sanitaire : nécessité de voir venir et de suivre l'évolution de la crise malgré des besoins non comblés en matière de systèmes d'information
- Communication du risque en contexte d'urgence : importance de communiquer la situation montréalaise de manière constante, transparente et adaptée aux différents milieux
- Engagement essentiel de la population : respect des mesures de contrôle de la transmission et adoption de comportements de prévention et de protection
- Du confinement généralisé aux assouplissements successifs : fermeture des lieux publics, puis réouverture de presque tous les secteurs d'activité économique

DÉFIS RENCONTRÉS

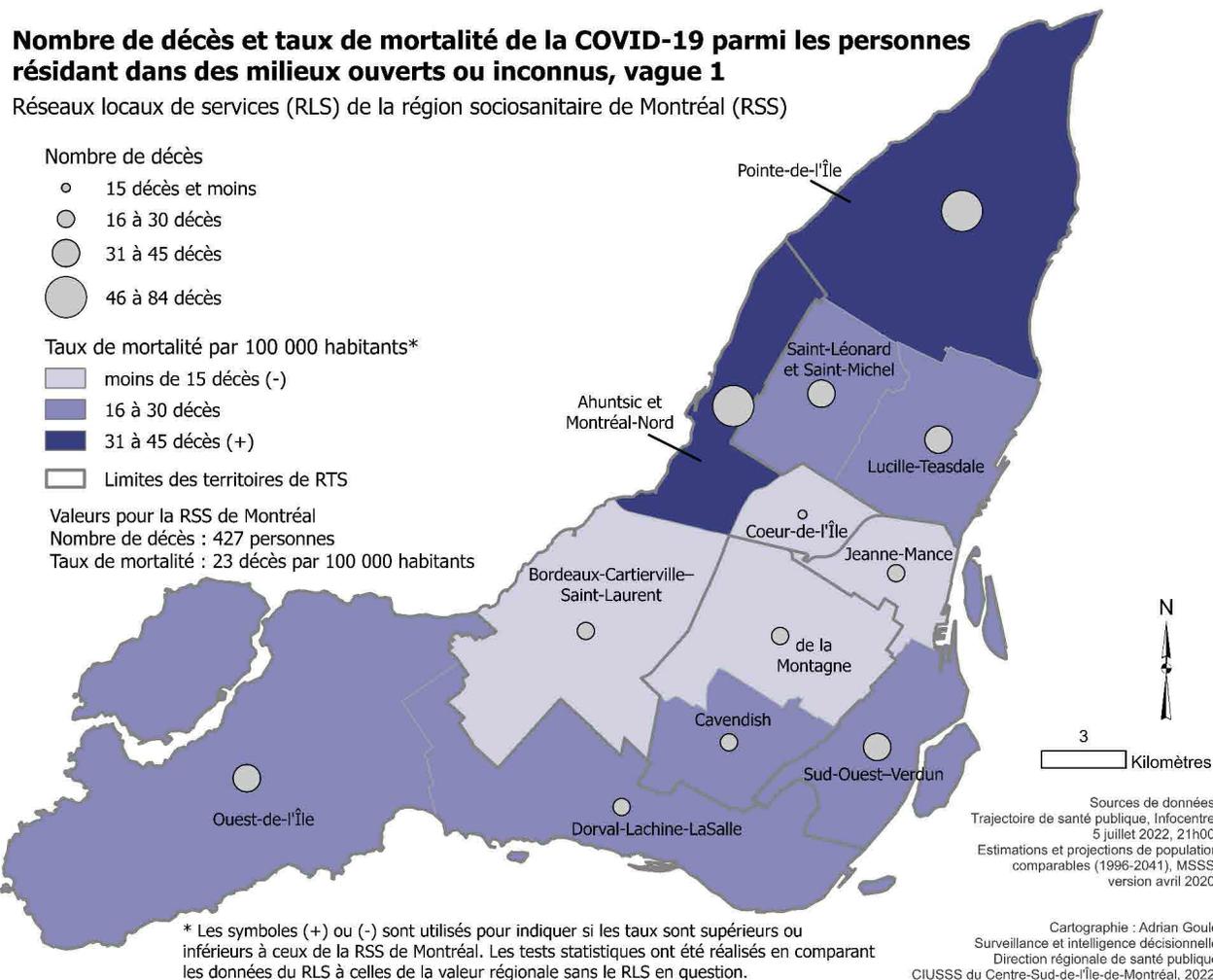
- Absence de structure de coordination au niveau stratégique
- Sous-diagnostic des cas de faible gravité
- Systèmes d'information peu performants pour remplir les mandats de vigie et de protection
- Insuffisance des capacités de vigie, de détection, d'enquête des cas et contacts et de gestion des éclosions
- Enjeux éthiques entourant la mise en application de décrets faisant appel aux forces de l'ordre pour assurer le respect de l'isolement des personnes diagnostiquées, symptomatiques et exposées au virus
- Disponibilité inadéquate et problèmes d'approvisionnement des équipements de protection individuelle (ÉPI)

INITIATIVES

- Opération de la DRSP à l'aéroport international Pierre-Elliott-Trudeau de Montréal pour sensibiliser les voyageurs internationaux à l'isolement préventif
- Mise en place d'une cellule de veille stratégique et scientifique
- Déploiement de cliniques de dépistage mobiles dans les quartiers chauds
- Mise en place rapide d'une équipe régionale spécialisée en biosécurité et en mesures de prévention et contrôle des infections pour soutenir les milieux vulnérables sur le terrain (ex. : RPA, milieux d'hébergement, congrégations religieuses) et les préparer à appliquer des mesures de contrôle
- Rehaussement du soutien aux milieux de travail dès le mois d'avril (ex. : ligne téléphonique dédiée) et création d'un guide de gestion des éclosions pour les milieux de travail à Montréal repris par plusieurs autres régions
- Blitz de visites de sensibilisation conjointes CNESST - RSPSAP auprès d'établissements des secteurs de la restauration et des bars
- Collaboration avec le Service de développement économique de la Ville de Montréal pour évaluer les niveaux de risque de transmission du virus selon l'importance relative des différents secteurs d'activité économique
- Soutien aux plans d'action locaux pour la gestion de la pandémie par le milieu philanthropique (Centraide, Fondation philanthropique du Canada, etc.)

^{xi} Voir l'Annexe 1 pour les données et les indicateurs relatifs aux six vagues de la pandémie.

Figure 8 : Nombre de décès et taux de mortalité de la COVID-19 parmi les personnes résidant dans les milieux ouverts ou inconnus, vague 1



DRSP CCSMTL, Équipe surveillance, 2022

3.2.2 Deuxième vague : août 2020 à mars 2021

	Août	Septembre	Octobre	Décembre	Janvier	Février	Mars
		4 sept Plan de réponse à la pandémie COVID-19 - Volet Santé publique 15 sept Palier jaune 18 sept Palier orange 20 sept Palier rouge		17 déc Fermeture des écoles et télétravail obligatoire	3 janv Enquête épidémiologique pour l'éclosion de COVID-19 chez les personnes en situation d'itinérance à Montréal 14 janv Campagne de vaccination dans les milieux de l'itinérance		
	23 août Début de la 2 ^e vague août Rentrée scolaire	sept Centre de commandement du réseau de la santé montréalais Mesures de reconfinement progressif 8 sept Système d'alertes régionales par paliers de couleurs 12 sept Amendes pour le non-port du masque	1^e oct Demande de limiter les contacts pour 28 jours 8 oct Masque obligatoire dans les écoles secondaires	3 déc Rassemblements interdits sauf pour les personnes seules 14 déc Vaccination des résidents et travailleurs en milieux de soins et de vie pour aînés 14 déc Début vaccination CHSLD 29 déc Variant alpha	7 janv Resserrement des mesures aux frontières 9 janv Début du couvre-feu 11-18 janv Rentrée scolaire	8 fév Assouplissement de certaines mesures 9 fév Variant bêta 18 fév Accès gratuit à des tests de détection rapide dans certaines entreprises	1^{er} mar Début de la vaccination populationnelle selon les groupes d'âge 6 mar Variant gamma 20 mar Fin de la 2 ^e vague

FAITS SAILLANTS

Événements épidémiologiques marquants

- Transmission communautaire en augmentation : réouverture de nombreux milieux de travail, retour en classe, reprise des activités et multiplication conséquente des contacts entre les individus et les groupes
- Des jeunes adultes davantage exposés : plus grand nombre de cas chez les 24-35 ans
- Des milieux de vie pour personnes âgées toujours vulnérables : 55 % des décès pour cette vague
- Des éclosions en milieu de travail : trois fois plus que lors de la première vague⁴⁸
- Introduction ponctuelle de nouveaux variants : un premier cas de variant alpha dès décembre

Principales réponses

- Capacité accrue de suivre la situation : accès généralisé aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN)
- Rehaussement significatif des capacités de santé publique : embauche et intégration de centaines de personnes venues prêter main forte
- Bilan de la 1^{ère} vague à Montréal et Plan régional de réponse à la pandémie (2^e vague) : amélioration de la préparation et de la coordination des actions au niveau régional
- Informatisation des processus d'enquête : implantation d'outils indispensables pour la vigie et la gestion des cas et des contacts
- Fluctuation importante des mesures de gestion de la pandémie : Montréal au palier rouge, exigence du masque dans les lieux publics, fermeture de divers milieux et couvre-feu
- Début du déploiement d'une offre de vaccination aux personnes âgées et au personnel de la santé : avancée majeure pour le contrôle de la transmission, réduction de la morbidité et de la mortalité

DÉFIS RENCONTRÉS

- Impacts collatéraux liés à la mise en application du couvre-feu auprès de certaines communautés marginalisées (ex. : personnes en situation d'itinérance, personnes utilisatrices de drogues, migrants à statut précaire)
- Capacité limitée à identifier les personnes infectées par de nouveaux variants
- Capacité du réseau de santé publique à modifier son approche de vigie, gestion des cas et des contacts et gestion des éclosions ainsi que des mesures populationnelles pour freiner l'arrivée des variants possiblement plus pathogènes et transmissibles dans une optique suppressive
- Défis persistants pour la vigie et la gestion des éclosions malgré la mise en place d'outils informatisés pour la gestion des cas individuels et de leurs contacts

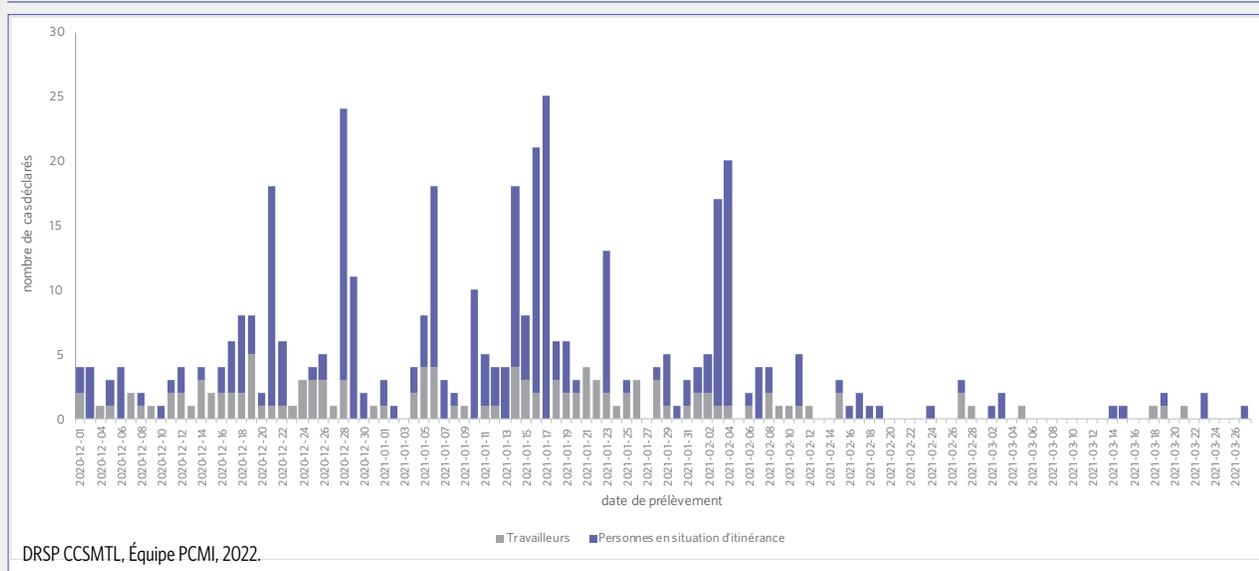
INITIATIVES

- Nouvelles stratégies de traçage à rebours visant à mieux contrôler les événements de superpropagation
- Approche montréalaise de gestion de la pandémie, incluant la révision complète des interventions de contrôle de la pandémie pour faire face à l'arrivée des nouveaux variants
- Collaboration étroite avec les laboratoires des grappes Optilab pour assurer une vigie des nouveaux variants et une intervention de protection adaptée
- Mise en place d'un centre d'appel pour le soutien aux enquêtes épidémiologiques de la DRSP (collecte d'information de base pour les enquêtes, envoi par courriels de consignes et directives, suivi téléphonique, envoi de messages texte, courriels ciblés, etc.) Près de 100 000 appels ou activités réalisés entre juillet 2020 et juin 2021
- Projet de soutien à l'isolement des cas et des contacts par la Croix-Rouge déployé à Montréal, en collaboration avec le CRMU du CCSMTL
- Priorisation de la vaccination des personnes en situation d'itinérance et des travailleurs des milieux d'hébergement qui les accueillent
- Mise en place de la « Communauté de pratique pour la santé psychologique des travailleurs de la santé de Montréal » en soutien à l'ensemble des CIUSSS du réseau montréalais
- En collaboration avec les établissements scolaires, déploiement d'une offre de soutien aux directions pour la gestion des éclosions afin de limiter les fermetures de classes ou d'écoles

Éclosion majeure dans les milieux de l'itinérance - des défis complexes, des solutions concertées

À l'hiver 2021, une éclosion majeure frappe les milieux de l'itinérance à Montréal. Pour protéger les personnes et la main-d'œuvre des ressources qui les accueillent, une enquête épidémiologique en vertu de l'article 96 de la Loi sur la santé publique est déclenchée, par la DRSP, le 3 janvier 2021. Cette enquête permet de documenter la survenue de 408 cas diagnostiqués de COVID-19 entre les 1^{er} décembre 2020 et le 27 février 2021, soit 296 personnes en situation d'itinérance et 112 travailleurs (figure 9). Au plus fort de la crise, jusqu'à 25 nouveaux diagnostics sont posés chaque jour et des taux de positivité de plus de 50 % sont régulièrement observés. Près d'une trentaine de milieux sont touchés par des éclosions, que ce soit des haltes-chaud fréquentées par des clientèles plus mobiles ou encore des grands refuges et autres ressources d'hébergement communautaire.

Figure 9 : Courbe épidémique des cas de COVID-19 diagnostiqués dans le milieu de l'itinérance, Montréal, 1^{er} décembre 2020 au 27 février 2021



L'enquête épidémiologique a permis de coordonner les actions requises pour intervenir efficacement dans une situation à très haut niveau de complexité en réunissant les partenaires communautaires jouant un rôle majeur dans la prestation de services directs : le Service régional en itinérance du CCSMTL, les équipes territoriales des CIUSSS et la Ville de Montréal.

En plus de faciliter le déploiement de mécanismes de coordination plus robustes et fluides, l'enquête a représenté un levier supplémentaire pour procéder à la convergence des ressources nécessaires à la mise en place de lieux d'isolement adaptés et sécuritaires, à la réduction des risques de bris de services et à la prestation de services, dont le dépistage de proximité. Elle a également contribué à libérer des doses de vaccins pour une population vulnérable qui n'y était pas encore admissible selon les critères provinciaux en vigueur. Ce sont ainsi 1101 premières doses qui ont pu être offertes aux personnes en situation d'itinérance entre les 15 janvier et 25 février 2021.

Les ressources, trajectoires et processus mis en place dans le cadre de cette vaste mobilisation ont par ailleurs permis d'asseoir les fondations d'un réseau de services plus fiable et mieux coordonné pour faire face à l'arrivée ultérieure de nouveaux variants.

3.2.3 Troisième vague : mars à juillet 2021

	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
MTL		1^{er} avr Mesures d'urgence 8 avr Mesures rehaussées 12 avr Assouplissement des mesures en milieu d'enseignement	28 mai Levée du couvre-feu		7 juin Montréal passe au palier orange
QC / INT	21 mar Début de la 3 ^e vague 22 mar Variant bêta 23 mar 1 million de Québécois ont reçu leur 1 ^{ère} dose 29 mar Retour en classe à temps plein pour les élèves de 3 ^e , 4 ^e et 5 ^e secondaire Fin mar Assouplissement progressif des mesures	14 avr 25% des Québécois vaccinés 19 avr Fermeture de la frontière Québec-Ontario 22 avr Début de la vaccination de proximité des travailleurs des milieux à risque important d'éclosion 26 avr Variant delta	18 mai 50% des Québécois vaccinés Fin mai-juin Accélération des assouplissements	28 juin Palier vert	17 juil Fin de la 3 ^e vague

FAITS SAILLANTS

Événements épidémiologiques marquants

- Transmission communautaire soutenue de nouveaux variants dont le variant alpha : situation contrôlée par une approche suppressive régionale
- Diminution des hospitalisations pour les formes graves de la maladie : deux à quatre fois moins d'hospitalisations que lors des deux premières vagues
- Nette amélioration du bilan en milieux de soins et de vie pour personnes âgées : 14 % des décès survenus chez des résidents des milieux de vie pour personnes âgées
- Atteinte puis dépassement du seuil de 75 % de couverture vaccinale 1^{ère} dose⁴⁸ : hausse des couvertures et réduction des écarts entre les groupes

Principales réponses

- Intervention adaptée face à la survenue des variants : capacités de criblage systématique décentralisées et interventions de santé publique spécifiques
- Campagne de vaccination : mobilisation sans précédent du réseau et de la population

DÉFIS RENCONTRÉS

- Rareté des vaccins et attribution de doses de vaccins sous-optimale à Montréal compte tenu de son poids démographique, du nombre de personnes domiciliées hors de Montréal vaccinées dans le réseau régional (notamment le personnel de la santé) et du niveau de risque de transmission plus élevé (ex. : milieux de travail particulièrement denses des secteurs de l'entreposage et manufacturier)
- Fatigue pandémique ressentie par la population alors qu'une proportion grandissante de celle-ci perçoit des incohérences quant à la proportionnalité des mesures sanitaires mises en œuvre

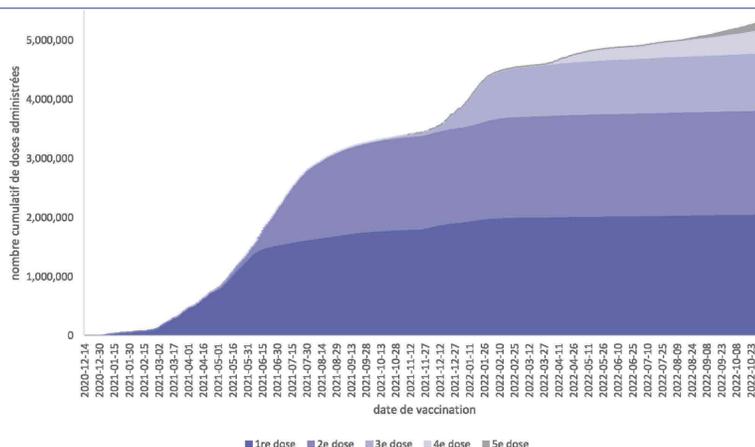
INITIATIVES

- Déploiement rapide de l'approche différenciée de gestion des cas et contacts de variants préconisée dans le Plan régional de réponse à la pandémie (volet « contrôle de la transmission ») élaboré lors de la 2^e vague
- Projet de vaccination en anneau pour ralentir la propagation du nouveau variant à Montréal
- Opérations de vaccination de proximité à l'intention des travailleurs de milieux à risque (ex. : abattoirs, travailleurs étrangers temporaires et autres entreprises vulnérables aux éclosions) et séances de promotion de la vaccination en entreprise
- Déploiement du « Projet PME », en collaboration avec les chambres de commerce, pour adapter les outils de soutien aux milieux de travail afin de répondre aux besoins spécifiques des petites entreprises
- Gestion d'éclosions d'envergure en milieu carcéral avec un éventail d'interventions de santé publique : visites du milieu, formations, développement de procédures et de protocoles, analyses génomiques, etc.

Campagne montréalaise de vaccination contre la COVID-19

Le déploiement d'une vaste campagne de vaccination contre la COVID-19 constitue l'un des moments forts de la réponse régionale à la pandémie impliquant une collaboration entre différentes instances, notamment le MSSS, l'INSPQ, le CIQ, le Centre de commandement montréalais, la DRSP, les CIUSSS et les ÉNF. Avec le soutien supplémentaire des organismes communautaires et le milieu philanthropique, les équipes de vaccination des CIUSSS ont mis en place des services sur l'ensemble du territoire. Outre les centres de vaccination de masse, des efforts intenses ont été déployés pour accroître la vaccination de différents groupes de population incluant les jeunes adultes, les membres de certaines communautés culturelles⁴⁹ et religieuses, les personnes autochtones, les personnes en situation d'itinérance, les travailleurs de milieux vulnérables et les enfants fréquentant le milieu scolaire. Les nombreuses cliniques de proximité des CIUSSS ont ainsi permis de réduire les écarts de couverture vaccinale entre les différents groupes et territoires de voisinage de la région; les couvertures ont augmenté progressivement pour tous les groupes d'âge et les écarts se sont atténués, de sorte qu'en mai 2022, les taux de primovaccination varient entre 76 % et 83 %, selon le niveau de l'indice de défavorisation matérielle. En juin 2021, au plus fort de l'opération, jusqu'à 34 000 doses de vaccins ont été administrées en une seule journée à Montréal. Alors que les efforts de vaccination se poursuivent toujours, plus de 5 000 000 de doses ont déjà été administrées à Montréal.

