

CHAPITRE 4

Gestion des équipements de protection individuelle pendant la pandémie

Audit de performance

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Centre d'acquisitions gouvernementales

Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

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

EN BREF

Pendant la pandémie de COVID-19, les équipements de protection individuelle (EPI) ont constitué une des principales mesures pour limiter la transmission du virus. Une pénurie mondiale sans précédent d'EPI, qui a perduré une bonne partie de 2020, a mis une forte pression sur les acteurs responsables d'en assurer la disponibilité. Du 1^{er} janvier 2020 au 30 juin 2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a acquis pour plus de 3 milliards de dollars de ces équipements.

Le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux n'étaient pas bien préparés pour favoriser la disponibilité et l'usage approprié des EPI en temps de pandémie. Leurs plans d'urgence sanitaire dataient de plus de 10 ans et se sont vite avérés insuffisants. De plus, aucune réserve ou autre mesure n'était en place pour faciliter l'approvisionnement en EPI. En raison de ce manque de préparation, le MSSS aurait dû réagir plus rapidement devant les signes avant-coureurs de la pandémie.

Par ailleurs, la mauvaise qualité de l'information dont il disposait sur les stocks d'EPI n'a pas favorisé une prise de décision éclairée à propos de l'approvisionnement et de la distribution aux établissements. Par exemple, il lui a fallu plusieurs semaines pour établir un premier inventaire des stocks, et cet inventaire comme ceux qui ont suivi n'étaient pas toujours fiables.

Enfin, l'importante baisse de valeur des EPI acquis à prix élevé lors de la pénurie mondiale de 2020 a entraîné une perte financière évaluée à 938 millions de dollars au 31 mars 2021. Cela est sans compter que, devant l'urgence d'agir, le Centre d'acquisitions gouvernementales n'a pas toujours bien vérifié l'intégrité des fournisseurs et la conformité de leurs EPI, ce qui a contribué à des pertes de près de 15 millions de dollars et à des poursuites judiciaires d'un peu plus de 170 millions de dollars contre des fournisseurs qui n'ont pas respecté leurs engagements.

CONSTATS

1

Le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux n'étaient pas bien préparés pour favoriser la disponibilité et l'usage approprié des EPI en cas de pandémie.

2

L'absence d'une information complète, fiable et à jour sur les stocks et la consommation d'EPI a nui à une prise de décision éclairée du MSSS quant à l'approvisionnement et à la distribution des EPI.

3

Afin de faire face à l'urgence sanitaire, le MSSS a dû acheter des EPI à prix très élevé lors de la pénurie mondiale de 2020. La baisse de la valeur des EPI par la suite a entraîné une perte financière évaluée à 938 millions de dollars au 31 mars 2021.

4

Le Centre d'acquisitions gouvernementales n'a pas toujours vérifié adéquatement l'intégrité des fournisseurs et la conformité de leurs EPI, ce qui a entraîné non seulement des pertes financières pour le gouvernement, mais aussi des poursuites judiciaires contre certains fournisseurs.

ÉQUIPE

Alain Fortin

Directeur général d'audit

Étienne Côté

Directeur d'audit

Marie-Hélène Boily

Roger Gariépy

Naomie Genois

Nadia Giguère

Catherine Labbé

SIGLES

CAG	Centre d'acquisitions gouvernementales
EPI	Équipement de protection individuelle
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
RPA	Résidence privée pour aînés

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	7
Le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux n'étaient pas bien préparés pour favoriser la disponibilité et l'usage approprié des EPI en cas de pandémie.....	10
L'absence d'une information complète, fiable et à jour sur les stocks et la consommation d'EPI a nui à une prise de décision éclairée du MSSS quant à l'approvisionnement et à la distribution des EPI.	17
Afin de faire face à l'urgence sanitaire, le MSSS a dû acheter des EPI à prix très élevé lors de la pénurie mondiale de 2020. La baisse de la valeur des EPI par la suite a entraîné une perte financière évaluée à 938 millions de dollars au 31 mars 2021.....	23
Le Centre d'acquisitions gouvernementales n'a pas toujours vérifié adéquatement l'intégrité des fournisseurs et la conformité de leurs EPI, ce qui a entraîné non seulement des pertes financières pour le gouvernement, mais aussi des poursuites judiciaires contre certains fournisseurs.	27
Recommandations.....	31
Commentaires des entités auditées	32
Renseignements additionnels.....	37