Figure 10 : Nombre cumulé de doses de vaccins contre la COVID-19 administrées à Montréal selon la date de vaccination, du 14 décembre 2020 au 30 octobre 2022



Source : Indicateur « Liste des usagers » de l'infocentre (INSPQ), extraction du 8 novembre 2022 pour les personnes vaccinées à Montréal.
 Note 1 : 30 personnes vaccinées à Montréal avaient une date de première vaccination avant le 14 décembre 2020. Elles sont exclues de cette analyse.
 Note 2 : 4461 doses administrées à des personnes dont l'adresse de résidence est à Montréal ont un lieu de vaccination inconnu. Elle ne sont pas incluses dans cette analyse.
 DRSP CCSMTL, Équipe PCMI, 2022.

Vaccination en anneau pour freiner la progression du variant alpha à Montréal

La transmission communautaire soutenue du variant alpha dès février 2021 survient dans un contexte de disponibilité restreinte de vaccins contre la COVID-19 à l'échelle mondiale. Pour faire face à cet enjeu d'approvisionnement, les autorités provinciales adoptent différentes stratégies, dont celles de différer la deuxième dose et de procéder par ordre décroissant de tranches d'âge pour offrir la vaccination à la population.

La DRSP élabore quant à elle une stratégie de vaccination en anneau visant à contrôler la transmission de ce nouveau variant directement dans l'épicentre montréalais formé de quelques territoires. La transmission locale y est soutenue en raison de multiples introductions indépendantes du variant alpha, amplifiées par une importante transmission domiciliaire, en milieux scolaires et en milieux de garde.

L'opération déployée par le CCOMTL a permis de vacciner (première dose) près de 12 000 personnes, que ce soit des parents d'enfants fréquentant l'un des 48 milieux de garde ou des 32 écoles des deux quartiers visés, ou des travailleurs de ces milieux. Peu après le déploiement de l'opération, la vaccination en anneau a été associée à une réduction des risques de contracter le variant alpha dans les secteurs visés.

En plus de contribuer à un meilleur contrôle de la transmission à Montréal, ce projet a généré des connaissances utiles à l'action qui ont fait l'objet d'une publication scientifique⁵⁰. Les résultats indiquent qu'après l'offre de vaccination aux personnes les plus à risque d'hospitalisation et de décès (ex. : résidents des milieux de soins et de vie pour personnes âgées), il peut être stratégique d'envisager rapidement de vacciner spécifiquement des personnes résidant, travaillant ou fréquentant des quartiers ou des milieux (ex. : scolaires, de garde) où le nombre de cas de COVID-19 est élevé ou en augmentation. De telles opérations circonscrites dans le temps et l'espace peuvent ralentir significativement la transmission de la COVID-19 dans la population.

3.2.4 Quatrième vague : juillet à novembre 2021

	Juillet	Août	Septembre	Novembre	Décembre
MTL		27 août Non-renouvellement de l'état d'urgence			
QC / INT	18 juil Début de la 4 ^e vague	Août 5 millions de Québécois sont doublement vaccinés 9 août Allègement de certaines mesures aux frontières pour les personnes considérées adéquatement vaccinées 24 août Rentrée scolaire en présence pour tous les élèves sans restriction de bulles-classes	1^{er} sept Instauration du passeport vaccinal 9 sept Réduction de la durée de la période d'isolement des contacts 17 sept Déploiement des tests rapides en milieu scolaire 28 sept Dose de rappel pour les résidents des milieux de soins et de vie pour aînés 30 sept 75 % de l'ensemble de la population du Québec est adéquatement vacciné	15 nov Fin du port du masque au secondaire et en milieu de travail, fin de la consigne visant à privilégier le télétravail 16 nov Dose de rappel offerte aux personnes de 70 ans et plus dans la communauté 24 nov Début de la vaccination des 5 à 11 ans 29 nov Variant omicron	4 déc Fin de la 4 ^e vague

FAITS SAILLANTS

Événements épidémiologiques marquants

- Hospitalisations en nombre modéré : plateau jusqu'à la recrudescence des cas à la fin novembre
- Progression marquée de la vaccination : rehaussement de l'offre de vaccination auprès des populations moins vaccinées
- Transmission communautaire de nouveaux variants dont le variant delta : assouplissement des mesures de contrôle aux frontières par le gouvernement fédéral

Principales réponses

- Réouverture de la presque totalité des secteurs d'activités suite à la vaccination de la majorité de la population : passeport vaccinal pour toute activité jugée non-essentielle
- Retour en classe en période de circulation intense du virus : poursuite du soutien aux directions d'école pour gérer les éclosions en limitant les fermetures de classes ou d'écoles

DÉFIS RENCONTRÉS

- Intensification des impacts collatéraux de la pandémie
- Distribution à grande échelle de tests rapides aux parents d'enfants fréquentant les services de garde et les établissements scolaires primaires dans une optique de responsabilisation des individus
- Imprécision des données de vigie (nombre de cas) associée à l'augmentation de la distribution de tests rapides et la réduction du rôle des interventions de gestion des cas et contacts dans la stratégie de contrôle en l'absence de déclaration systématique des résultats positifs

INITIATIVES

- Mise à jour dès juillet 2021 du volet contrôle de la transmission du Plan régional de réponse à la pandémie pour anticiper la survenue potentielle d'une épidémie d'influenza saisonnière concomitante à la pandémie de COVID-19
- Publication par la DRSP d'analyses détaillées⁵¹ des effets collatéraux de la pandémie sur les Montréalais reprises dans de nombreux médias
- Rayonnement de différentes interventions de la DRSP dans des forums scientifiques canadiens et internationaux, par exemple :
 - Présentation des mécanismes de veille et d'expertise scientifique et stratégique de la DRSP de Montréal à la Conférence canadienne de santé publique du Canada
 - Article scientifique sur les interventions de la DRSP auprès des communautés religieuses⁵²
 - Présentation des travaux sur les impacts de la pandémie sur les minorités ethnoculturelles et les immigrants vulnérables lors du Congrès scientifique du Centre de recherche en santé publique (CRSP) de Montréal

3.2.5 Cinquième vague : décembre 2021 à mars 2022

	Décembre	Janvier	Février	Mars
MTL		Janv 2022 Publication du rapport de la CSBE	Fév 2022 Fin des activités du Centre de commandement du réseau de la santé montréalais	
QC / INT	<p>5 déc Début de la 5^e vague</p> <p>6 déc Déploiement des TDAR en milieu de garde</p> <p>7 déc. Élargissement des indications pour la dose de rappel</p> <p>20 déc Déploiement des TDAR à l'ensemble de la population et resserrement de plusieurs mesures</p> <p>26 déc Nombre maximal recommandé de personnes pouvant se réunir lors de rassemblements privés intérieurs passe à 6</p> <p>28 déc Réduction de la durée de la période d'isolement des travailleurs de la santé infectés</p> <p>29 déc Élargissement des indications pour la dose de rappel aux travailleurs essentiels puis à l'ensemble de la population</p> <p>31 déc Couvre-feu et resserrement de certaines mesures</p>	<p>5 janv Resserrement des indications de tests PCR et réduction des durées d'isolement recommandées</p> <p>17 janv Levée du couvre-feu</p> <p>31 janv Plusieurs assouplissements supplémentaires</p>		<p>Mar 2022 Fin de la 5^e vague et levée de la plupart des mesures qui étaient toujours en vigueur</p>

FAITS SAILLANTS

Événements épidémiologiques marquants

- Vague la plus courte dominée par le variant omicron beaucoup plus transmissible : vague générant le plus grand nombre de cas depuis le début de la pandémie
- Des milieux de vie pour personnes âgées touchés : retour à une proportion (36 %) importante des décès

Principales réponses

- Renforcement et relâchement des mesures sanitaires : fin décembre, le gouvernement du Québec annonce la distribution graduelle des tests rapides à l'ensemble de la population et le resserrement de certaines mesures populationnelles
- Restriction de l'accès aux TAAN à certains groupes ciblés de la population
- Adaptation de l'approche de gestion de la pandémie : approche basée principalement sur la responsabilité individuelle pour faire face au variant omicron et réduire les impacts collatéraux des mesures sanitaires

DÉFIS RENCONTRÉS

- Perte de la capacité de vigie populationnelle par l'accès restreint aux TAAN et par l'utilisation généralisée des tests rapides
- Absence de criblage pour distinguer les infections au nouveau variant
Dépassement précoce de la capacité d'enquête de la DRSP face au volume inégalé de nouveaux cas

INITIATIVES

- Contribution majeure d'expertises montréalaises spécialisées en réduction des impacts collatéraux dans le développement de la nouvelle approche d'auto-gestion individuelle de la pandémie
- Reprise graduelle des activités régulières (notamment des programmes/ services auprès des populations vulnérables)
- Publication d'un cadre de référence sur le rétablissement des communautés

3.2.6 Sixième vague : mars à mai 2022

Mars

Mai

Juin



13 mar Début de la 6^e vague
14 mar Levée du passeport vaccinal dans les milieux où il était toujours en vigueur
17 mar Disponibilité du Paxlovid en pharmacie communautaire
29 mar Début de l'offre de la deuxième dose de rappel (4^e dose)

mai Publication du rapport de la coroner sur les milieux d'hébergement
14 mai Levée de l'obligation de port du masque dans la plupart des lieux publics, à l'exception des transports et établissements de santé
28 mai Fin de la 6^e vague
29 mai Début de la 7^e vague

1^{er} juin Levée de l'état d'urgence sanitaire

FAITS SAILLANTS

Principales réponses

- Gestion de la pandémie axée exclusivement sur la responsabilité individuelle : fin des mesures populationnelles, tests rapides, isolement volontaire et levée du port du masque
- Levée de l'état d'urgence sanitaire le 1^{er} juin 2022 : après 115 décrets de renouvellement, le gouvernement du Québec lève l'état d'urgence sanitaire en vigueur depuis mars 2020

DÉFIS RENCONTRÉS

- Fatigue de la population susceptible de limiter son engagement envers les mesures populationnelles advenant le déferlement d'une nouvelle vague de grande ampleur
- Nécessité d'intensifier les interventions sur les impacts collatéraux de la pandémie (ex. : santé mentale, violence, réduction des couvertures vaccinales, exacerbation des ISS)
- Taux de roulement important des ressources humaines et perte significative d'expertise après presque trois ans d'urgence sanitaire
- Rétablissement face à la pandémie : nécessité de réviser l'offre de services sous l'angle du rétablissement et de l'exacerbation des ISS, notamment le Plan d'action régional intégré de santé publique (PARI)

INITIATIVES

- Fortes des leçons apprises lors de la pandémie de COVID-19, les équipes de santé publique de Montréal mettent rapidement en place une réponse adaptée à l'épidémie de variole simienne tout en poursuivant leurs interventions liées à la COVID-19

3.3 Une pandémie asymétrique - aperçu des inégalités sociales de santé et des impacts collatéraux

La pandémie a affecté davantage certains groupes de la population montréalaise. Différents facteurs peuvent expliquer que le fardeau porté par ces groupes ait pu être particulièrement lourd : exposition plus grande aux risques à la santé, barrières à l'accès aux mesures de prévention et de protection (ex. : dépistage, vaccination, capacité de s'isoler), conditions de vie précaires, etc.

Au-delà de ces facteurs, la réponse à la pandémie a pu exacerber des inégalités préexistantes et engendrer des impacts collatéraux inattendus. Ces impacts découlent des mesures individuelles de gestion des cas et des contacts (perte de revenu pendant la période d'isolement préventif, etc.) ou encore des mesures déployées à l'échelle de la population pour endiguer la crise (isolement social, problèmes de santé mentale, etc.)

La pandémie de COVID-19 rappelle ainsi l'importance de prendre en considération à la fois les inégalités sociales de santé préexistantes et leur exacerbation en période de crise afin d'en atténuer les impacts sur la population en général et, en particulier, sur les populations en situation de vulnérabilité.

Exacerbation des inégalités sociales de santé en temps de pandémie

Les inégalités sociales de santé (ISS)

Les inégalités sociales de santé sont des écarts dans l'état de santé existants de façon systématique entre les groupes socioéconomiques d'une même population. Au-delà des facteurs biologiques et génétiques qui façonnent la santé, la répartition inégale des ressources constituant les piliers sociaux de la santé fait en sorte que les groupes défavorisés sont plus susceptibles d'être en moins bonne santé que les groupes les mieux nantis. Les ISS se traduisent, par exemple, par des écarts dans les taux d'incidence et de prévalence de certaines maladies et les risques de mortalité qui leur sont associés. Elles peuvent notamment faire varier l'espérance de vie de plusieurs années⁵³.



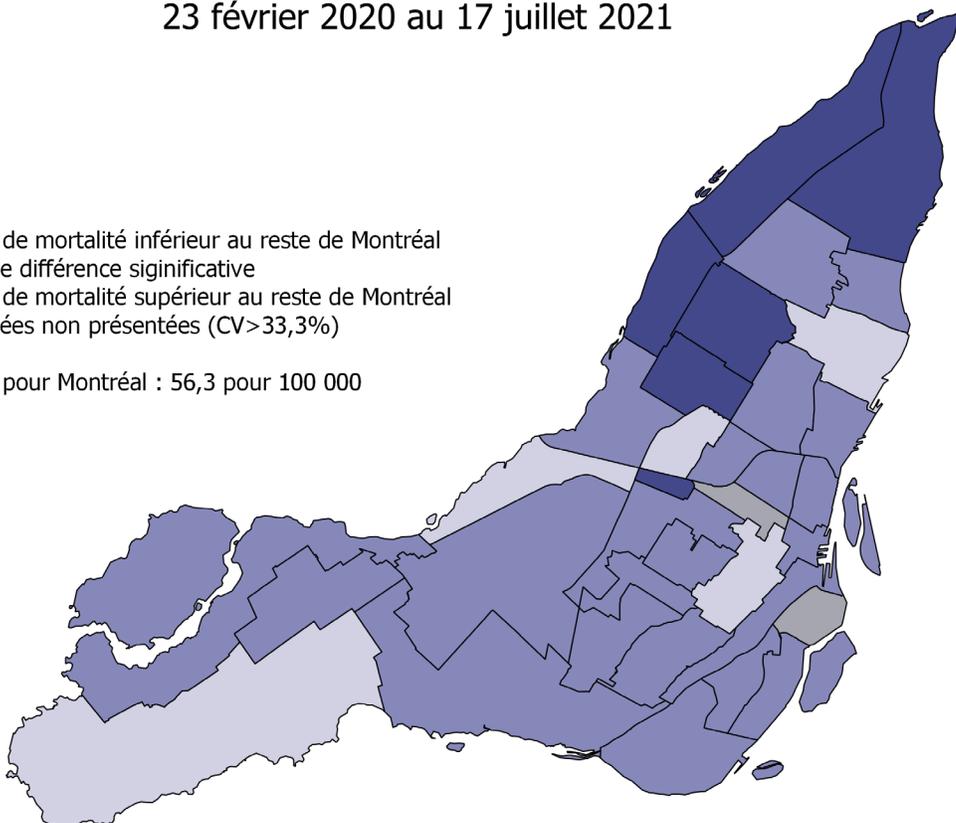
De manière générale, que ce soit aux niveaux régional ou provincial, très peu d'indicateurs sont effectivement intégrés aux systèmes de vigie pour détecter et suivre les ISS.

Si les données de vigie sur la COVID-19 comportent certaines limites, ceci est encore plus vrai en ce qui concerne les données sur les ISS qui y ont été associées. De manière générale, que ce soit aux niveaux régional ou provincial, très peu d'indicateurs sont effectivement intégrés aux systèmes de vigie pour détecter et suivre les ISS. Bien que cette lacune préexistante en matière de collecte de données ait nui à la capacité de la DRSP à identifier rapidement certaines ISS liées à la COVID-19 en territoire montréalais, des observations importantes les concernant ont néanmoins été colligées en cours de pandémie.

Taux de mortalité liés à la COVID-19, CLSC de Montréal, 23 février 2020 au 17 juillet 2021

- Taux de mortalité inférieur au reste de Montréal
- Pas de différence significative
- Taux de mortalité supérieur au reste de Montréal
- Données non présentées (CV > 33,3%)

Taux pour Montréal : 56,3 pour 100 000



Note : Taux de mortalité pour 100 000 personnes ajusté selon l'âge à la population totale en ménage privé de la RSS de Montréal, recensement 2016.
Source : BD TSP 22 août 2021, INSPQ ; Recensement 2016, Statistique Canada.

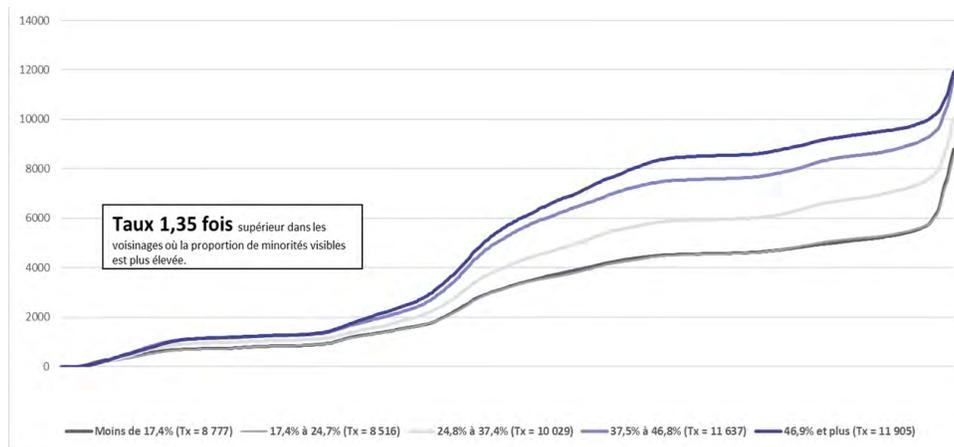
DRSP CCSMTL, Équipe de surveillance, 2022.

▪ Inégalités dans le nombre de cas de COVID-19

Entre mars 2020 et juillet 2021, les personnes vivant dans les secteurs très défavorisés de Montréal ont été infectées 2,07 fois plus que celles vivant dans les secteurs les plus favorisés. L'ampleur de cet écart s'est amenuisée dans le temps, le ratio observé en décembre 2021 ayant diminué de 75 %.

Par ailleurs, entre mars 2020 et décembre 2021, dans les voisinages où la proportion de personnes s'identifiant à une ou plusieurs minorités visibles était la plus élevée, les taux d'infection à la COVID-19 étaient 1,35 fois supérieurs à ceux d'autres secteurs (figure 11).

Figure 11 : Taux de cas par 100 000 personnes (incluant milieux fermés) selon la proportion de minorités visibles des voisinages, RSS de Montréal, 25 février 2020 au 31 décembre 2021

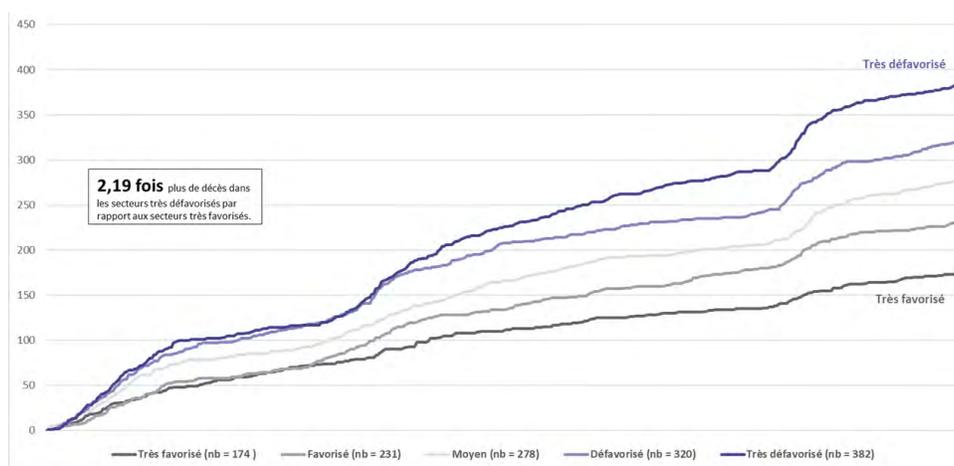


DRSP CCSMTL, Équipe de surveillance, 2022.

▪ Inégalités dans la mortalité liée à la COVID-19

En mai 2022, les décès liés à la COVID-19 demeurent 2,19 fois plus élevés dans les secteurs très défavorisés que dans les secteurs très favorisés (figure 12).

Figure 12 : Nombre cumulé de décès de la COVID-19 (excluant les milieux fermés) selon le niveau de défavorisation matérielle, RSS de Montréal 23 février au 25 mai 2022



Sources : BD TSP 5 juillet 2022, INSPQ et recensement 2016, Statistique Canada

DRSP CCSMTL, Équipe de surveillance, 2022.

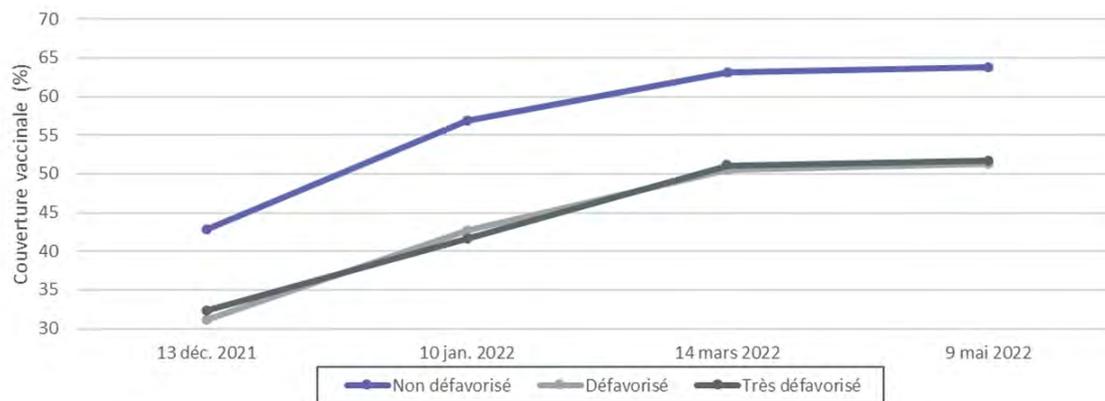
Tout comme pour les taux d'infection, davantage de décès liés à la COVID-19 sont par ailleurs survenus dans les secteurs de l'île où la proportion de personnes s'identifiant à une ou plusieurs minorités visibles était la plus élevée par rapport aux voisinages où cette proportion était plus faible.

▪ **Inégalités dans la couverture vaccinale**

Des différences importantes ont été observées dans les couvertures vaccinales selon le lieu de résidence : en juin 2021, 16 % des personnes résidant dans les secteurs très défavorisés avaient reçu leur primovaccination comparativement à 30 % dans les secteurs les plus favorisés sur le plan matériel⁵⁴. Durant la campagne de vaccination, ces couvertures ont augmenté progressivement pour tous les groupes et les écarts se sont atténués, de sorte qu'en mai 2022, les taux de primovaccination variaient entre 76 % et 83 % selon le niveau de l'indice de défavorisation matérielle.

On note que la couverture vaccinale des jeunes est plus faible dans les écoles ayant un indicateur de défavorisation élevé (figure 13)^{xii}. Par ailleurs, en mai 2022, seulement 52 % des élèves fréquentant des écoles défavorisées et très défavorisées de Montréal avaient ainsi reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 comparativement à 64 % parmi ceux fréquentant des écoles non défavorisées.

Figure 13 : Évolution de la couverture vaccinale au moins une dose parmi les élèves d'écoles publiques, selon l'indice de défavorisation du CGTSIM, RSS de Montréal, 13 décembre 2021 au 9 mai 2022



Note : Les écoles primaires privées sont incluses dans le groupe non défavorisé. Le comité de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal (CGTSIM) publie l'indice uniquement pour les écoles publiques.

Sources des données : Indice de défavorisation du CGTSIM, 2020; Registre de vaccination, Infocentre, INSPQ, 2021-2022.

DRSP CCSMTL, Équipe PCMI, 2022

Impacts collatéraux de la COVID-19 et des mesures sanitaires

Au cours de la pandémie, l'infection par le virus de la COVID-19 a provoqué de nombreuses hospitalisations et décès comme conséquences directes et immédiates de la maladie. Elle a aussi entraîné chez plusieurs personnes le développement de symptômes persistants qui caractérisent les affections post-COVID-19 (APC, également connues sous l'appellation COVID longue).

Affections post-COVID-19 (COVID longue) à Montréal^{xiii}

Les affections post-covid-19 (APC) sont des complications de l'infection encore mal comprises. Comme elles peuvent être invalidantes, elles constituent une préoccupation importante de santé publique tant aux plans individuel que populationnel.

Pour mieux saisir l'ampleur du phénomène à Montréal, la DRSP a mené une étude portant sur les adultes montréalais ayant contracté la COVID-19 au cours de la 4^e vague de la pandémie (variant delta).

^{xii} La valeur de l'indice de défavorisation du Comité de gestion de la taxe scolaire de l'île de Montréal (CGTSIM) a été mis en relation avec la couverture vaccinale par école-bâtiment pour l'analyse de corrélation. Pour les graphiques, les catégories d'écoles très défavorisées, défavorisées et non défavorisées, suivent la méthode de classification du CGTSIM sur la page 10 du document *Classification des écoles primaires et Classification des écoles secondaires selon leur indice de défavorisation* (novembre 2020). [En ligne] [Classification_des_ecoles_6nov2020_Electronique.pdf](#) ([cgtsim.qc.ca](#))

^{xiii} L'Enquête épidémiologique sur les affections post-COVID-19 à Montréal repose sur un échantillon de 2000 personnes contactées entre le 12 mai et le 18 août 2022, soit au moins cinq mois après avoir vécu un épisode aigu de COVID-19. Parmi ces personnes, 1667 remplissent les critères d'éligibilité, 1227 ont été rejointes et 639 (324 femmes et 315 hommes) ont répondu à un questionnaire sur l'affection post-COVID-19 telle que définie par l'OMS (au moins un signe ou symptôme apparu ou encore présent trois mois après le début de l'épisode aigu et ayant duré au moins deux mois, sans explication alternative). Le questionnaire porte en particulier sur 1) leurs caractéristiques sociodémographiques et ethnoculturelles 2) leurs facteurs de risque 3) les signes ou symptômes qu'elles ont présentés depuis leur épisode aigu 4) leur accès aux services de santé 5) leur utilisation des services de santé reliée à la COVID-19 et 6) l'impact de la COVID-19 sur leur travail et autres activités, leurs relations sociales et leur santé mentale. Les résultats rapportés sont statistiquement significatifs mais non ajustés pour d'éventuels facteurs de confusion. L'analyse se poursuit.

L'étude porte sur un échantillon de 2000 personnes ayant eu un premier TAAN positif pour la COVID-19 déclaré à la DRSP de Montréal entre le 18 juillet 2021 et le 4 décembre 2021. Parmi les 518 participants n'ayant eu qu'un seul épisode aigu de COVID-19, 32 % ont présenté une APC. Parmi ceux-ci :

- 27 % ont eu 1 à 4 symptômes persistants et 5 %, de 5 à 15 symptômes
- Seulement 5 % ont dû être hospitalisés pour leur APC, mais 29 % ont consulté un médecin de famille pour des symptômes persistants et 13 %, un médecin spécialiste
- La consultation des médecins (de famille ou spécialistes) a été 2 fois plus élevée et celle des pharmaciens, 4 fois plus
- Contrairement aux activités reliées au travail, les activités suivantes ont été limitées : sociales, physiques, loisirs, soins personnels, routine et soutien à l'entourage⁵⁵.



Toutefois, il n'a pas été possible d'instaurer un système de surveillance robuste à même de suivre activement les conséquences de la pandémie sur les individus et les groupes plus vulnérables.

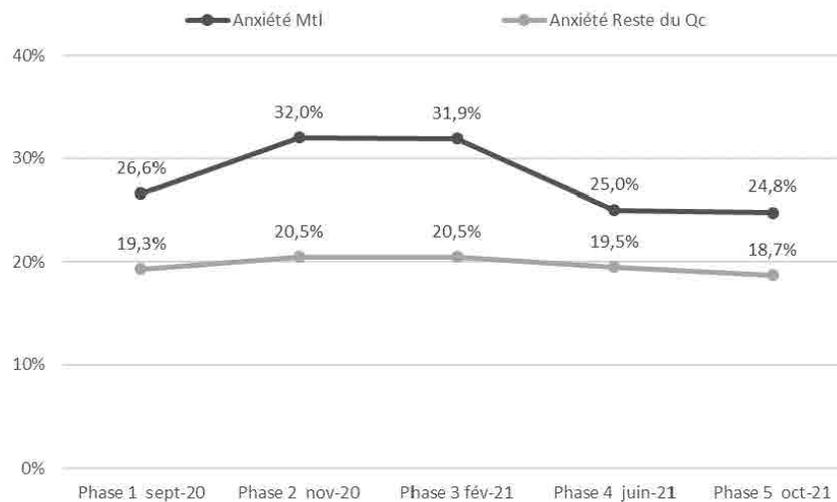
Dès les premières vagues, les impacts collatéraux liés à la mise en place de mesures populationnelles ont été documentés, au Québec et à Montréal, par le biais de sondages réalisés auprès de la population générale. Toutefois, il n'a pas été possible d'instaurer un système de surveillance robuste à même de suivre activement les conséquences de la pandémie sur les individus et les groupes plus vulnérables. Pour mieux circonscrire ces effets sur la santé de la population, de nombreuses recherches devront être menées prospectivement.

En dépit de ces limites propres à l'état d'avancement des connaissances sur les impacts collatéraux, des constats préliminaires peuvent néanmoins être faits à partir des données québécoises et montréalaises disponibles. Certains d'entre eux sont présentés dans ce qui suit.

▪ Santé mentale

Des données d'enquête colligées entre septembre 2020 et octobre 2021 révèlent que la présence auto-rapportée de symptômes compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée (TAG) ou un trouble dépressif probable (TD) est plus élevée à Montréal que dans le reste du Québec (figure 14). Cet écart s'est réduit à partir de juin 2021, alors que la proportion de Montréalais sondés rapportant des symptômes de TAG ou de TD, tout en demeurant élevée, passe de 32 % à 25 %⁵⁶.

Figure 14 : Évolution de symptômes auto-rapportés compatibles avec un trouble d'anxiété généralisée (TAG) ou un trouble dépressif probable (TD) chez les adultes, Montréal, septembre 2020-juin 2021



Source: Girouard, N., & Ouédraogo, M. Santé psychologique des Montréalais après 18 mois de pandémie DRSP CCSMTL, août 2022.

https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/corona-virus/situation-montreal/point-sante/sante-psycho/Sante-psychosociaux_18mois.pdf

Impacts collatéraux précoces sur la santé de la population montréalaise

Des sondages menés dès les mois d'avril et mai 2020 font état de certains impacts initiaux de la pandémie sur le bien-être des Montréalais sondés⁵⁷.

Des impacts sur la santé mentale

Dégradation de la qualité ou de la durée du sommeil, irritabilité, anxiété et sentiment d'impuissance face à la situation sont des manifestations documentées tôt dans la pandémie. Ces impacts sont ressentis davantage par les femmes. Les parents avec des enfants à la maison rapportent quant à eux, des symptômes compatibles avec l'anxiété généralisée ou la dépression majeure dans une proportion plus élevée à Montréal (27 %) qu'ailleurs au Québec (22 %). Chez les jeunes adultes montréalais de 18 à 24 ans, cette proportion atteint 46 % alors qu'elle s'élève plutôt à 24 % chez les 25 ans et plus. Elle est plus élevée à Montréal qu'ailleurs dans la province.

Une consommation d'alcool et de cannabis accrue

Au début de la pandémie, les changements d'habitudes de consommation ont varié : certains ont diminué leur consommation, d'autres l'ont augmentée. Au chapitre de la consommation quotidienne d'alcool (tous les jours ou presque), une hausse importante a été rapportée parmi les consommateurs montréalais. Lorsqu'invitée à quantifier leur consommation avant la pandémie et après le début de la pandémie, la proportion de personnes rapportant une consommation quotidienne est passée de 11 % avant la pandémie à 27 % entre avril et mai 2020. Parmi les consommateurs de cannabis, cette consommation quotidienne auto-rapportée est passée de 21 % avant la pandémie à 34 % entre avril et mai 2020.

Accessibilité aux services

À Montréal, 30 % des personnes sondées en avril et mai 2020 considèrent que la pandémie a eu un impact considérable sur leur accès aux soins de santé. Dans le reste du Québec, cette proportion est moindre (19 %). Les Montréalais ayant un revenu plus faible sont par ailleurs encore plus nombreux à percevoir que leur accès aux soins a été considérablement affecté (37 %).

Insécurité alimentaire

Les données colligées par sondage suggèrent que le problème d'insécurité alimentaire en forte hausse au début de la pandémie dans la région de Montréal, s'est atténué entre avril et juin 2020⁵⁸. Toutefois, pour l'ensemble du Québec, au mois de juillet 2022, 9 % des adultes vivent tout de même dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire marginale, tandis que 14 % vivent dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave⁵⁹.

Violence conjugale

Selon une étude portant sur les impacts psychosociaux de la pandémie et réalisé à l'aide de questionnaires en ligne envoyés à quatre moments clés de la pandémie, en octobre 2021, les femmes montréalaises vivant en couple présentent un risque de subir de la violence de la part de leur partenaire plus élevé (22,5 %) que les femmes résidant ailleurs au Québec (17,6 %). Qui plus est, les femmes québécoises ont rapporté avoir subi de la violence de la part de leur partenaire dans une proportion plus grande lors des périodes de resserrement des mesures sanitaires, soit en février 2021 (3,2 %) et en octobre 2021 (3,1 %). Cette proportion atteint son niveau le plus bas en juin 2021 (2,4 %), période de déconfinement⁶⁰.

Des inégalités marquées pour les familles et les enfants éprouvés par la pandémie

La pandémie et les mesures de santé publique ont mené à d'importants impacts négatifs sur la santé physique, la santé mentale et le développement des enfants, adolescents et jeunes adultes⁶¹. Des impacts plus importants encore ont été observés auprès d'enfants et familles vivant en contexte de vulnérabilité⁷.

Durant la 1^{ère} vague, différents facteurs ont pu y contribuer, incluant :

- le délestage de plusieurs services de santé et services sociaux essentiels
- l'arrêt de nombreuses activités sportives, de loisir, culturelles et parascolaires
- la diminution importante des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) malgré une hausse du phénomène de violence familiale et conjugale
- la consultations tardives pour des problèmes de santé aigus
- la fermeture prolongée des écoles et des services de garde éducatifs à l'enfance (SGÉE) entraînant des pertes éducatives importantes
- les nombreuses sources de stress dans les familles (travail, finances, enfants à la maison, isolement, etc.)

Des répercussions à long terme de ces impacts sont à prévoir, notamment en ce qui concerne les éléments suivants :

- retard de développement des enfants, plus spécifiquement au regard du développement socioaffectif et du développement du langage⁶²
- dégradation de la santé mentale des jeunes⁶³
- retards éducatifs, échecs scolaires et décrochage scolaire⁶⁴
- dégradation des habitudes de vie (activité physique, temps écran et sommeil, etc.)⁶⁵
- dégradation des conditions de vie (insécurité alimentaire, pauvreté, logement, etc.)⁶⁶
- retards vaccinaux au niveau du calendrier régulier⁶⁷

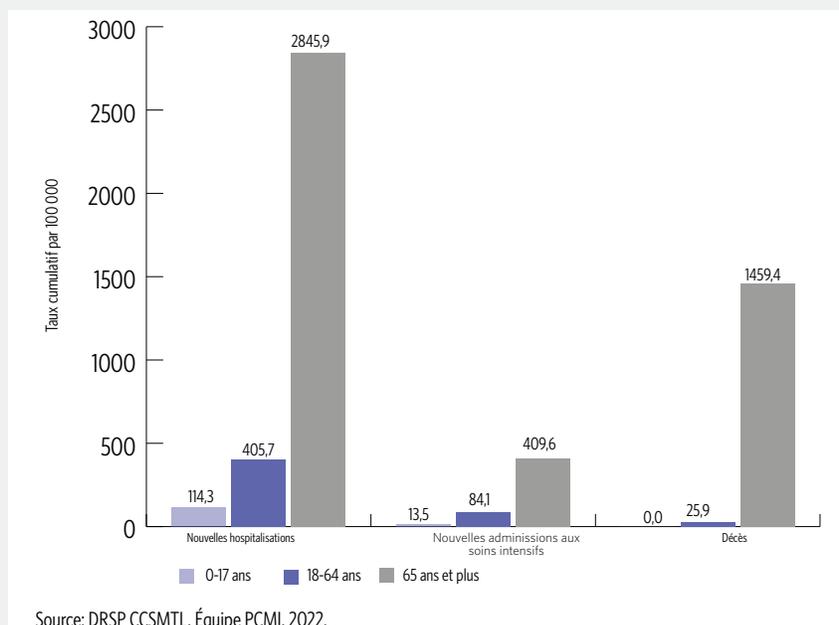
Par ailleurs, les enfants fréquentant les écoles et les SGÉE ont été affectés par les fermetures de classes fréquentes, le port du masque en éducation physique, l'annulation de toutes les sorties et activités extracurriculaires, l'instauration du passeport vaccinal pour le parascolaire, etc. Les isolements successifs et prolongés (parfois un minimum de 28 jours)^{xiv} ont également eu des impacts collatéraux majeurs sur de nombreuses familles montréalaises, notamment au niveau de la vie familiale, du développement des jeunes, de la santé mentale et du travail.

Les personnes âgées - largement affectées par la pandémie

Au cours de la pandémie, à Montréal, les personnes âgées sont incontestablement celles qui ont porté le plus lourd fardeau de mortalité et de morbidité grave. En matière de mortalité, à chacune des six vagues, on observe effectivement le plus grand nombre de décès et les taux de mortalité les plus élevés chez les personnes de 85 ans et plus. Elles sont également celles dont les taux d'hospitalisation pour des raisons liées à la COVID-19 sont demeurés les plus élevés en tout temps. En termes de soins intensifs, ce sont les personnes âgées de 75 à 84 ans qui ont eu les taux d'hospitalisation les plus élevés jusqu'à la 5^e vague, alors que le groupe des 65 à 74 ans y ont été admis en plus grand nombre pendant toute la période, sauf lors de la 4^e vague.

Ainsi, bien que l'ampleur de ces impacts directs de la maladie se soit atténuée avec l'accès progressif à la vaccination, la distribution asymétrique du fardeau de la maladie en défaveur des personnes âgées s'est maintenue de façon continue. Ce fardeau a fluctué en fonction des mesures populationnelles qui ont modulé la transmission communautaire et des mesures de protection et de contrôle des maladies infectieuses instaurées en milieux de soins et de vie.

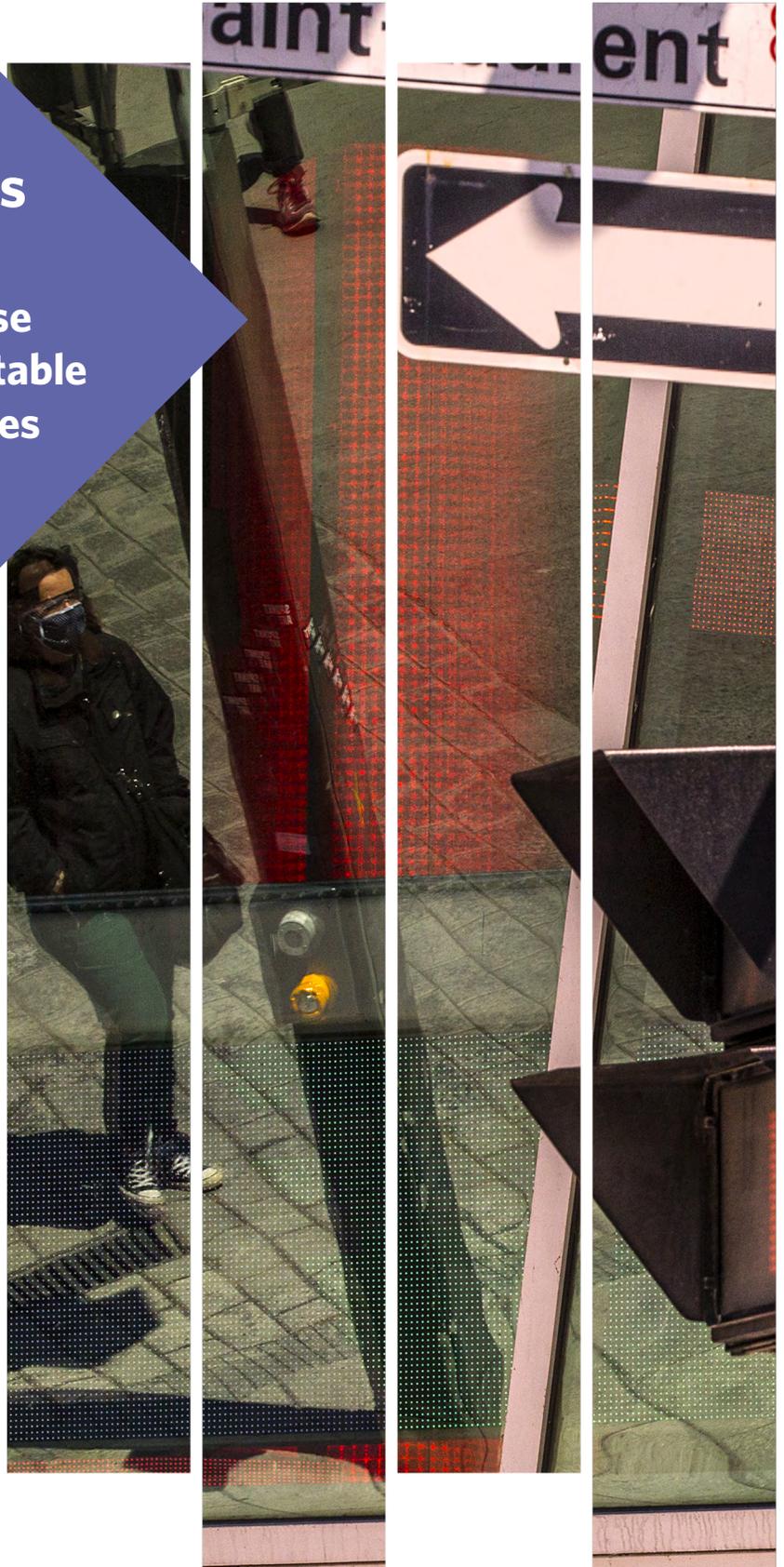
Figure 15 : Comparaison selon le groupe d'âge, du taux cumulé par 100 000 personnes, des nouvelles hospitalisations, des nouvelles admissions aux soins intensifs et des décès liés à la COVID-19 entre le 25 février et le 7 mai 2022



^{xiv} Puisque l'isolement des membres de la maisonnée n'est pas possible avec des jeunes enfants ou dans les logements de petite taille, des enfants ayant été en contact avec des cas et qui ne développaient pas la maladie pouvaient être mis en isolement (et donc privés d'école et de SGÉE) durant une période d'au minimum 28 jours (14 jours + 14 jours), avec une prolongation de 14 jours d'isolement supplémentaires à chaque fois qu'un nouveau cas apparaissait dans la maisonnée. Ce n'est qu'à l'automne 2021 qu'un maximum de 14 jours d'isolement a été déterminé par le MSSS.

Certaines de ces interventions sanitaires, bien qu'elles aient eu pour finalité et pour effet de les protéger, ont toutefois fragilisé plusieurs personnes âgées. Des mesures telles que la distanciation sociale et le confinement ont par exemple modifié considérablement leurs habitudes de vie, avec pour conséquences des répercussions négatives sur leur bien-être physique, cognitif, affectif et social. Le confinement, couplé aux restrictions d'accès aux proches aidants et personnes significatives, a grandement contribué au déconditionnement des personnes âgées qui ont, de surcroît, davantage subi les contrecoups de l'isolement et de la solitude qui en découle comparativement aux personnes plus jeunes. À Montréal, plus du tiers d'entre eux vivent seules (36 %⁶⁸) et utilisent moins les nouvelles technologies de communication qui ont permis à d'autres de maintenir différentes formes de liens sociaux. Au reste, l'assouplissement différé des mesures dans plusieurs milieux de vie pour personnes âgées a prolongé les périodes de limitation des activités sociales et d'accès aux services publics et lieux de rassemblement (organismes et centres communautaires, centres commerciaux, etc.)

**Perspectives
d'avenir**
pour une réponse
efficace et équitable
face aux urgences
sanitaires



SECTION

4

Constats et recommandations : les leçons de la pandémie

4 Constats et recommandations : les leçons de la pandémie

Durant plus de deux ans, la gestion de la pandémie a été au cœur des activités du réseau de santé publique. Le niveau d'immunité dans la population étant désormais plus élevé, une transition pandémique est déjà amorcée et les activités courantes de prévention, de promotion et de surveillance reprennent graduellement. Plus que jamais, il est impératif pour la DRSP de Montréal de tirer des leçons de la pandémie afin de rehausser la préparation et les capacités du réseau à répondre à de futures crises sanitaires. Ce rapport s'inscrit dans cette perspective.

Depuis le début de la pandémie, la DRSP de Montréal a mené plusieurs bilans intra-action⁶⁹ et rapports d'événements au sein de son organisation et du réseau d'établissements de santé et services sociaux de Montréal. La DRSP a également participé à plusieurs bilans, enquêtes et analyses provinciales auxquelles elle a été conviée⁷¹, de même qu'à des démarches de consultation et de réflexion initiées par la communauté, notamment les personnes âgées⁷². Plusieurs recommandations et pistes d'action y ont été exposées et ne seront pas reprises ici dans leur intégralité. De façon complémentaire, le présent rapport vise à cerner les principaux enjeux rencontrés durant la pandémie et à mettre en lumière les interventions de santé publique efficaces déployées à Montréal ainsi que les pratiques à pérenniser afin d'assurer une préparation adéquate et une réponse adaptée à la survenue de futures urgences sanitaires.

Cette démarche permet d'identifier onze recommandations déclinées selon les quatre volets suivants¹⁶ :

- Des capacités de santé publique suffisantes pour une préparation adéquate et une réponse adaptée aux urgences sanitaires en contexte urbain
- Atténuation des impacts collatéraux de la pandémie et rétablissement
- Une communication transparente pour un engagement collectif
- Conditions et leviers pour une réponse coordonnée, cohérente et efficiente en situation d'urgence

Volet 1 Des capacités de santé publique suffisantes pour une préparation adéquate et une réponse adaptée aux urgences sanitaires en contexte urbain

Afin de prévenir, contrôler et réduire les menaces biologiques, physiques et chimiques, il est impératif d'assurer une réponse réactive, agile, coordonnée et en temps opportun face aux urgences sanitaires et de veiller à la mise en place de capacités de santé publique suffisantes. Ces capacités incluent notamment une meilleure préparation aux urgences sanitaires, la reconnaissance des spécificités montréalaises, des ressources humaines formées et en nombre suffisant, des systèmes d'information à jour et performants, une mobilisation des expertises ainsi que des services préventifs et de protection de proximité.

Une meilleure préparation aux urgences sanitaires

À l'instar de plusieurs institutions de santé publique dans le monde⁷³, le niveau de préparation du réseau de santé publique québécois était insuffisant pour affronter une pandémie de cette nature et de cette ampleur. Pourtant, tel que le prévoit la Loi sur la sécurité civile, un Plan national de sécurité civile (PNSC) doit être établi et maintenu opérationnel en collaboration avec les ministères et organismes concernés⁷⁴. Ce plan explicite les rôles et responsabilités des acteurs, les modalités de coordination et de communication ainsi que les ressources à mobiliser pour actualiser chacun des six volets de la mission *Santé* du PNSC, dont celui de la santé publique⁷⁵. Or, comme le souligne la CSBE dans son rapport, lors de la première vague, plusieurs acteurs ont une méconnaissance du rôle de leadership qui incombe aux responsables de santé publique en contexte de pandémie tant au niveau national que régional⁷⁶.

Jusqu'en 2020, le plan de gestion de pandémie disponible est celui rédigé en 2006 en prévision d'une pandémie d'influenza⁷⁷. L'inactualité et le manque de pratique du plan au niveau national⁷⁸, avec ses déclinaisons régionales, a limité la capacité de coordination de la réponse à la menace de COVID-19. L'arrimage avec les instances responsables des cinq autres volets de la mission *Santé* du PNSC s'en est trouvé complexifié, réaffirmant l'importance de clarifier les rôles et responsabilités de chacun des acteurs, particulièrement ceux impliqués dans la chaîne de commandement. L'expression « une chaîne est aussi solide que son maillon le plus faible » illustre bien l'importance de l'ensemble des composantes de la coordination des mesures d'urgence et la nécessité d'élaborer des plans de préparation détaillés n'omettant aucun volet de la gestion de crise.

De plus, l'absence d'une caractérisation à jour des risques à la santé et d'une identification des populations et territoires vulnérables selon les spécificités montréalaises a restreint la réactivité et l'efficacité de la santé publique tant en matière d'intervention que de rétablissement des communautés. Par ailleurs, l'élaboration de cadres de référence à jour en prévention, préparation et gestion des urgences sanitaires au sein de différents milieux aurait permis de déployer une action davantage adaptée en clarifiant les rôles et responsabilités des acteurs des différents secteurs.

Assurer une préparation adéquate à la survenue d'une situation d'urgence sanitaire de santé publique de tout type

La DRSP s'engage à :

- Mettre à jour une caractérisation des risques à la santé et des vulnérabilités pour les différents groupes de population et territoires

La DRSP s'engage à collaborer avec le Réseau de santé et services sociaux (RSSS) afin de :

- Assurer la mise à jour des plans de préparation aux sinistres, urgences et crises sanitaires en impliquant l'ensemble des acteurs de la société et les partenaires intersectoriels
- Planifier et exécuter des simulations périodiques de situation d'urgence du RSSS (milieux publics et privés) tout en impliquant les partenaires
- Intégrer aux plans de préparation aux sinistres, urgences et crises sanitaires le volet de mobilisation et de rétablissement des communautés pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) et les impacts collatéraux des urgences sanitaires

La DRSP s'engage à collaborer avec le RSSS et les différents milieux (de travail, services de garde éducatif à l'enfance, scolaire, personnes âgées, itinérance, communautaires, etc.) afin de :

- Élaborer, diffuser et soutenir l'application de cadres de référence en prévention et en gestion d'urgences sanitaires qui leur sont spécifiques
- Instaurer une culture de prévention et de préparation aux diverses urgences sanitaires dans les milieux de vie, de travail et secteurs dont celui de la jeunesse (outils, formations, simulations, aménagements, etc.)

Un plan de gestion de la menace à jour

Un plan de gestion à jour

Le début de la pandémie est marqué par l'absence d'un plan de gestion de la menace complet et à jour aux niveaux national et régional⁷⁹. Devant l'ampleur imprévue de la situation, la réponse à l'urgence sanitaire a été élaborée en cours d'action. L'application régionale des mesures décrétées au niveau national et l'ajustement au contexte urbain d'intervention, notamment à la diversité des groupes de population, a présenté un défi de taille pour la métropole. Des cadres de références provinciaux et régionaux bien arrimés auraient pu faciliter le travail avec les partenaires pour assurer une compréhension partagée des mesures à déployer et faciliter ainsi l'engagement et la préparation des populations et des milieux.

De plus, afin de prendre en compte la multiplicité des perspectives et des expertises sur l'urgence sanitaire, il aurait été bénéfique d'impliquer dans la prise de décision entourant les orientations et directives gouvernementales l'expertise de différentes disciplines incluant des épidémiologistes de terrain, des psychologues communautaires, des spécialistes des sciences sociales et comportementales ainsi que des éthiciens provenant de différents milieux (personnes âgées, jeunes, etc.) du réseau de la santé et des organisations externes.

Une reconnaissance des spécificités montréalaises

Dans le contexte de la gestion centralisée d'une urgence sanitaire nationale, l'intégration des perspectives locales dans l'évaluation de la situation et la détermination des mesures de contrôle à déployer constituent un défi de taille. Il est pourtant nécessaire d'inscrire un « réflexe Montréal » ou un « réflexe terrain » dans la mécanique de gestion de futures urgences sanitaires pour lesquelles les décisions et orientations se prennent en grande partie au niveau provincial. Montréal représente près du quart de la population du Québec et ses spécificités prédisposent la région à subir de manière disproportionnée les conséquences d'une urgence sanitaire majeure.

La gestion de la pandémie a révélé des enjeux importants entre le maintien d'une approche provinciale cohérente et la prise en compte des impératifs dictés par la situation épidémiologique et les caractéristiques propres à la métropole. La région montréalaise a connu des périodes de grande instabilité dues à la combinaison d'une transmission soutenue, de l'émergence de nouveaux variants et de la difficulté à endiguer la transmission en raison des caractéristiques qui lui sont spécifiques.

Toutefois, afin d'affronter la pandémie en tenant compte des réalités montréalaises, plusieurs initiatives qui ont été mises en place sont dignes de mention et pourraient servir d'inspiration pour la suite. Parmi celles-ci, la stratégie de vaccination conceptualisée et mise en œuvre par la DRSP, ciblant les populations itinérantes ainsi que deux quartiers faisant face à la progression du variant alpha. Les équipes locales de santé publique ont également élaboré des stratégies de vaccination afin de réduire les ISS et faire tomber les barrières d'accès pour divers groupes de la population montréalaise. Enfin, l'INSPQ, en soutien à la prise de décision, a produit une modélisation spécifique de l'évolution épidémiologique du grand Montréal.

En continuité avec la 1^{ère} recommandation de la Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) préconisant de « Développer et adopter une stratégie nationale intégrée de préparation aux risques sanitaires⁸⁰ », assurer une réponse adaptée et cohérente intégrant une perspective globale en cours de gestion de crise

La DRSP s'engage à collaborer avec le MSSS afin de :

- Tenir compte, dans le plan national de gestion de la menace, de la multiplicité des risques et des facteurs spécifiques au milieu métropolitain (risques climatiques, densité de population, milieux de vie, lieux de travail pour les personnes vivant dans les régions avoisinantes, immigration, tourisme, etc.)
- Formaliser des mécanismes et des processus d'échange permettant de prendre en compte les perspectives et recommandations spécifiques à la métropole

La DRSP s'engage à collaborer avec les partenaires du RSSS et les partenaires intersectoriels afin de :

- Faire appel à un comité avisier interdisciplinaire et indépendant mobilisant des experts de différentes disciplines pour conseiller le Centre de commandement sur les ajustements continus au plan de gestion de la menace

Des ressources humaines mobilisées, formées et en nombre suffisant

Selon la Loi sur la santé publique, le DSP peut, s'il le juge nécessaire, mettre en œuvre un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux sur son territoire⁸¹. Ce plan identifie les besoins d'expertise, de formation et de montée en charge et doit intégrer l'ensemble des équipes régionales et territoriales pour déployer une action de santé publique coordonnée à tous les niveaux. Cette mobilisation est essentielle à la réalisation du Plan de réponse à la pandémie - Volet santé publique et ce, tant au niveau régional que territorial.

Au début de la pandémie, le plan de mobilisation des ressources humaines en santé publique n'a jamais été testé et n'intègre pas de perspective locale. De plus, celui-ci ne prévoit pas une montée en charge aussi rapide pour répondre à l'urgence en cours et ne considère pas la mobilisation des ressources de santé publique des CIUSSS dont certaines ont été délestées pour aller en CHSLD ou combler d'autres besoins liés aux soins et services. Par ailleurs, le financement de la montée en charge dépend de la déclaration de l'état d'urgence et prend quelques semaines avant d'être mis en place, ce qui peut retarder le processus de mobilisation des ressources humaines.

Il faut mentionner qu'en début de pandémie, le réseau de santé publique québécois se trouve déjà fragilisé suite aux lourdes pertes engendrées par la réorganisation du réseau de la santé et des coupures budgétaires effectuées en 2015⁸². Le besoin d'une équipe dédiée aux mesures d'urgence (Bureau des mesures d'urgence) s'est fait ressentir. De plus, la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires pour les différentes activités de contrôle de la transmission (gestion des cas et des contacts, offre de dépistage, gestion des éclosions) a été difficile à mener avec diligence.

Dans les futurs plans de réponse aux urgences sanitaires, il importe de maintenir des équipes de promotion et de prévention mobilisées sur les enjeux de réduction des ISS et des impacts collatéraux et, conséquemment, d'éviter que l'ensemble des ressources soit mobilisé sur le seul front du contrôle de la menace. Enfin, il faut considérer l'impact de cette dernière sur la capacité des équipes et le roulement de personnel, ainsi que leur épuisement physique et psychologique provoqués par la durée, l'intensité et l'étendue de la mobilisation⁸³.

Assurer une montée en charge rapide avec des ressources humaines qualifiées et en quantité suffisante pour répondre aux urgences sanitaires

La DRSP avec le RSSS, s'engage à :

- Réviser les plans de mobilisation et de contingence des ressources humaines pour le volet *Santé* publique afin de faire face à des urgences sanitaires de grande ampleur, de longue durée ou se juxtaposant dans le temps
- Développer des ententes avec des partenaires externes pour la mobilisation de ressources humaines et d'expertises de pointe pouvant répondre à des besoins spécifiques lors d'urgences sanitaires (ex. : universités, ASPC, INSPQ, etc.)
- Poursuivre le rehaussement des capacités de santé publique, tant en nombre qu'en expertise, pour consolider les équipes en gestion des mesures d'urgence, en s'inspirant de ce qui se fait dans les autres grandes métropoles (trois zones d'investissements prioritaires : équipe en épidémiologie de terrain, équipes terrain de type brigade d'inspecteurs, agents de proximité)
- Prévoir un plan santé et bien-être en lien avec les mesures d'urgence afin d'éviter l'épuisement du personnel et des cadres

Des systèmes d'information à jour et performants

La désuétude des systèmes d'information à la disposition des instances de santé publique avant le déclenchement de la crise sanitaire a été largement exposée. D'une importance fondamentale pour monitorer la situation et les activités réalisées par les équipes de santé publique, les systèmes d'information se sont avérés fragmentés et déficients, particulièrement en début de pandémie⁸⁴. Conséquemment, il a été ardu d'accomplir les tâches essentielles à la gestion de la pandémie, notamment la vigie, la détection, la gestion des cas et des contacts, la réalisation des enquêtes, l'analyse des chaînes de transmission, le contrôle des éclosions et l'arrivée de nouveaux variants. Plus spécifiquement, le traitement d'un volume démesuré de dossiers pour les systèmes disponibles a requis une saisie manuelle, des doubles saisies et a alourdi le traitement des données nécessaires à la prévention et au contrôle de la transmission virale. L'accessibilité difficile aux données de vigie en temps opportun et un système de partage inefficace entre les établissements et la DRSP ont constitué de sérieuses embûches à l'efficacité. L'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information a nui au transfert et à la mise à jour des données utilisées pour contacter les personnes concernées. Enfin, outre les enjeux de mise à jour des systèmes, des enjeux de confidentialité des informations se sont posés.

En préparation à la deuxième vague, le MSSS a déployé des efforts imposants pour mettre en place des systèmes d'information plus performants. Implantés par la suite, ces systèmes *ad hoc* ont permis d'améliorer grandement le traitement de l'information et le suivi de la situation, tant à l'échelle régionale que nationale. Des solutions technologiques polyvalentes et englobantes devront être mises de l'avant en amont d'une prochaine crise sanitaire pour assurer une gestion adaptée dès la survenue de la menace.

Poursuivre l'implantation de systèmes d'information polyvalents, performants, intégrés, interopérables et répondant aux besoins régionaux afin de suivre l'évolution des différentes menaces à la santé et de rehausser l'efficacité de l'intervention de santé publique pour tous les types d'urgences sanitaires

La DRSP s'engage à collaborer avec le MSSS afin de :

- Veiller à ce que ces systèmes permettent l'accomplissement de tâches liées au traitement de grands volumes d'information et à la gestion des cas
- Mettre en place un système d'alerte et de vigie à la fine pointe de la technologie devant s'appliquer à un ensemble de menaces (infectieuses, environnementales, industrielles, etc.)

Veille, développement des connaissances et enseignement en contexte de crise

Les fonctions de veille et de développement des connaissances en contexte de crise s'inscrivent dans la mission universitaire et certaines obligations professionnelles des membres du département clinique de santé publique. Dans le cadre de cette mission, la DRSP entretient des liens de collaboration avec plusieurs chercheurs, centres et instituts de recherche afin de développer les connaissances et l'expertise en santé publique.

La collaboration entre les instances de santé publique et ces partenaires du domaine de la recherche doit être consolidée afin d'être efficiente en temps d'urgence sanitaire pour soutenir la prise de décision rapide sur la base des meilleures connaissances disponibles. De même, les mesures populationnelles mises en place doivent être évaluées afin de documenter leur efficacité, leurs conditions d'implantation spécifiques et leurs impacts collatéraux, notamment dans le contexte où elles font l'objet de débats entre experts et au sein de la population⁸⁵.

5

Mobiliser les experts en situation d'urgence pour soutenir une prise de décision éclairée par des données probantes

PISTES D'ACTION

La DRSP s'engage à collaborer avec ses partenaires du milieu universitaire afin de :

- Formaliser en amont des ententes (ententes pôle santé publique, santé urbaine, etc.) et des mécanismes de collaboration en préparation aux urgences pour faciliter la mobilisation accrue des forces vives le moment venu (ex. : consultation *ad hoc*, veille scientifique, expertises de pointe, mobilisation de ressources, etc.)
- Développer et renforcer des partenariats dans une perspective de développement des connaissances (ex. : développer des projets de recherche axés sur la réaction rapide aux situations d'urgence, dresser un portrait des effets collatéraux de la gestion des crises précédentes sur les différentes populations afin de les prendre en considération dans la gestion des crises sanitaires)

Des services préventifs et de protection de proximité

En situation d'urgence sanitaire, différents services sont déployés à l'échelle locale d'une part, pour rejoindre et intervenir auprès des populations les plus affectées et, d'autre part, pour prévenir ou atténuer les impacts sur la santé. Lors d'une pandémie de maladie infectieuse, ces services incluent entre autres l'offre de dépistage et de vaccination. Pour planifier leur déploiement, il importe que les orientations nationales tiennent compte des différentes réalités régionales et territoriales et des situations épidémiologiques dans la priorisation des ressources et l'élaboration des modalités d'organisation des services.

À titre d'exemple, la stratégie nationale de vaccination n'a pas considéré l'importance relative et la variabilité des niveaux de risques des différentes régions quant à la distribution des doses de vaccins à des fins de protection et de contrôle de la transmission (niveau de risque de transmission beaucoup plus élevé à Montréal que dans d'autres régions ; cliniques montréalaises qui vaccinent la population qui réside dans des régions limitrophes mais travaille à Montréal, etc.) Ce n'est que suite à des représentations régionales que la répartition des doses a finalement pu être ajustée conséquemment.

De plus, lors de la première vague, l'absence de compréhension commune des rôles respectifs de la DRSP et des CIUSSS en matière de dépistage (organisation des services, identification des zones à risque, etc.) a engendré des difficultés au regard du déploiement des services. Cette confusion n'a pas permis une répartition optimale des ressources en fonction des besoins territoriaux liés aux caractéristiques de la population et à la situation épidémiologique locale. Cet état de fait a cependant été rétabli pour les vagues subséquentes.

Par ailleurs, une stratégie nationale doit soutenir la montée en charge rapide des capacités régionales. En matière de dépistage et de criblage, l'obtention de résultats a parfois été marquée par de longs délais, notamment lors de la survenue de nouveaux variants ou lors de la mise en place de capacités de laboratoires supplémentaires. Ceci a eu pour effet de limiter l'efficacité des interventions afin de détecter les cas, les isoler rapidement et briser les chaînes de transmission.

Assurer des services préventifs et de protection de proximité (dépistage, détection, vaccination, etc.) adéquats en situation d'urgence sanitaire

La DRSP s'engage à collaborer avec le RSSS et le MSSS afin de :

- Considérer les spécificités et les situations épidémiologiques régionales dans les orientations nationales concernant les services de proximité
- Clarifier dans les plans de préparation aux situations d'urgence les rôles respectifs de la DRSP, des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et du MSSS en matière de collaboration, de déploiement et d'opérationnalisation des services de proximité

La DRSP s'engage à collaborer avec le RSSS montréalais afin de :

- Intégrer des stratégies pour réduire les barrières d'accès aux services dans le modèle d'organisation de ceux-ci (ex. : cliniques de proximité, soir et fin de semaine, sans rendez-vous, dans les milieux de travail, écoles, etc.)
- Intégrer des mesures de soutien aux populations vulnérables pour l'application des mesures préventives et de protection (ex. : projets de soutien à l'isolement, trajectoires de service en itinérance)

Volet 2 Atténuation des impacts collatéraux de la pandémie et rétablissement

Outre ses répercussions sur la morbidité et la mortalité, la mise en œuvre de mesures populationnelles pour faire face à la pandémie a aussi engendré des impacts collatéraux majeurs au sein de la population, que ce soit aux plans politique, social, économique, familial ou individuel. Deux approches complémentaires visent à atténuer ces impacts. L'une, en amont, permet de prendre en considération les impacts collatéraux d'éventuelles mesures populationnelles introduites par les instances décisionnelles et favorise leur proportionnalité, notamment par une analyse éthique⁸⁶. L'autre, en aval, consiste à mettre en place des mesures de mitigation permettant d'atténuer les impacts des mesures déployées (ex. : soutien à l'isolement des personnes infectées, soutien aux problématiques de santé mentale, compensations financières).

En période d'urgence sanitaire se pose ainsi l'enjeu du maintien d'un juste équilibre entre l'application de mesures spécifiques pour contrer une menace et les impacts collatéraux qui en découlent. Ces enjeux se manifestent de façon variable selon les groupes de population et les inégalités sociales de santé (ISS) préexistantes. Les personnes âgées, les personnes seules, les ménages à faible revenu, les travailleurs précaires ou encore les jeunes, pour ne nommer que ceux-ci, ont vécu plus difficilement les répercussions des différentes mesures sanitaires déployées. Conséquemment, outre la mitigation des impacts collatéraux en temps de crise, la réduction des ISS en amont permet d'améliorer la préparation des communautés à affronter les crises sanitaires et à accroître leur résilience. Par ailleurs, des initiatives visant à assurer un rétablissement collectif sont également abordées dans ce volet des recommandations.

Des inégalités sociales de santé et des impacts collatéraux à atténuer

Bien au-delà de la récente pandémie, des ISS fortement associées aux disparités socioéconomiques sont présentes dans la société québécoise⁸⁷. Celles-ci sont particulièrement marquées à Montréal, notamment en matière de pauvreté et de conditions de santé⁸⁸. Durant la pandémie, ces inégalités n'ont pas été suffisamment prises en compte lors de l'évaluation et de la mise en application des mesures sanitaires⁸⁹.

De plus, comme il a été exposé, certaines ISS préexistantes ont été exacerbées par la pandémie ainsi que par les impacts collatéraux des mesures sanitaires mises en place. Afin de réduire ces impacts, notamment auprès des groupes vulnérables, il importe de considérer la proportionnalité entre les mesures populationnelles déployées dans la gestion de la pandémie et les impacts collatéraux qu'elles engendrent.

L'absence de perspective globale sur ces impacts et leurs effets différenciés sur certains groupes brouille la lecture des conséquences de la pandémie, notamment en termes d'isolement social, de problématiques de santé mentale, de violence familiale et de pertes d'emploi. Ces multiples impacts potentiels se doivent d'être mieux pris en compte et de manière plus systématique dans l'édiction de mesures sanitaires et la mise en place de mesures d'atténuation pour en mitiger les effets⁹⁰.

Anticiper et répondre adéquatement non seulement à la menace, mais aussi aux impacts collatéraux qui frappent inégalement les groupes et les milieux

La DRSP s'engage à collaborer avec le RSSS afin de :

- Systématiser l'analyse des impacts collatéraux des mesures sanitaires dans les processus décisionnels de préparation et de gestion des urgences sanitaires
- Réaliser une analyse éthique quant aux mesures déployées afin d'assurer la proportionnalité entre le contrôle de la menace et les effets indésirables sur la population en général et sur les groupes vulnérables en particulier
- Identifier des mesures de mitigation pour réduire les impacts collatéraux des mesures mises en œuvre (ex. : soutien à l'isolement)

La DRSP s'engage à collaborer avec les équipes territoriales des CIUSSS et la Ville de Montréal afin de :

- Maintenir les fonctions des acteurs de santé publique travaillant en prévention et promotion et contribuant aux plans de mitigation des impacts collatéraux et de rétablissement en période d'urgence sanitaire
- Développer un système de surveillance des impacts collatéraux et des ISS pour soutenir la prise de décision
- Développer des analyses rapides des besoins des populations affectées

Mobilisation des communautés pour réduire les écarts liés aux ISS et soutenir le rétablissement

Dans la gestion d'une crise sanitaire, le rétablissement des communautés, qui vise à mettre en place les « conditions nécessaires au retour à la vie normale dans une continuité de la réponse au sinistre »⁹¹, doit être réfléchi et articulé en amont. Souvent obliérées, les mesures permettant ce rétablissement doivent pourtant être activées tôt lors de la survenue d'une urgence. Le rétablissement constitue d'ailleurs la deuxième phase de la réponse à un sinistre réel ou appréhendé tel que spécifié dans le PNSC du MSSS⁹², en continuum avec la phase d'intervention. La phase de rétablissement est trop souvent activée tardivement et peu investie par les différentes organisations concernées qui souhaitent reprendre leurs activités courantes.

Lors de la pandémie de COVID-19, certaines mesures déployées par les différents paliers gouvernementaux pour atténuer les impacts de la pandémie ont néanmoins permis de paver la voie au rétablissement. À titre d'exemple, les mesures de soutien économique et de remplacement du revenu ont permis d'atténuer les impacts des mesures sanitaires tout en posant les bases du rétablissement. Des investissements ont également été accordés pour des programmes en lien avec les enjeux de santé mentale chez les jeunes et dans la communauté.

Malgré les différentes mesures mises en place, celles-ci n'ont pas été réfléchies au sein d'un plan global de rétablissement des communautés. Il s'avère pourtant primordial d'impliquer les populations concernées qui sont les mieux placées pour exprimer leurs besoins et identifier les moyens à mettre en œuvre. Il importe donc de rehausser la capacité des communautés à s'investir dans le rétablissement. De par leur expertise et leurs connaissances des besoins locaux des différents groupes de population, particulièrement les plus vulnérables, les organismes communautaires et les tables de quartier sont des acteurs incontournables de cette démarche. Ils ont en grande partie assuré la première ligne de services pour pallier aux conséquences de la pandémie au sein des populations les plus vulnérables. La pandémie a toutefois exacerbé le phénomène déjà présent d'essoufflement et d'épuisement du personnel du secteur communautaire en plus de complexifier et de multiplier les tâches qui leurs sont généralement dévolues⁹³.

Dans le cadre du rétablissement, des zones d'investissement se doivent donc d'être définies et priorisées en lien avec les besoins identifiés par les communautés. À Montréal, les actions prioritaires devront être mises en œuvre en lien avec ces besoins, notamment en matière de logement, de sécurité alimentaire, d'adaptation aux changements climatiques et de santé mentale. Par ailleurs, la phase de rétablissement postpandémique risque de s'étirer sur plusieurs années avant de renverser les détériorations observées concernant le développement et la réussite éducative des enfants.

Assurer le rétablissement des communautés suite à une urgence sanitaire

La DRSP s'engage à collaborer avec le MSSS et le RSSS afin de :

- Maintenir des agents de proximité permettant de créer des liens en continu avec les communautés (ex. : liens avec leaders des communautés religieuses ou ethnoculturelles, démarchage auprès des gens désaffiliés du réseau tels que les migrants à statut précaire)

La DRSP s'engage à collaborer avec le RSSS et ses partenaires de la réponse aux urgences sanitaires afin de :

- Activer plus précocement la cellule de rétablissement à même la coordination du plan de gestion dès la survenue d'une urgence sanitaire
- Rehausser les services sociaux, de santé et communautaires dans une perspective de rétablissement des communautés autant pour les services préventifs que curatifs (ex. : santé mentale, COVID longue)
- Donner les moyens aux tables de quartier de soutenir la préparation, la réponse et le rétablissement des communautés dans une perspective de résilience et de participation citoyenne (ex. : plans d'action locaux en contexte d'urgence)

La DRSP s'engage à collaborer avec les instances régionales du MTESSS afin de :

- Assurer un financement de base suffisant aux organismes communautaires pour qu'ils puissent accomplir leur mission en réponse aux besoins accrus des communautés en situation d'urgence sanitaire et en période de rétablissement

Volet 3 Une communication transparente pour un engagement collectif

En période d'urgence sanitaire, la communication est un élément névralgique de la gestion de crise, que ce soit entre les parties impliquées dans la coordination, les différents acteurs de la société ou auprès de la population. Cette communication porte à la fois sur le risque en présence, l'évolution de la situation et ses projections, ainsi que sur l'explication des mesures de contrôle déployées et leur justification⁹⁴. Tout au long de la pandémie, le réseau de santé publique montréalais a travaillé à maintenir une communication constante, adaptée, claire et transparente afin de maintenir l'engagement de la population. Outre les communications générales à l'ensemble de la population, la DRSP a déployé des communications ciblées, adaptées à différents sous-groupes de population, avec un souci d'assurer un niveau de littératie ajusté. À titre d'exemple, des interventions ont été initiées pour communiquer avec les populations ne maîtrisant ni le français l'anglais, incluant l'accès immédiat à des interprètes pour les enquêtes auprès des cas, des fiches d'information (mesures sanitaires, vaccination, dépistage, etc.), des capsules audio et vidéo traduites dans les 15 langues les plus parlées à Montréal, ainsi que des séances d'information auprès de groupes ciblés de la communauté avec traduction simultanée (anglais, espagnol, arabe).

Une communication efficace des risques et des directives de santé publique

Compte tenu des changements fréquents et rapides initiés au niveau national pour apporter des ajustements aux mesures de gestion de la pandémie, les stratégies nationales de communication n'ont pas toujours pu être partagées avec l'ensemble des partenaires du réseau et intersectoriels avant d'être annoncées à la population. Certaines contradictions entourant les messages et directives à la population ont pu en découler à l'échelle régionale.

Plusieurs partenaires ont souligné les enjeux concrets occasionnés par l'arrivée tardive des directives, ce qui a eu pour conséquence de mettre sous pression des équipes qui n'étaient pas préparées et qui ont alors été confrontées à des défis importants pour répondre rapidement et de façon concertée aux interrogations de la population. Un meilleur arrimage entre les stratégies des différentes instances aurait permis une communication plus claire et une meilleure collaboration entre les acteurs à l'œuvre pour affronter la pandémie.

Dans le contexte montréalais, la compréhension des modalités d'application de certaines directives fut complexe pour plusieurs partenaires et organismes communautaires. À cet égard, de nombreuses demandes de clarification concernant les directives émises ont été formulées auprès de la DRSP par ses partenaires.

De plus, le chevauchement des communications entre les différentes instances et ministères portant sur un même enjeu pour un même territoire a parfois induit de la confusion et de l'incompréhension au sein de la population. Par exemple, à certains moments, les communications entourant les directives de gestion des cas et des contacts dans les services de garde ont engendré certains malentendus et des parents ont pu choisir les recommandations qui leur convenaient davantage parmi les différentes consignes émises concernant l'isolement de leur enfant et des membres de la famille.

Par ailleurs, certaines directives ont été difficiles à saisir pour certains groupes de la population, notamment pour les personnes allophones ou peu scolarisées⁹⁵. À ce titre, afin de joindre les groupes de population les plus vulnérables, des plans d'action et des canaux de communication spécifiques ont été mis en place en collaboration avec la DRSP, les CIUSSS, les organismes communautaires et les organisations philanthropiques.

Enfin, au plan de la crédibilité scientifique de la santé publique, aspect critique de la communication, certaines données diffusées ont été remises en question, notamment par de la désinformation. Il faut mentionner qu'une quantité énorme d'information, de qualité variable, circule dans l'espace public, ce qui peut favoriser l'émergence de « fausses nouvelles »⁹⁶.

9

Assurer une communication claire et transparente auprès de la population pour exposer les incertitudes, les risques, les impacts collatéraux, les processus de prise de décision et les critères scientifiques sous-jacents aux décisions et aux interventions de santé publique

PISTES D'ACTION

La DRSP s'engage à collaborer avec le RSSS afin de :

- Ajuster le plan et les stratégies de communication régionales en contexte d'urgence sanitaire afin d'apporter une information crédible à la population montréalaise pour préserver sa confiance envers les instances de santé publique
- Déployer des moyens de communication adaptés aux différents groupes de population et aux niveaux de littératie (ex. : relations médias, médias sociaux, traduction, accès à une banque d'interprètes réactive pour agir en simultané, liens avec les leaders des communautés)

Favoriser l'engagement de la population et des partenaires

Fondamental et implicite à l'action de santé publique, l'engagement de la population et des partenaires demeure un enjeu de taille, en temps normal comme en temps de pandémie⁹⁷. La gestion de la pandémie a été marquée par l'absence de processus formel permettant une participation de la population dans la prise de décision concernant certaines mesures de gestion de la crise. Des efforts ont néanmoins été déployés pour faire en sorte que la population soit davantage impliquée dans la réflexion sur les mesures sanitaires. À Montréal, les initiatives ont été menées en collaboration avec des partenaires locaux dont le Conseil citoyen aîné.es, plusieurs groupes religieux ou ethnoculturels, des parents et des jeunes.

La consultation de la population dans l'orientation des mesures populationnelles permet d'éclairer les angles morts de certaines mesures et d'identifier des ajustements pour maintenir la proportionnalité des interventions. À ce titre, l'implication de la population dans les réflexions entourant certaines mesures contraignantes aurait pu faciliter un plus grand consensus et une prise en compte de la diversité de perspectives lors de leur adoption.

Alors qu'un discours stigmatisant circulait sur des individus récalcitrants à certaines mesures, il aurait été bénéfique de les consulter afin de nuancer les décisions les affectant. Cela aurait pu réduire les risques de division de la population alors que de plus en plus d'actes de délation étaient observés. De plus, l'approche coercitive a pu contribuer à la stigmatisation et à la judiciarisation des populations marginalisées. L'ensemble de ces lacunes qui ont un impact sur l'engagement de la population a pu favoriser la fatigue pandémique⁹⁸.

10

Favoriser l'engagement de la population afin qu'elle soit au cœur de la réponse aux urgences sanitaires

PISTES D'ACTION

La DRSP s'engage à collaborer avec le RSSS afin de :

- Favoriser la participation de la population à l'élaboration des orientations et interventions
- Formaliser des lieux de participation de la population et des mécanismes de coordination et de communication en continu avec les partenaires (ex. : milieux scolaires, de santé, communautaires et les services de garde éducatifs à l'enfance) pouvant être activés et adaptés en contexte d'urgence sanitaire

Volet 4 Conditions et leviers pour une réponse coordonnée, cohérente et efficiente en situation d'urgence

Comme plusieurs rapports l'ont déjà mentionné⁹⁹, les instances de santé publique doivent disposer des conditions et des leviers assurant leur positionnement stratégique afin d'être en mesure d'assumer leurs mandats légaux et leurs fonctions en situation d'urgence sanitaire. Il s'agit notamment de veiller à ce que les DRSP maintiennent une latitude d'action à l'échelle régionale, disposent de l'indépendance nécessaire pour agir avec transparence, s'inscrivent dans un système de gouvernance cohérent et imputable et bénéficient d'un financement adéquat et stable.

Une gouvernance cohérente et imputable

Une bonne gouvernance est essentielle pour assurer la réactivité, l'efficacité et la cohérence de l'action gouvernementale en situation d'urgence sanitaire¹⁰⁰. Elle permet une compréhension commune des rôles et responsabilités ainsi qu'une coordination des efforts des différents acteurs responsables.

Dans les régions multi-CIUSSS comme celle de Montréal, la structure de gouvernance complexifie la gestion des activités et des ressources de santé publique. Malgré les responsabilités découlant de ses mandats légaux, le DSP n'a pas d'autorité hiérarchique sur les instances territoriales (CIUSSS) afin d'exercer un contrôle sur l'utilisation des ressources. Avec les leviers actuels de coordination fonctionnelle, il en résulte des difficultés pour assumer sa responsabilité de coordination des ressources et des services de santé publique¹⁰¹.

De plus, la délimitation des rôles des acteurs imputables ainsi que les implications juridiques de l'état d'urgence sanitaire sur leurs responsabilités légales respectives ne sont pas précisées dans la LSP, ce qui a engendré une compréhension divergente entre les instances nationale et régionales à certains moments de la pandémie. De surcroît, la compréhension de l'implication des pouvoirs d'exception prévus par la LSP¹⁰² et le flou entourant les balises de leur utilisation ont complexifié l'application régionale de certaines mesures décrétées au niveau national, notamment la fermeture des lieux de culte et des établissements scolaires.

Enfin, il est fondamental de favoriser une autonomie suffisante des instances de santé publique face aux instances décisionnelles gouvernementales, surtout en temps de crise sanitaire. Considérant que la décision souveraine du gouvernement repose sur les multiples impacts d'une crise sanitaire (économiques, sociaux, politiques, juridiques, etc.), la mise en place de mécanismes permettant de distinguer clairement les rôles d'expertise conseil des instances de santé publique des rôles décisionnels des instances gouvernementales est essentielle¹⁰³. Afin de soutenir cette indépendance, il importe, à titre d'exemple, d'assurer la transparence par la documentation et la communication des avis et argumentaires de santé publique à l'ensemble de la population.

Un financement adéquat

Comparé à d'autres provinces canadiennes, le Québec consacre la plus petite proportion de son budget de santé général à la santé publique et il y dédie aussi le budget le moins important par habitant^{xv}. La pandémie a mis en exergue les impacts du sous-financement chronique des instances de santé publique sur leurs capacités à réagir adéquatement en période d'urgence sanitaire¹⁰⁴. De manière concrète, cette situation s'est traduite entre autres par un manque de ressources pour mener des enquêtes épidémiologiques, ainsi que par une capacité de vigie et de surveillance limitée. Bien que les fonctions de vigie et de protection soient les plus sollicitées en situation de pandémie, l'ensemble des fonctions de santé publique se doit d'être financé adéquatement, considérant la nature profondément interreliée de celles-ci, notamment en matière de promotion de la santé et de réduction des ISS.

De plus, dans la détermination du financement de santé publique, il importe de prendre en compte les paramètres liés à la complexité des enjeux en contexte urbain¹⁰⁵. La métropole québécoise est également au cœur du développement de nouvelles interventions sur des enjeux émergents de santé publique (ex. : variole simienne) qui doivent être pris en compte dans l'octroi d'un financement adéquat. Une première phase de rehaussement important du financement de la santé publique a déjà été déployée par le MSSS, mais des zones d'investissements demeurent à consolider.

^{xv} Selon des analyses de la CSBE, comparativement à l'Ontario, la Colombie-Britannique, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, le Québec consacre la plus petite proportion du budget de la santé à la santé publique et il consacre aussi le plus faible budget per capita à la santé publique. Ceci est vrai même si l'on ajoute le salaire des médecins de santé publique qui n'est pas inclus dans le budget québécois de santé publique contrairement aux autres provinces. CSBE, Mandat sur la performance des soins et services aux aînés - COVID-19 - L'organisation de la santé à publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, 2022, p. 30.
De plus, entre 2004 et 2019, l'augmentation des dépenses de santé publique pour la région de Montréal (22,3 %) se situe sous la moyenne québécoise (32,2 %). Borgès Da Silva et al., CIRANO, Évolution de la part des dépenses en santé publique dans le budget du ministère de la Santé et des Services Sociaux entre 2004 et 2019, 2021, p. 17.

En complémentarité avec la 1^{ère} recommandation de la CSBE, mettre en place les conditions et les leviers nécessaires pour une réponse coordonnée, cohérente et efficiente en situation d'urgence sanitaire en lien avec les différents rôles et responsabilités des instances concernées

La DRSP s'engage à collaborer avec le RSSS et le MSSS afin de :

Déployer une coordination et un modèle de gouvernance :

- Privilégier une structure de gouvernance reposant sur la structure de sécurité civile existante du Centre de coordination des mesures d'urgence (CCMU) et intégrer, lorsque requis, un centre de commandement régional pour la coordination des éléments stratégiques de la mission *Santé*
- Maintenir une place stratégique de la santé publique régionale au sein d'une structure de gouvernance régionale articulée, fluide et détenant un pouvoir de mobilisation des ressources en regard des six volets de la mission *Santé*
- Consolider la responsabilité de la DRSP et des équipes territoriales de santé publique¹⁰⁶ dans une région multi-CIUSSS afin d'assurer l'indissociabilité des fonctions de santé publique pour une réponse coordonnée et efficiente à l'échelle régionale et territoriale

Clarifier certains aspects légaux :

- Poursuivre les travaux permettant de clarifier les rôles, les responsabilités légales et l'imputabilité des différentes instances montréalaises du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des partenaires en période d'urgence sanitaire

S'assurer du financement requis :

- Poursuivre les efforts de rehaussement du financement régional et territorial de santé publique afin de rejoindre la moyenne des autres provinces canadiennes et de tenir compte des enjeux de santé publique et de la complexité de l'intervention au sein d'une grande métropole

Protéger l'indépendance et la transparence :

- Maintenir l'indépendance des institutions de santé publique face aux autres instances gouvernementales
- Soutenir la transparence de la santé publique en rendant public les avis et recommandations des DRSP

Conclusion

Si la pandémie de COVID-19 se distingue par l'exceptionnalité de la menace appréhendée et de la réponse déployée, elle a aussi révélé l'engagement et la solidarité manifestes du réseau de la santé et des services sociaux et des différents acteurs de la société, que ce soit les instances gouvernementales, les organismes communautaires, les milieux de travail, les milieux de garde et milieux scolaires, les organisations privées ou philanthropiques et l'ensemble de la société civile. Ce rapport est l'occasion de souligner le travail accompli et surtout, de remercier ces acteurs d'une valeur inestimable. Sans ces efforts collectifs, la crise n'aurait pu être endiguée.

Les différents constats et enjeux exposés dans ce rapport visent à garder en mémoire certains faits marquants de cette crise qui a profondément marqué la société québécoise. En plus des sacrifices et des tragédies vécues, les effets délétères du virus et les mesures déployées pour endiguer la menace ont engendré des répercussions majeures tant aux plans individuel que collectif. Au-delà de la perspective générale exposée, l'asymétrie des impacts collatéraux nous rappelle que la crise a surtout affecté les plus vulnérables de la société montréalaise, celle-ci étant déjà marquée par de profondes inégalités sociales et de santé. Il importe dès lors de mettre en place les conditions nécessaires pour permettre le rétablissement collectif dans une optique d'amélioration de la santé des populations et de réduction des inégalités sociales de santé.

De manière prospective, il est plus que jamais impératif de pérenniser les acquis réalisés depuis le début de la pandémie. Alors que le virus circule toujours, il est nécessaire non seulement d'anticiper la prochaine vague, mais aussi de se préparer aux urgences sanitaires à venir¹⁰⁷. Cette préparation implique un travail collectif et la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la société tant aux niveaux national que régional.

En amont, la réduction des inégalités sociales de santé existantes doit faire l'objet d'efforts substantiels. Face à l'urgence sanitaire, la réponse doit être modulée avec la préoccupation d'atténuer ses impacts sur les groupes les plus vulnérables. En cours de réponse, les impacts collatéraux provoqués par la menace ainsi que ceux produits par les mesures de contrôle doivent être identifiés promptement, réduits ou mitigés autant que faire se peut.

Au cœur de cet appel à l'action, les instances de santé publique demeurent des acteurs névralgiques. Dans une métropole aux réalités multiples où se posent des enjeux urbains singuliers et des défis complexes d'intervention, la Direction régionale de santé publique de Montréal maintient son engagement à déployer une action à la hauteur des exigences de ses fonctions. Pour y parvenir, et afin d'éclairer la prise de décision lors des prochaines urgences sanitaires, la DRSP s'engage à remplir ses rôles et responsabilités en synergie avec les autres acteurs du réseau de la santé publique tout en renforçant son expertise scientifique et en consolidant ses fonctions.



Annexe 1

Tableau 1 : Description des 6 vagues de la pandémie de COVID-19: nombre de cas, d'hospitalisations, d'admissions aux soins intensifs et de décès

	Vague 1	Vague 2	Vague 3	Vague 4	Vague 5	Vague 6
Cas de COVID-19						
Semaine du pic du nombre de cas (date de début)	2020-04-26	2021-01-03	2021-04-04	2021-11-28	2021-12-26	2022-04-03
Nombre moyen de cas par jour durant le pic	497	946	360	347	4069	638
Hospitalisations						
Semaine du pic du nombre de nouvelles hospitalisations (date de début)	2020-04-12	2021-01-03	2021-04-11	2021-09-12	2022-01-09	2022-04-10
Nombre moyen de nouvelles hospitalisations par jour durant le pic	66	53	17	13	91	37
Admissions aux soins intensifs						
Semaine du pic du nombre de nouvelles admissions aux soins intensifs (date de début)	2020-04-05	2020-12-27	2021-04-04	2021-09-12	2022-01-09	2022-04-24
Nombre moyen de nouvelles admissions aux soins intensifs par jour durant le pic	13	10	5	5	11	3
Décès						
Semaine du pic du nombre de décès (date de début)	2020-04-26	2021-01-17	2021-05-16	2021-10-17	2022-01-16	2022-04-17
Nombre moyen de décès par jour durant le pic	82	17	3	1	14	3

Tableau 2 : Comparaison des 6 vagues : cas, hospitalisations, admissions aux soins intensifs et décès

	Vague 1	Vague 2	Vague 3	Vague 4	Vague 5	Vague 6
Date de début	2020-02-25	2020-08-23	2021-03-21	2021-07-18	2021-12-05	2022-03-13
Date de fin	2020-07-11	2021-03-20	2021-07-17	2021-12-04	2022-03-12	En cours*
Nombre de jours	138	210	119	140	98	56
Cas de COVID-19						
Nombre total de cas	27 662	83 111	21 467	24 029	124 739	22 614
Nombre moyen de cas par jour	200	396	180	172	1273	404
Taux d'incidence quotidien moyen (par 100 000)	9,7	19,2	8,8	8,4	61,9	19,5
Proportion des cas de sexe féminin (%)	58,2	51,0	49,3	50,4	53,5	60,2
Groupe d'âge ayant le plus grand nombre de cas	85 ans et + (5103 cas)	25-34 ans (13 690 cas)	25-34 ans (3636 cas)	5-11 ans (4712 cas)	25-34 ans (29 047 cas)	25-34 ans (4796 cas)
Groupe d'âge ayant le taux d'incidence (par 100 000) le plus élevé	85 ans et + (68,6)	85 ans et + (28,2)	12-17 ans (15,0)	5-11 ans (22,6)	18-24 ans (89,8)	85 ans et plus (46,4)
Nombre et proportion (%) des cas impliquant des résidents de milieux de vie pour personnes âgées	8662 cas 31,3 %	4196 cas 5,0 %	260 cas 1,2 %	367 cas 1,5 %	4873 cas 3,9 %	1444 cas 6,4 %
Nombre et proportion des cas impliquant des travailleurs de la santé (%)	6274 cas 22,7 %	7648 cas 9,2 %	1112 cas 5,2 %	1327 cas 5,5 %	17 909 cas 14,4 %	7488 cas 33,1 %
Territoire de CLSC ayant le plus de cas	Montréal-Nord (2592 cas)	Saint-Léonard (5592 cas)	Saint-Laurent (1800 cas)	Saint-Léonard (1649 cas)	Rosemont (5184 cas)	Rosemont (1079 cas)
Territoire de CLSC ayant le taux d'incidence moyen quotidien (par 100 000) le plus élevé	Montréal-Nord (21,4)	Saint-Léonard (32,8)	Parc-Extension (17,3)	Rivière-des-Prairies (16,1)	Petite-Patrie (74,7)	Côte-Saint-Luc (31,1)

*En date du 12 mai 2022

/ suite

Tableau 2 : Comparaison des 6 vagues : cas, hospitalisations, admissions aux soins intensifs et décès

	Vague 1	Vague 2	Vague 3	Vague 4	Vague 5	Vague 6
Hospitalisations						
Nombre total d'hospitalisations	3668	4540	1074	1033	3909	1454
Nombre moyen de nouvelles hospitalisations par jour	27	22	9	7	40	26
Taux moyen de nouvelles hospitalisations quotidiennes (par 100 000)	1,3	1,1	0,442	0,361	1,9	1,3
Proportion des hospitalisations impliquant des femmes (en %)	52,1	47,2	41,5	46,5	51,0	52,0
Groupe d'âge ayant le plus grand nombre d'hospitalisations	85 ans et + (1081 cas)	85 ans et + (1123 cas)	55-64 ans (220 cas)	75-84 ans (186 cas)	85 ans et plus (897 cas)	85 ans et plus (429 cas)
Groupe d'âge ayant le taux le plus élevé de nouvelles hospitalisations (par 100 000)	85 ans et + (14,5)	85 ans et + (9,9)	85 ans et + (1,7)	85 ans et + (2,0)	85 ans et + (16,7)	85 ans et + (13,9)
Nombre et proportion (%) d'hospitalisations impliquant des résidents de milieux de vie pour personnes âgées	1621 (46,3 %)	1109 (25,7 %)	73 (7,4 %)	123 (12,8 %)	639 (17,4 %)	1257 (18,8 %)
Nombre et proportion (%) d'hospitalisations impliquant des travailleurs de la santé	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Territoire de CLSC ayant le plus d'hospitalisations	Montréal-Nord (387 cas)	Saint-Léonard (363 cas)	Saint-Laurent (85 cas)	Montréal-Nord (75 cas)	Montréal-Nord (284 cas)	Montréal-Nord (79 cas)
Territoire de CLSC ayant le taux moyen de nouvelles hospitalisations quotidien (par 100 000) le plus élevé	Montréal-Nord (3,2)	Saint-Léonard (2,1)	Côte-Saint-Luc (0,867)	Montréal - Centre-Ville (0,806)	Montréal-Nord (3,3)	Anjou (1,9)

*En date du 12 mai 2022

/ suite

Tableau 2 : Comparaison des 6 vagues : cas, hospitalisations, admissions aux soins intensifs et décès

	Vague 1	Vague 2	Vague 3	Vague 4	Vague 5	Vague 6
Admissions aux soins intensifs						
Nombre total d'admissions aux soins intensifs	676	860	269	219	455	103
Nombre moyen de nouvelles admissions aux soins intensifs par jour	5	4	2	2	5	2
Taux moyen de nouvelles admissions quotidiennes aux soins intensifs (par 100 000)	0,237	0,199	0,111	0,077	0,226	0,089
Proportion d'admissions aux soins intensifs impliquant des femmes (en %)	38,5	35,6	33,8	37,4	38,9	37,9
Groupe d'âge ayant le plus grand nombre d'admissions aux soins intensifs	65-74 ans (177)	65-74 ans (241)	65-74 ans (70)	45-54 ans (50)	65-74 ans (111)	65-74 ans (26)
Groupe d'âge ayant le taux moyen quotidien de nouvelles admissions aux soins intensifs (par 100 000) le plus élevé	75-84 ans (0,970)	75-84 ans (0,888)	65-74 ans (0,319)	65-74 ans (0,186)	75-84 ans (0,991)	85 ans et + (0,454)
Nombre et proportion (en %) des admissions aux soins intensifs impliquant des résidents de milieu de vie pour personnes âgées	121 (18,1 %)	84 (10,2 %)	4 (1,6 %)	4 (2,0 %)	42 (10,0 %)	11 (11,3 %)
Nombre et proportion (en %) des admissions aux soins intensifs impliquant des travailleurs de la santé	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Territoire de CLSC ayant le plus d'admissions aux soins intensifs	Montréal-Nord (75 cas)	Saint-Léonard (62 cas)	Saint-Laurent (21 cas)	Montréal-Nord (16 cas)	Montréal-Nord (34 cas)	Montréal-Nord (12 cas)
Territoire de CLSC ayant le taux moyen quotidien de nouvelles admissions aux soins intensifs (par 100 000) le plus élevé	Montréal-Nord (0,616)	Parc-Extension (0,414)	Parc-Extension (0,315)	Parc-Extension (0,244)	Parc-Extension (0,416)	Montréal-Nord (0,245)

*En date du 12 mai 2022

/ suite

Tableau 2 : Comparaison des 6 vagues : cas, hospitalisations, admissions aux soins intensifs et décès

	Vague 1	Vague 2	Vague 3	Vague 4	Vague 5	Vague 6
Décès						
Nombre total de décès	3465	1106	170	87	482	91
Nombre moyen de décès par jour	25	5	1	1	5	2
Taux de mortalité quotidien moyen (par 100 000)	1,2	0,256	0,070	0,030	0,239	0,078
Taux de létalité (en %) ou proportion des cas déclarés décédés	12,5 (surestimé d'un facteur de 3 environ)	1,3 (surestimé)	0,8	0,4	0,4 (surestimé)	0,4 (surestimé)
Proportion des décès impliquant des femmes (en %)	56,1	48,7	42,4	43,7	43,4	49,5
Groupe d'âge ayant le plus grand nombre de décès	85 ans et + (2012)	85 ans et + (639)	85 ans et + (50)	85 ans et + (31)	85 ans et + (222)	85 ans et + (48)
Groupe d'âge ayant le taux de mortalité (par 100 000) le plus élevé	85 ans et + (27,0)	85 ans et + (5,6)	85 ans et + (0,770)	85 ans et + (0,406)	85 ans et + (4,1)	85 ans et + (1,6)
Nombre et proportion (%) des décès impliquant des résidents de milieux de vie pour personnes âgées	3002 (86,6 %)	609 (55,1 %)	24 (14,1 %)	19 (21,8 %)	172 (35,7 %)	37 (40,7 %)
Nombre et proportion des décès impliquant des travailleurs de la santé (en %)	7 (0,2 %)	13 (1,2 %)	2 (1,2 %)	1 (1,1 %)	4 (0,8 %)	1 (1,1 %)
Territoire de CLSC ayant le plus de décès	Ahuntsic (311)	Saint-Léonard (76)	Saint-Léonard (16)	Bordeaux-Cartierville (7)	Montréal-Nord (49)	Montréal-Nord (8)
Territoire de CLSC ayant le taux de mortalité moyen quotidien (par 100 000) le plus élevé	Snowdon (3,0)	Côte-Saint-Luc (0,460)	Côte-Saint-Luc (0,204)	Parc-Extension (0,097)	Montréal-Nord (0,574)	Montréal-Nord (0,163)

*En date du 12 mai 2022

Annexe 2

LA PANDÉMIE À TRAVERS SES VAGUES

Cette annexe expose de manière narrative différents éléments caractérisant les six premières vagues de la pandémie de COVID-19 à Montréal. Il ne s'agit pas d'une description exhaustive, mais d'un rappel de différents faits marquants.

PREMIÈRE VAGUE - FÉVRIER À JUILLET 2020

Imprévisibilité de la crise

Dans un climat d'une grande incertitude relative à la virulence et à la létalité du nouveau coronavirus, les autorités des différents paliers gouvernementaux déploient une réponse massive pour juguler cette menace encore méconnue. Cette réponse est similaire à celles apportées par la plupart des juridictions à travers le monde. Face aux échos troublants de la situation telle que vécue à l'étranger, notamment en Europe, les autorités québécoises émettent une série de directives pour préparer le système de soins de santé à l'arrivée du virus. Cependant, devant une menace infectieuse d'une telle ampleur, la préparation à la gestion de la pandémie et les ressources prévues s'avèrent insuffisantes¹⁰⁸.

Des structures de coordination de l'urgence sanitaire à mettre en place

La Direction régionale de santé publique (DRSP) de Montréal active et ajuste sa structure interne de coordination de la pandémie dès janvier 2020. À la déclaration de l'état d'urgence sanitaire par le palier provincial le 13 mars 2020, la DRSP déploie également des interventions en soutien aux différents milieux, forme des enquêteurs externes et amorce la rédaction de lignes directrices pour accompagner les milieux (travail, hébergement, scolaire, communautaire, etc.) dans la mise en place des mesures nécessaires pour faire face à la menace.

Parallèlement, une imposante série de décrets et d'arrêtés ministériels édictant des mesures de gestion de la pandémie et leurs dispositions légales sont émis par le palier provincial. En l'absence d'une structure de commandement régional assumant la coordination de la mission Santé du PNSC à Montréal, la coordination des actions à l'échelle régionale s'en trouve complexifiée.

Une vigie afin de voir venir et suivre l'évolution

L'aptitude à suivre l'évolution de la pandémie repose sur les capacités de vigie et de détection des cas et comporte son lot d'incertitudes en raison de l'impossibilité de les détecter en totalité. Cette capacité fluctue de manière importante durant la crise. Si la première vague est marquée par l'insuffisance des capacités de détection aux plans matériel (écouvillons, réactifs, etc.), opérationnel (cliniques de dépistage, laboratoires, etc.) et logistique (coordination, déploiement, offre mobile, etc.) ainsi que par l'incapacité des systèmes d'information (systèmes d'information, fax, etc.) à traiter les données d'enquête afin de mener une vigie des cas ; le déploiement de ressources massives par le MSSS et la DRSP permet de renforcer ces capacités par la suite. Toutefois, malgré l'augmentation intensive des cas dépistés lors de la première vague, la disponibilité limitée des TAAN et des services de dépistage entraîne un sous-diagnostic des cas à faible sévérité et une augmentation de la transmission communautaire. Des études sérologiques subséquentes suggèrent qu'il y aurait eu environ trois fois plus de cas à Montréal que ce qui a été déclaré à la santé publique durant cette période¹⁰⁹.

La première vague entraîne 3668 hospitalisations à Montréal, ce qui la place au troisième rang des six vagues à cet égard et 676 admissions aux soins intensifs, ce qui la place au deuxième rang des six vagues. C'est aussi lors de cette vague que le plus grand nombre de décès (principalement chez des personnes âgées en milieu d'hébergement) a été recensé à Montréal (n=3465), le taux de mortalité se situant quant à lui à 1,2 pour 100 000 personnes.

Une communication du risque constante et transparente

Dès le début de la crise sanitaire, le gouvernement du Québec instaure des conférences de presse quotidiennes pour informer la population de l'évolution de la situation. À Montréal, dès les premiers jours de la pandémie, les regards se tournent vers la DRSP pour obtenir des réponses à l'égard de la situation montréalaise. Afin de communiquer de manière transparente et continue les informations relatives à l'évolution de la situation et aux risques en présence, la DRSP met en place des activités adaptées à différents milieux, incluant des conférences de presse, des communications aux médias, l'alimentation d'un site Web, la diffusion de différents communiqués ou directives aux partenaires ainsi que la mise en place de plusieurs lignes téléphoniques pour répondre aux questions de la population et des partenaires. Ces activités sont modulées à travers les vagues en fonction de l'évolution des connaissances sur le virus, du besoin d'information pressenti à l'égard de la situation épidémiologique ainsi que des groupes plus particulièrement touchés par la pandémie.

Devant les médias traditionnels et les médias sociaux, la santé publique est demeurée, tout comme le gouvernement, une source d'information jouissant d'une très grande confiance de la part de la population tout au long de la pandémie. Ce niveau élevé de confiance s'est maintenu en dépit du tapage médiatique généré par les opposants aux mesures de santé publique¹⁰.

Du confinement généralisé aux assouplissements ciblés

En l'absence de vaccins pour assurer l'immunité de la population, des mesures de confinement sont déployées pour réduire la transmission du virus au niveau le plus bas possible. Parmi celles-ci, la fermeture de l'ensemble des lieux publics (incluant les écoles et les services de garde) à l'exception des milieux de soins, des milieux de travail jugés essentiels et des services de garde pour les travailleurs essentiels¹¹. De plus, dès le 27 mars 2020, des restrictions de déplacements entre les régions sont envisagées, ciblant en particulier Montréal et l'Estrie où la situation épidémiologique est préoccupante¹². Des points de contrôle sont mis en place dans les régions de l'Outaouais, des Laurentides, de Lanaudière, de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Alors que la situation se stabilise, la réouverture de certains secteurs d'activité s'amorce à partir de la fin mai 2020 (industries de la construction et manufacturière, services de garde, etc.) et s'étend à tous les secteurs d'activité en juillet, à l'exception des grands événements et des festivals. Cependant, afin de réduire les risques de transmission, le port du couvre-visage dans les lieux publics devient obligatoire dans tout le Québec à partir de la mi-juillet¹³.

Des effets asymétriques : les personnes âgées et les travailleurs de la santé les plus touchés

Au cours de la première vague, la transmission est particulièrement marquée dans les milieux d'hébergement, les CHSLD et les résidences pour personnes âgées (RPA). Ces milieux de vie sont confrontés à d'importantes éclosions ayant mené à un nombre considérable de cas et de décès. À Montréal, 23 % des cas déclarés et 87 % des décès au cours de la première vague se sont produits dans ces milieux.

Par ailleurs, les travailleurs de la santé représentent 23 % des cas déclarés lors de cette vague. Les défis liés à l'approvisionnement et à la distribution des équipements de protection individuelle (ÉPI) font grand bruit alors même que les données sur les modes de transmission évoluent presque quotidiennement. Dès la fin du mois de mars 2020, les équipes de santé au travail recommandent le port obligatoire du masque médical de qualité et la distanciation physique dans les milieux de travail toujours ouverts.

En concordance avec les mesures sanitaires appliquées, les milieux de travail jugés essentiels, notamment ceux liés aux chaînes d'approvisionnement alimentaire et des biens essentiels, sont aussi fortement touchés puisqu'ils opèrent en présentiel¹⁴.

Il est à noter que le territoire montréalais n'est pas frappé partout de la même façon. En effet, au cours de la première vague, on observe une disparité importante entre les territoires de CLSC^{xvi} quant aux nombres de cas, d'hospitalisations et d'admissions aux soins intensifs, ainsi qu'aux taux de positivité.

Un engagement de la population : condition essentielle

La contribution de la population et son engagement sont déterminants dans l'évolution des différentes vagues, notamment par le respect des mesures de contrôle de la transmission, ou encore l'adoption de comportements de prévention et de protection. Face à l'incertitude de la menace, la population montréalaise fait preuve, dès la première vague, d'un engagement fort à l'égard des règles édictées par les autorités, engagement qui fluctuera tout au long de la pandémie en fonction des directives et de la fatigue pandémique éprouvée par plusieurs¹⁵.

^{xvi} Toutes les statistiques présentées par quartier montréalais sont basées sur les territoires de CLSC.

DEUXIÈME VAGUE - AOÛT 2020 À MARS 2021

Après une première vague marquée par l'imposition de mesures rigoureuses de contrôle de la transmission, la seconde vague survient alors que plusieurs mesures ont été allégées dans différents milieux. La transmission communautaire augmente alors avec la réouverture de nombreux milieux de travail, la rentrée scolaire, la reprise graduelle des activités courantes et, plus globalement, l'augmentation des contacts entre les personnes.

Une capacité accrue à suivre la situation

En date du 12 mai 2022, la deuxième vague est considérée comme la plus longue des six vagues. D'une durée de 210 jours, elle présente deux pics de nombre de cas : le premier est observé au début d'octobre 2020, tandis que le deuxième, de plus grande importance, survient à la fin décembre. Outre la durée, le nombre de cas illustre bien l'ampleur de cette vague : 83 111 cas ont été enregistrés.

Contrairement à la première vague, les courbes des cas et des hospitalisations sont alignées, reflétant possiblement un moindre impact du sous-diagnostic des cas non-graves tôt durant cette vague. L'accès généralisé aux TAAN au sein de la population permet de mener une vigie reflétant l'évolution de la situation.

Un plan montréalais de gestion de la pandémie

À la fin de l'été 2020, un bilan de la première vague et un plan de gestion pour une deuxième vague à Montréal sont élaborés par la DRSP. Peu après, un plan d'action gouvernemental pour la deuxième vague de COVID-19¹⁶ est publié et des budgets supplémentaires sont octroyés aux DRSP pour rehausser leur capacité.

Une informatisation des processus d'enquête

En début de deuxième vague, une solution informatique est implantée à travers le Québec afin de rehausser la capacité d'enquêtes des DRSP. Ajusté tout au long de la vague pour en améliorer l'efficacité, l'outil se révèle d'une importance cruciale pour soutenir la saisie de l'imposant volume de déclarations et d'informations sur la gestion des cas et de leurs contacts.

Des jeunes adultes davantage affectés et des milieux de vie pour personnes âgées toujours et encore vulnérables

À l'image des troisième, cinquième et sixième vague, c'est dans le groupe des 24-35 ans que l'on enregistre le plus grand nombre de cas à Montréal et, encore une fois, le taux d'incidence le plus élevé se retrouve chez les 85 ans et plus. Concomitants à l'ampleur de la vague de cas, le nombre d'hospitalisations, soit 4540, ainsi que le nombre d'admissions aux soins intensifs, soit 860, sont les plus élevés des six premières vagues. Cette vague est la deuxième plus meurtrière avec 1106 décès et un taux de mortalité de 0,3 par 100 000 personnes. Comme pour la première vague, une forte concentration des décès survient dans les milieux de vie pour personnes âgées, soit 55 %. On recense le plus grand nombre de décès sur le territoire de Saint-Léonard, alors que le quartier de Côte-Saint-Luc est celui où le taux de mortalité est le plus élevé.

Des éclosions en milieux de travail

Suite à l'allègement des mesures, notamment la réouverture de certains commerces dont l'entrée donne sur la rue et des usines de fabrication manufacturière, la période entre le début de la deuxième vague et la fin de l'année 2020 est marquée par trois fois plus d'éclosions en milieux de travail que celles observées durant la première vague. Même si elle diminue, la transmission demeure élevée entre janvier et mars 2021 : les éclosions sont deux fois plus nombreuses qu'au pire moment de la première vague¹¹⁷.

Une fluctuation importante des mesures de gestion de la pandémie

Au cours de cette deuxième vague, le gouvernement du Québec instaure un système d'alertes régionales qui repose sur des paliers de couleurs. Le 20 septembre, Montréal passe au niveau d'alerte orange; la semaine suivante, elle passe au niveau d'alerte rouge. La DRSP propose alors au MSSS des ajustements aux mesures du palier rouge appliquées à Montréal afin d'en réduire les impacts collatéraux (ex. : décès par surdose).

Après les assouplissements consentis au début de la 2^e vague, les mesures de contrôle de la transmission sont resserrées avec l'exigence du port du masque de protection dans les commerces et lieux publics, la fermeture complète de certains lieux et l'imposition d'un couvre-feu.

Le début du déploiement d'une offre de vaccination

Le début de la vaccination au sein des groupes de population et des milieux les plus à risque concorde avec le dernier tiers de la 2^e vague. L'offre est déployée en fonction des contraintes de disponibilité des vaccins et des critères provinciaux de répartition des doses entre les régions. En plus des critères provinciaux, la DRSP met en place des stratégies régionales pour optimiser l'utilisation du vaccin et son impact sur la prévention des formes sévères de la maladie, mais également sur le contrôle de la transmission et la réduction des écarts liés aux ISS. Ces stratégies incluent, entre autres, le déploiement d'une offre spécifique dans les habitations à loyer modique (HLM) et les organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation pour personnes âgées et dans les milieux de l'itinérance, ainsi que la vaccination en anneau.

Malgré un approvisionnement suffisant en vaccins et l'accès à une offre de services locale, la couverture vaccinale demeure largement inférieure au sein de certains groupes de la population et territoires, tant à l'échelle provinciale que métropolitaine. Les variants du virus échappant à l'immunité deviennent une préoccupation à la mi-février 2021, notamment en raison de leurs impacts sur l'immunité conférée par les vaccins et la gestion consécutive de la pandémie.

Une veille des nouveaux variants

Face à l'émergence de nouveaux variants du virus, la DRSP intensifie ses activités de veille scientifique et stratégique sur les mutations du SARS-COV-2 et sur l'efficacité des mesures populationnelles déployées dans les pays où l'on assiste à leur émergence¹¹⁸.

TROISIÈME VAGUE - MARS À JUILLET 2021

Une situation contrôlée par une approche suppressive

La 3^e vague débute alors que des mesures populationnelles strictes sont toujours en vigueur partout au Québec. Parmi celles-ci, la fermeture et les limitations de capacités dans différents lieux (bars, restaurants, etc.) ainsi que les restrictions concernant les déplacements internationaux. Le 8 avril 2021, plusieurs mesures sont resserrées en zone rouge, notamment celles concernant les déplacements inter-régions, les activités extérieures et la fermeture des lieux de loisirs.

Face à la détérioration de la situation et la survenue de nouveaux variants du virus SARS-CoV-2, la DRSP met à jour son plan de gestion de la pandémie¹⁹ qui est arrimé aux mesures en place au niveau national.

Pour limiter les éclosions, en collaboration avec les CIUSSS, un service de dépistage de masse est mis à la disposition des milieux de travail aux prises avec une éclosion importante. De plus, des tests rapides sont autorisés et distribués dans les entreprises afin de déceler les cas et limiter les éclosions.

Une vague d'une ampleur limitée

Contrairement à d'autres régions et métropoles canadiennes, Montréal connaît une 3^e vague d'ampleur limitée au cours de laquelle aucun pic de cas, d'hospitalisations ou de décès n'est observé. Certaines des interventions menées dans le cadre de l'approche suppressive déployée par les équipes de santé publique ont vraisemblablement contribué à réduire la transmission du virus dans la population et à atténuer le risque de COVID-19 dans des quartiers à forte transmission (voir encart sur la vaccination en anneau). Tout comme lors de la vague précédente, c'est dans le groupe des 24 à 35 ans que l'on dépiste le plus grand nombre de cas, mais c'est dans le groupe des 12 à 17 ans que le taux d'incidence est le plus élevé à Montréal. Les hospitalisations pour les formes sévères de la maladie diminuent : on en dénombre entre 1000 et 1500, c'est-à-dire de deux à quatre fois moins que lors des deux premières vagues.

Asymétrie constante : certains territoires plus affectés

Lors de cette troisième vague, les territoires où réside le plus grand nombre de cas, de personnes hospitalisées en raison de la COVID-19 et de cas traités aux soins intensifs sont ceux de Saint-Laurent et de Parc-Extension. Saint-Léonard est le quartier où il y a le plus grand nombre de décès, alors que Côte-Saint-Luc est celui qui connaît les plus hauts taux moyen de nouvelles hospitalisations quotidiennes et de mortalité. Après la primovaccination des milieux de vie pour personnes âgées, 14 % des décès, soit beaucoup moins que durant les deux vagues précédentes, surviennent parmi les résidents.

Une intervention adaptée à la survenue des variants

En prévision de la venue de variants, la DRSP de Montréal rehausse ses capacités de détection en temps opportun. Tous les laboratoires des grappes Optilab sont alors en mesure d'identifier les variants de manière présomptive par le biais de tests de criblage réalisés de manière systématique. Les résultats sont transmis à la DRSP dans les 12 à 36 heures suivantes²⁰.

Des communications actives

En continuité avec les efforts déployés depuis le début de la pandémie, la DRSP maintient des activités de communication pour informer la population concernant la menace en présence. Fin juin 2021, la DRSP cumule plus de 2000 dossiers médias, incluant plus de 150 entrevues accordées par la directrice depuis le début de la pandémie et près de 50 événements de presse.

Une campagne de vaccination mobilisant l'ensemble du réseau

Après près d'un an de pandémie, des vaccins contre la COVID-19 sont homologués et le Québec déploie une campagne de vaccination massive en débutant par les groupes les plus vulnérables aux formes graves de la maladie. Cette campagne mobilise des cliniques de vaccination à travers l'ensemble du réseau montréalais qui déploie des cliniques à travers tout son territoire en ciblant les milieux de vie pour personnes âgées, les personnes âgées vivant dans la communauté et les personnes ayant des maladies chroniques. Avec le soutien des CIUSSS, la DRSP entreprend des démarches pour obtenir des doses supplémentaires de vaccin, compte tenu de l'importante proportion de travailleurs de la santé à Montréal (36 % de l'ensemble du Québec) et du nombre considérable de personnes habitant à l'extérieur de l'Île de Montréal et venant se faire vacciner dans la métropole. De plus, des efforts sont déployés pour obtenir des doses supplémentaires de vaccin pour les groupes vulnérables, incluant les milieux d'hébergement pour personnes en situation d'itinérance et les milieux autochtones. Un projet de vaccination en anneau est également mis en œuvre afin de freiner la transmission du variant dans deux quartiers chauds de la métropole. Par ailleurs, les équipes de santé au travail ciblent les milieux de travail à risque élevé (abattoirs et transformation alimentaire) pour une vaccination en entreprise. Durant l'été 2021, le réseau montréalais se mobilise pour augmenter la couverture vaccinale auprès des jeunes adultes.

Le déploiement de la campagne de vaccination a contribué à rassurer la population sur le risque de contracter ou transmettre la maladie. Des données de sondages analysées par la DRSP durant la première année de la pandémie indiquent que, suite à l'arrivée des vaccins, cette perception du risque s'est atténuée, avec quelques ressacs lors de pics épidémiologiques¹²¹.

Une fatigue pandémique qui se fait sentir

Afin de réduire les impacts collatéraux appréhendés par le couvre-feu et de maintenir l'adhésion de la population aux directives sanitaires, la DRSP propose une révision des modalités d'application du couvre-feu à Montréal et une évaluation de ses impacts¹²². Fin mai 2021, après 139 jours, le gouvernement québécois met fin à l'application du couvre-feu.

QUATRIÈME VAGUE - JUILLET À NOVEMBRE 2021

Une progression marquée de la vaccination

La quatrième vague se déroule dans un contexte où la grande majorité de la population québécoise a obtenu deux doses de vaccin. Si, globalement, la couverture vaccinale est élevée à Montréal, certains groupes de population et territoires affichent des couvertures vaccinales largement inférieures aux moyennes québécoise et montréalaise. Au cours des mois d'août et septembre 2021, en collaboration avec le RSSS et les organismes communautaires, la DRSP poursuit ses travaux de démarchage et rehausse son offre de vaccination auprès des populations moins vaccinées, souvent issues de minorités ethniques¹²³.

En date du 3 octobre 2021, 76,5 % des Montréalais ont reçu deux doses de vaccin. La vaccination de la majorité de la population mène à la réouverture de la presque totalité des secteurs d'activité (à l'exception des festivals, gymnases et bars). Début septembre 2021, le passeport vaccinal est imposé pour toutes les activités jugées non-essentiels.

Un retour en classe en période de circulation intense du virus

Associé au variant delta, le pic de la quatrième vague survient à la mi-septembre 2021 suite à l'assouplissement estival des mesures sanitaires. Durement éprouvés par la pandémie, tant au niveau de la santé mentale¹²⁴ que de la réussite éducative¹²⁵, les jeunes du primaire et du secondaire font un retour en classe dans un contexte de circulation importante du virus. Pour en limiter la propagation, le port du masque est exigé dans les écoles à l'échelle de la province. De plus, en collaboration avec les établissements scolaires, la DRSP continue à déployer une offre de soutien aux directions d'école pour assurer une gestion des éclosions tout en visant à limiter les fermetures de classes ou d'écoles.

Des hospitalisations modérées

À la mi-septembre 2021, suite à des pics d'ampleur modérée de cas, d'hospitalisations et d'admissions aux soins intensifs, un plateau s'installe jusqu'à ce qu'une recrudescence soit détectée à la fin novembre. Le plus grand nombre de cas dépistés et le taux d'incidence le plus élevé lors de cette vague sont chez les jeunes de 5 à 11 ans. Au même niveau que la vague précédente, entre 1000 et 1500 hospitalisations sont dénombrées. Considérant la primovaccination récente des personnes âgées, le plus grand nombre d'hospitalisations est enregistré parmi les personnes de 75 à 84 ans, alors que ce sont celles de 45 à 54 ans qui sont les plus admises aux soins intensifs. Les mesures de PCI instaurées depuis les tragédies survenues dans les milieux d'hébergement pour personnes âgées ont permis d'y réduire les éclosions bien que 22 % des décès y surviennent toujours à Montréal.

Les flux transfrontaliers et l'arrivée de nouveaux variants

Les mesures de contrôle aux frontières sont assouplies par le gouvernement fédéral à compter de septembre 2021. Les citoyens étasuniens peuvent désormais entrer au Canada pour un voyage non-essentiel. Devant les risques supplémentaires d'introduction de nouveaux variants par la reprise des flux transfrontaliers transitant par Montréal, la DRSP assure une veille constante de l'émergence des nouveaux variants et se prépare à agir promptement. La fin du mois de novembre 2021 est marquée par la présence du nouveau variant omicron (BA.1.) Le 29 novembre 2021, l'INSPQ confirme le premier cas d'infection à ce variant chez un Montréalais. La DRSP élabore alors un plan régional de gestion de la pandémie adapté à la circulation de ce nouveau variant préoccupant.

CINQUIÈME VAGUE - DÉCEMBRE 2021 À MARS 2022

Une circulation accrue parmi les jeunes adultes

De plus courte durée que les précédentes, la cinquième vague s'étend sur 98 jours. Toutefois, avec l'arrivée du variant omicron, il s'agit de la vague qui génère le plus grand nombre de cas depuis le début de la pandémie. D'ailleurs, le DNSP affirme que près du tiers des Québécois et la moitié des Montréalais auraient été infectés durant cette 5^e vague¹²⁶. Considérant que ce variant est beaucoup plus transmissible, couplé à une réouverture des frontières et un assouplissement des mesures populationnelles, il s'avère impossible et infructueux de maintenir une approche intensive de gestion des cas et des contacts. La stratégie d'intervention face à la pandémie est rapidement modifiée.

Malgré le fait que les données de dépistage soient largement amputées en comparaison avec les vagues précédentes en raison de la hausse des tests rapides et de la limitation aux TAAN pour certains groupes de la population, près de 125 000 cas sont tout de même comptabilisés à Montréal. Ainsi, une accélération fulgurante de la transmission est observée et le sommet du nombre de cas est atteint vers la fin de décembre 2021. Les sommets des courbes des hospitalisations, des admissions aux soins intensifs et des décès surviennent quant à eux dans la semaine du 9 janvier 2022. À Montréal, le plus grand nombre de cas est observé parmi les personnes de 24 à 35 ans, tandis que le taux d'incidence le plus élevé se retrouve parmi celles de 18 à 24 ans. Les nombres importants de nouvelles admissions aux soins intensifs (455) et d'hospitalisations (3909), le plus élevé de la pandémie, provoquent une importante pression sur le système de soins et nécessitent l'imposition de mesures draconiennes pour en préserver les capacités. Cette vague a été la troisième plus meurtrière avec 482 décès à Montréal.

Les quartiers centraux encore les plus affectés

Au cours de cette vague, le plus grand nombre de cas est observé dans le quartier Rosemont tandis que le plus haut taux d'incidence l'est dans le quartier de la Petite-Patrie. Encore une fois, parmi les quartiers les plus affectés, Montréal-Nord est le territoire ayant subi le plus grand nombre d'hospitalisations, d'admissions aux soins intensifs et de décès, le taux de mortalité y étant le plus élevé. Montréal-Centre se retrouve au premier rang avec le plus haut taux moyen de nouvelles hospitalisations quotidiennes, tandis que Parc-Extension a eu le taux moyen de nouvelles admissions aux soins intensifs le plus élevé.

Les milieux de vie pour personnes âgées touchés

Durant la cinquième vague, les résidents des milieux de vie pour personnes âgées représentent 36% des décès. Ce retour à un pourcentage considérable après les niveaux plus bas des 3^e et 4^e vagues peut s'expliquer par le déclin de l'immunité vaccinale, l'administration tardive et hétérogène de la dose de rappel (3^e dose), l'assouplissement des mesures de prévention et de contrôle des infections dans ces milieux, ou encore en raison de la transmission soutenue du virus au sein de la communauté, donnant ainsi lieu à de multiples contaminations dans ces milieux.

Un renforcement des mesures sanitaires et un relâchement

La cinquième vague débute dans un contexte d'assouplissement des mesures sanitaires qui conduit à un resserrement abrupt des mesures durant la période des Fêtes. Fin décembre 2021, le gouvernement du Québec annonce, d'une part, la distribution graduelle des tests rapides à l'ensemble de la population et, d'autre part, le resserrement de certaines mesures populationnelles. Le télétravail redevient obligatoire et on ferme à nouveau les écoles primaires, les bars, les restaurants, les gymnases et les salles de spectacle. Devant une situation épidémiologique qui se dégrade, le 31 décembre, le gouvernement du Québec instaure un couvre-feu et interdit tout rassemblement privé jusqu'à sa levée le 17 janvier 2022.

Au même moment, le gouvernement du Québec décide de mettre fin à l'isolement obligatoire pour les enfants et le personnel des services de gardes qui auraient été en contact avec un cas déclaré positif dans un service de garde. Ainsi, seuls les contacts domiciliaires doivent s'isoler¹²⁷. Début janvier 2022, considérant la précarité du contexte épidémiologique à Montréal, la DRSP préconise le maintien de l'isolement obligatoire de ces personnes afin de limiter les risques d'éclosions dans ces milieux¹²⁸.

Québec accroît la liste des commerces pour lesquels la présentation du passeport vaccinal est obligatoire (SAQ, SQDC, magasins, grandes surfaces). Finalement, suite à une amélioration de la situation épidémiologique, certains assouplissements sont annoncés à partir de la fin janvier 2022. À la mi-mars, la plupart des restrictions sont levées, dont l'obligation de présenter un passeport vaccinal pour fréquenter certains lieux.

Une approche suppressive pour faire face au variant omicron

Le premier décembre 2021, la DRSP de Montréal annonce publiquement qu'elle adopte une stratégie d'intervention suppressive face au nouveau variant omicron, en conformité avec la mise à jour de son Plan régional de réponse à la pandémie, volet contrôle de la transmission. Malgré une capacité de vigie du variant extrêmement limitée, un test de criblage est mis en place pour détecter les cas liés au variant omicron dans les 12 à 36 heures suivantes. De multiples éclosions liées à ce variant sont observées sur le territoire montréalais. La source de celles-ci est souvent liée à des voyages à l'extérieur du Québec.

Grâce au criblage, la DRSP surveille parallèlement le risque d'hospitalisations, d'admissions aux soins intensifs et de décès parmi les vaccinés 1-2-3 doses comparés aux non-vaccinés. À la mi-décembre 2021, la capacité d'enquête de la DRSP est dépassée par le volume trop important de nouveaux cas et certaines activités jugées moins prioritaires sont alors délestées, notamment le traçage à rebours et l'identification exhaustive de tous les contacts. L'approche suppressive n'est plus préconisée.

SIXIÈME VAGUE - MARS À MAI 2022

Une gestion de la pandémie axée sur la responsabilité individuelle

Causée par l'introduction du sous-variant omicron BA.2, la sixième vague sévit au moment où les autorités misent de plus en plus sur la responsabilisation individuelle face à la COVID-19. Plutôt que de déployer des mesures populationnelles, on demande aux individus de faire l'utilisation de tests rapides et de s'isoler en cas de résultat positif afin de limiter la propagation du virus. Après la réouverture de l'ensemble des milieux, à la mi-mai, le port du masque devient facultatif sauf dans les établissements de santé et les transports collectifs. L'obligation de porter le masque dans les transports collectifs est levée le 18 juin 2022.

La levée de l'état d'urgence sanitaire

Le 1^{er} juin 2022, après 115 décrets de renouvellement, le gouvernement du Québec met fin à l'état d'urgence sanitaire en vigueur depuis mars 2020²⁹. La sanction du projet de loi 28 - *Loi visant à mettre fin à l'état d'urgence sanitaire tout en prévoyant le maintien temporaire de certaines mesures nécessaires pour protéger la santé de la population* lève l'état d'urgence sanitaire en vigueur ainsi que la quasi-totalité des mesures en place.

Une transmission communautaire importante

Le dépistage des travailleurs de la santé permet de constater que le pic des cas précède ceux des hospitalisations et des admissions aux soins intensifs où les personnes âgées sont principalement admises. L'écart de temps observé entre le pic des cas des hospitalisations et celui des décès s'est rétréci en comparaison avec les vagues précédentes. Ceci peut s'expliquer par la vitesse vertigineuse à laquelle le variant omicron s'est propagé au sein de la population.

À Montréal, les données du 14 mai 2022 révèlent que, parmi les cas déclarés d'infection à la COVID-19, les femmes sont surreprésentées dans une proportion de 60 %. Ceci s'explique possiblement par le fait que la vaste majorité des cas dépistés par TAAN et déclarés à la santé publique sont des femmes qui travaillent dans le réseau de la santé. Encore une fois, la tranche d'âge des personnes de 24 à 35 ans est la plus touchée quant aux nombres de cas d'infection. Alors que l'on comptabilise 1454 hospitalisations, le taux moyen de nouvelles hospitalisations quotidiennes se compare à celui de la première vague, soit 1,3 par 100 000 personnes, comparé à 1,9 lors de la vague précédente.

Durant cette vague, à Montréal, le plus grand nombre de cas est observé dans le quartier Rosemont, tandis que le taux d'incidence le plus élevé est observé dans celui de Côte-Saint-Luc. Poursuivant les tendances des vagues précédentes, Montréal-Nord est plus fortement touché au plan du nombre d'hospitalisations, de personnes admises aux soins intensifs, du taux moyen de nouvelles admissions quotidiennes aux soins intensifs, du nombre de décès et du taux de mortalité. Le plus haut taux moyen de nouvelles hospitalisations quotidiennes est observé dans Anjou. Parmi les groupes d'âge répertoriés, celui des personnes de 85 ans et plus a le taux moyen de nouvelles admissions quotidiennes aux soins intensifs le plus élevé. La remontée de la proportion du nombre de décès chez les résidents de milieux pour personnes âgées se poursuit pour s'établir à 41 %.

Vaccination

Une deuxième dose de rappel est offerte progressivement aux personnes âgées de 70 ans et plus. Cependant, il s'avère de plus en plus difficile de convaincre les gens d'aller chercher leur dose de rappel. Au 29 mai 2022, la proportion de la population adéquatement vaccinée atteint 89 % chez les 5 ans et plus et 92,9 % chez les 12 ans et plus. Par ailleurs, la proportion de personnes de 12 ans et plus ayant reçu au moins une dose de rappel atteint 54,1 %³⁰.

Références

1. OMS, [Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19](#), 11 mars 2020.
2. Gouvernement du Québec, [Décret 177-2020](#), 13 mars 2020.
3. MSSS, [Rapport d'évènement sur l'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19](#), 2022.
4. Lalonde, M., [With 9,856 cases, Montreal region remains Canada's COVID-19 epicentre](#), The Montreal Gazette, 22 avril 2020.
5. DRSP CCSMTL, [Le point sur la santé des Montréalais en période de pandémie. Disparités hommes-femmes \(11 août 2020\)](#); [Inégaux face à la pandémie: Population racisées et la COVID-19 \(19 août 2020\)](#); [Inégaux face à la pandémie: des écarts qui persistent \(13 octobre 2021\)](#).
6. INSPQ, [Les aléas affectés par les changements climatiques : effets sur la santé, vulnérabilités et mesures d'adaptation - Synthèse des connaissances](#), mars 2021; GIEC, [Climate Change 2022 - Impacts, Adaptation and Vulnerability](#), 27 février 2022, p.13 à 20.
7. Savoie, D., MSSS, [Diagnostic de la coordination des activités de santé publique et de prévention et contrôle des infections lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19 à Montréal - Constats et recommandations](#), 23 juillet 2020.
8. Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), [Mandat sur la performance des soins et services aux aînés - COVID-19 - Le devoir de faire autrement](#), janvier 2022.
9. Kamel, G., Bureau du coroner, [Rapport d'enquête concernant 53 décès survenus dans des milieux d'hébergement au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 au Québec](#), 10 mai 2022.
10. De Serres G. et al., INSPQ, [Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 : rapport final](#), 6 janvier 2022.
11. [Loi sur la santé publique \(LSP\)](#), art. 10.
12. Nadeau-Poissant, M., CCSMTL, Avis juridique portant sur les pouvoirs et les responsabilités des autorités en santé publique, 21 décembre 2020.
13. Site Santé Montréal, [Mission et gouvernance](#).
14. Savoie, D., Op. cit., p. 5.
15. [LSP](#), art. 7.
16. [LSP](#), art. 54.
17. [Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux](#), chapitre M-19.2, art. 5.1.
18. [LSP](#), art. 116, alinéa 3.
19. [Loi sur l'Institut national de santé publique](#), chapitre I-13.1.1, art. 3.
20. [LSP](#), art. 90.
21. [Loi sur les services de Santé et les Services sociaux](#), chapitre M-19.2, art. 373.
22. [Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales](#), chapitre O-7.2, art. 71.
23. MSSS, [Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle](#), 2011.
24. [LSP](#), art. 96 à 130.
25. [LSP](#), art. 12, 97 et 117.
26. [LSP](#), art. 96-115.
27. [LSP](#), art. 106.
28. [Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales](#), art. 71, alinéa 8.

29. [LSP](#), art. 106.
30. CCSMTL, *Structure de gouvernance montréalaise dans le contexte de la COVID-19. Modalités de coordination régionale COVID-19 du réseau*, version 3 août 2020.
31. Savoie, D., *Op. cit.*
32. CCSMTL, *Op. cit.*
33. DRSP CCSMTL, [Plan stratégique 2021-2024 - Un réseau de santé publique fort pour des solutions innovantes face aux enjeux urbains](#), 2022, p.15.
34. MSSS, [Rapport d'évènement sur l'état d'urgence sanitaire lié à la pandémie de la COVID-19](#), 2022.
35. DGSP, MSSS, [COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague](#), 2020
36. DRSP CCSMTL, [Plan de réponse à la pandémie COVID-19 - Volet de santé publique - Région de Montréal](#), 4 septembre 2020.
37. Baker et al., [Elimination could be the optimal response strategy for covid-19 and other emerging pandemic diseases](#), 2020. Lee A., Thornley S., Morris A. J., Sundborn G., [Should countries aim for elimination in the covid-19 pandemic?](#), 2020. Lancet Covid-19 Commission, Task force on public health measures to suppress the pandemic, 2021. Lancet Covid-19 Commission, [Sars-CoV-2 variants: the need for urgent public health action beyonds vaccines](#), mars 2021.
38. INSPQ, [Graphique 2.1 - Évolution du nombre cumulatif de décès liés à la COVID-19 selon le milieu de vie et la date de décès](#), consulté le 11 novembre 2022.
39. Institut de la statistique du Québec (ISQ), [Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions](#).
40. MSSS, [Pandémie de la COVID-19 - Le gouvernement met en place un système d'alertes et d'interventions régionales](#), Communiqué de presse, 8 septembre 2020.
41. INSPQ, [Ligne du temps COVID-19 au Québec](#), mars 2020.
42. *Ibid.*
43. DRSP CCSMTL, [Prévention des maladies respiratoires sévères infectieuses \(MRSI\) : triage et étiquette respiratoire](#), 10 janvier 2020.
44. OMS, [Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international \(2005\) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 \(2019-nCoV\)](#), 2020.
45. Gouvernement du Québec, *Op. cit.*
46. Vergara D. et Pascariu M., DRSP CCSMTL, [Les éclosions COVID-19 en milieu de travail à Montréal : Chronologie, bilan épidémiologique et portraits sectoriels](#), 2022.
47. *Ibid.*, p.12
48. INSPQ, *Ligne du temps*, *Op. cit.*, voir 6 juin.
49. DRSP CCSMTL, *Initiative visant à promouvoir la vaccination contre le COVID-19 chez les communautés noires de la région de Montréal*, 2002.
50. Périnet S. et al., [Analysis of COVID-19 Risk Following a Ring Vaccination Intervention to Address SARS-CoV-2 Alpha Variant Transmission in Montreal, Canada](#), JAMA Netw Open, 2022.
51. DRSP CCSMTL, [Le Point sur la santé des Montréalais en période de pandémie - Santé psychologique des Montréalais après 18 mois](#), 23 août 2021.; Inégaux face à la pandémie, *Op. cit.*
52. El-Majzoub, S. et al., [Negotiating Safety and Wellbeing : The Collaboration Between Faith-Based Communities and Public Health During the COVID-19 Pandemic](#), Journal of Religion and Health, septembre 2021.
53. DRSP CCSMTL, [Rapport du directeur de santé publique 2011 - Les inégalités sociales de santé à Montréal - Le chemin parcouru](#), 2011.
54. DRSP CCSMTL, *équipe Surveillance*, 2022.
55. INESSS, [Outils cliniques d'aide à la prise en charge - Affections post-COVID-19](#), juin 2022.
56. DRSP CCSMTL, *Santé psychologique des Montréalais après 18 mois*, *Op. cit.*

57. Les données présentées dans ce document sont issues de « MaVilleÉcoute », une série de sondages en ligne réalisés par la firme Advanis-Jolicoeur entre les mois d'avril et mai 2020. L'échantillon montréalais (plus de 2 000 répondants) est constitué à partir d'un tirage aléatoire de numéros de téléphones mobiles. Voir DRSP Mtl, [Le point sur la santé des Montréalais](#).
58. Données Radar Covid-19 proviennent des analyses réalisées par la DRSP CCSMTL à partir des données de sondage mené durant la pandémie par l'INSPQ sur une base hebdomadaire auprès de 1 690 participants montréalais d'un panel-web panquébécois.
59. INSPQ, [COVID-19 - Sondages sur les attitudes et comportements des adultes québécois - Pandémie et insécurité alimentaire](#), 26 juillet 2022.
60. Généreux M., DRSP CIUSSS de l'Estrie – CHUS, [Violence conjugale subie par les femmes en temps de pandémie: une enquête qui en dit long](#), Bulletin d'information de la Direction de santé publique de l'Estrie, numéro 64, mai 2022.
61. DRSP CCSMTL, [Le point sur la santé des Montréalais en période de pandémie - Jeunes adultes](#), 21 septembre 2020.
62. INSPQ, [COVID-19 : Impacts de la pandémie sur le développement des enfants de 2 à 12 ans](#), juillet 2021.
63. Bergeron J. et al., [Enquête sur la santé psychologique des 12 à 25 ans](#), mars 2022.
64. Observatoire pour l'éducation et la santé des enfants, [Projet Résilience : Étude sur le développement des enfants en contexte de pandémie](#).
65. Gauvin L. et al., [Quarantots, quarankids, and quaranteens: how research can contribute to mitigating the deleterious impacts of the COVID-19 pandemic on health behaviours and social inequalities while achieving sustainable change](#), février 2022.
66. Hillel I. et al., [Campaign 2000, No One Left Behind: Strategies for an inclusive recovery](#), 2021.
67. Kiely M., [COVID-19 pandemic impact on childhood vaccination coverage in Quebec, Canada](#), décembre 2021; Lee D. et al., [Delay in childhood vaccinations during the COVID-19 pandemic](#), février 2022.
68. DRSP CCSMTL, [Portrait des aînés de l'île de Montréal](#), 2017, p.10.
69. OMS, [Guide pour la conduite d'une revue intra-action \(RIA\) de la COVID-19](#), 23 juillet 2020.
70. Parmi les bilans internes de la DRSP: DRSP CCSMTL, [Gouvernance de la santé publique à Montréal et gestion de la pandémie, Élément clefs](#), 19 juin 2020; Guyon A. et S. Tessier, DRSP CCSMTL, [Bilan en cours d'action: réponse à la pandémie de COVID-19, Volet-Santé publique, région de Montréal](#), octobre 2020; Therrien MC, DRSP CCSMTL, [Analyse initiale des enjeux dans la gestion de la crise COVID-19 de la DRSP et recommandations rapides](#), 3 août 2020; DRSP CCSMTL, [État de situation : prévention et gestion des éclosions dans les milieux d'hébergement aînés](#), 3 juin 2020; [Table Régionale de Prévention des Infections Nosocomiales de Montréal \(TRPIN\), Debriefng de la TRPIN de Montréal concernant la gestion de COVID-19 dans les établissements de soin lors de la 1^{ère} vague](#), 15 juillet 2020; DRSP CCSMTL, [Bilan vague 1: volet santé publique, région de Montréal, Visite du Directeur national de santé publique, Dr. Horacio Arruda \(document de travail pour discussion\)](#), 7 août 2020.
71. Savoie, D., *Op. cit.*; CSBE, [Mandat sur la performance des soins](#), *Op. cit.*; Kamel, G., *Op. cit.*
72. À ce titre, voir entre autres démarches celle initiée par le Conseil citoyen du Réseau Résilience Aîné.es Montréal (RRAM), [Regards Aînés sur la pandémie. Constats et recommandations du Conseil citoyen du PIC-RRAM](#), 2022.
73. International Association of National Public Health Institutes (IANPHI), [Lessons learned from National Public Health Institutes Response to the COVID-19 Outbreak in 2020](#), mai 2020, p.5.
74. [Loi sur la sécurité civile](#), art. 80.
75. MSSS, [Guide d'opérationnalisation de la mission santé du Plan national de sécurité civile](#), mai 2018.
76. CSBE, [Mandat sur la performance des soins](#), *Op. cit.*
77. CSBE, [Mandat sur la performance des soins](#), *Op. cit.*, p. 34 et 37.
78. CSBE, [Mandat sur la performance des soins](#), *Op. cit.*, p. 42.
79. MSSS, [Plan québécois de lutte à une pandémie d'Influenza - Mission Santé](#), 2006; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, [Plan montréalais de lutte à une pandémie d'influenza](#), 2007.
80. CSBE, [Mandat sur la performance des soins](#), *Op. cit.*

81. [LSP](#), art. 97. Ce plan de mobilisation des ressources fait partie du [Plan d'action régional \(PARI\)](#) produit par les DRSP CCSMTL (voir section 1.1 du présent rapport).
82. INSPQ, [Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance](#), mars 2019.
83. IANPHI, *Op. cit.*, p.6
84. "Cette situation est principalement due au fait que le développement et le renouvellement des systèmes de gestion informatique du réseau de la santé et des services sociaux n'ont pas suivi le rythme des réformes qui ont eu cours depuis les années 1990." dans MSSS, [Plan d'action pour une deuxième vague](#), *Op. cit.*
85. IANPHI, *Op. cit.*, p.12
86. INSPQ, [Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique](#), 2015.
87. INSPQ, [Surveillance des inégalités sociales de santé](#).
88. Raynault MF, DRSP CIUSSS de la Capitale-Nationale, [La pauvreté et les inégalités sociales, de graves menaces à la santé des populations](#), 2017.
89. National Collaboration Centre for Infectious Diseases (NCCID), [Measuring What Counts in the Midst of the COVID-19 Pandemic: Equity Indicators for Public Health](#), septembre 2020.
90. Les données rapportées au Canada pour appuyer la gestion de la pandémie tiennent peu ou insuffisamment compte des marqueurs sociaux traduisant l'impact différentiel de la pandémie sur différents groupes. dans Blair, A. et al., [Identifying gaps in COVID-19 health equity data reporting in Canada using a scorecard approach](#), Canadian Journal of Public Health, 112(3), p. 352-362.
91. MSSS, [Plan de sécurité civile du ministère de la Santé et des Services sociaux](#), janvier 2020, p.7.
92. *Ibid.*
93. Observatoire de l'ACA, [Crise de la COVID-19: Impacts sur les organismes d'action communautaire autonome du Québec](#), janvier 2022.
94. IANPHI, *Op. cit.*, p.20.
95. Association pour la santé publique du Québec, [Inégalités sociales - Impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé et la qualité de vie des personnes immigrantes au Québec](#), 2022 p.28.
96. IANPHI, *Op. cit.*, p.20.
97. DRSP CCSMTL, [Cadre de référence sur le partenariat avec la population en santé publique](#), 2018.
98. Généreux M. et al., [Impacts psychosociaux de la pandémie de COVID-19: Résultats d'une large enquête québécoise](#), 2020-2021.
99. Savoie, D., *Op. cit.*; CSBE, [Mandat sur la performance des soins](#), *Op. cit.*; Kamel, G., *Op. cit.*
100. INSPQ, [La gouvernance : des rôles et des responsabilités clairs](#), juillet 2022.
101. [Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux](#), art. 90.
102. [LSP](#), chap. XI.
103. IANPHI, *Op. cit.*, p.6
104. CSBE, [L'organisation de la santé publique au Québec, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique](#), janvier 2022, p.30-31.
105. Di Ruggiero E. et al., [Gouverner pour la santé du public : options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada](#), 2022.
106. MSSS, [Programme national de santé publique 2015-2025](#), 2015, p. 33-34.
107. OMS, [Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19](#), 14 septembre 2022.
108. CSBE, [Mandat sur la performance des soins](#), *Op. cit.*; Kamel, G., *Op. cit.*
109. De Serres G. et al., INSPQ, *Op. cit.*

110. Données Radar Covid-19 proviennent des analyses réalisées par la DRSP CCSMTL à partir des données de sondage mené durant la pandémie par l'INSPQ sur une base hebdomadaire auprès de 1 690 participants montréalais d'un panel-web panquébécois.
111. Gouvernement du Québec, Op. cit., 13 mars 2020; MSSS, [Arrêté numéro 2020-008](#), 22 mars 2020.
112. INSPQ, *Ligne du temps*, Op. cit., voir 27 mars 2020.
113. *Ibid.*, voir 18 juillet 2020.
114. Vergara D., Op. cit.
115. Données Radar Covid-19 proviennent des analyses réalisées par la DRSP CCSMTL à partir des données de sondage mené durant la pandémie par l'INSPQ sur une base hebdomadaire auprès de 1 690 participants montréalais d'un panel-web panquébécois.
116. MSSS, *Plan d'action pour une deuxième vague*, Op. cit.
117. Vergara D., Op. cit.
118. DRSP CCSMTL, *Recensement des écrits concernant l'impact potentiel des nouvelles variantes et les mesures recommandées, 3 février 2021, dans Mise à jour intérimaire du Plan régional de réponse à la pandémie de COVID-19 en contexte de transmission de variants d'intérêt médical Volet contrôle de la transmission*, version du 23 février 2022.
119. DRSP CCSMTL, *Mise à jour intérimaire du Plan régional de réponse à la pandémie de COVID-19 en contexte de transmission de variants d'intérêt médical - Volet contrôle de la transmission, 23 février 2021*; DRSP CCSMTL, *Mise à jour intérimaire du Plan régional de réponse à la pandémie de COVID-19 en contexte d'introduction de nouveaux variants plus transmissibles et échappant partiellement à l'immunité au sein d'une population vaccinée 1 à 2 doses - Volet contrôle de la transmission*, 21 juin 2021.
120. Périnet S. et al., Op. cit.
121. Données Radar Covid-19 proviennent des analyses réalisées par la DRSP CCSMTL à partir des données de sondage mené durant la pandémie par l'INSPQ sur une base hebdomadaire auprès de 1 690 participants montréalais d'un panel-web panquébécois.
122. DRSP CCSMTL, *Avis et considérations de la DRSP de Montréal sur les couvre-feux comme mesure de contrôle de la transmission*, 21 décembre 2021.
123. DRSP CCSMTL, *Initiative visant à promouvoir la vaccination*, Op. cit.
124. DRSP CCSMTL, *Santé psychologique des Montréalais après 18 mois*, Op. cit.
125. Observatoire pour l'éducation et la santé des enfants, *Projet Résilience: Étude sur le développement des enfants*, Op. cit.
126. Ouellette-Vézina H., [Vague omicron - Le tiers des Québécois ont été touchés](#), La Presse +, 24 février 2022.
127. INSPQ, [Ligne du temps COVID-19](#), voir 17 janvier 2022
128. Directive interne relayé dans les médias, voir Radio-Canada, [COVID-19 : Québec appelé à suspendre ses nouvelles consignes concernant les garderies](#), 3 janvier 2022.
129. MSSS, *Rapport d'évènement sur l'état d'urgence*, Op. cit., p.15
130. DRSP CCSMTL, Équipe PCMI, 30 mai 2022

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

Québec 