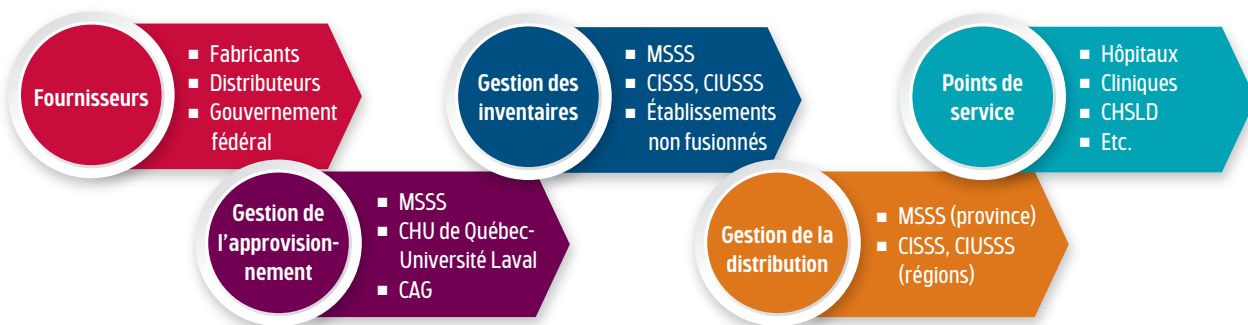
Voyez aussi les observations de la commissaire au développement durable sur le sujet.

MISE EN CONTEXTE

- 1 La pandémie de COVID-19, exceptionnelle tant par son ampleur que par les caractéristiques du virus, a causé une importante pénurie mondiale des équipements de protection individuelle (EPI). Cette pénurie a perduré une bonne partie de l'année 2020 et a mis une forte pression sur les acteurs responsables d'assurer la disponibilité des EPI. D'importantes mesures ont dû être mises en place pour tenter de freiner la propagation du virus, dont l'acquisition d'un volume sans précédent d'EPI.
- 2 Les EPI utilisés pour prévenir l'exposition potentielle aux maladies infectieuses comprennent notamment des gants, des blouses, des masques médicaux, des respirateurs (ex. : masques N95), des écrans faciaux et des articles de protection oculaire.
- 3 Avant la pandémie, chaque établissement de santé et de services sociaux était responsable de son propre approvisionnement en EPI. Le 12 février 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a centralisé cette responsabilité dans l'objectif de constituer une réserve provinciale et de répartir les EPI entre les différents établissements. Le MSSS a d'abord mandaté le groupe d'approvisionnement SigmaSanté pour la négociation des achats auprès des fournisseurs. Ce groupe a été fusionné avec le Centre d'acquisitions gouvernementales (CAG) le 1^{er} septembre 2020, c'est pourquoi nous parlerons du CAG tout au long du présent rapport.
- 4 Le MSSS a d'autre part confié au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec-Université Laval la responsabilité de l'acquisition des équipements, soit l'émission des bons de commande et les paiements. Il a de plus confié à une entreprise privée la gestion de l'entreposage de la réserve provinciale et la distribution des EPI dans les établissements. Ces derniers ont conservé la responsabilité de la distribution des EPI dans chacun des points de service sous leur responsabilité.
- 5 Les établissements de santé et de services sociaux comprennent les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les établissements non fusionnés, comme le CHU de Québec-Université Laval. Les hôpitaux, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres locaux de services communautaires (CLSC) constituent des exemples de points de service sous la responsabilité des établissements de santé et de services sociaux. Pendant la pandémie, ces établissements ont eu à approvisionner en EPI plusieurs autres organismes en plus de leurs points de service officiels, dont des CHSLD privés, des organismes communautaires, des centres de la petite enfance et des centres carcéraux.

6 La gestion des EPI implique un ensemble de processus qui constitue une chaîne logistique. La figure 1 montre les différents maillons de cette chaîne pendant la pandémie, de la fabrication des EPI à leur utilisation dans les points de service.

FIGURE 1 Chaîne logistique des équipements de protection individuelle pendant la pandémie de COVID-19



7 En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur la santé publique*, les responsabilités en matière de santé publique sont partagées entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique du MSSS et les directeurs régionaux de santé publique des CISSS et des CIUSSS. Voici celles qui sont pertinentes pour notre mandat :

- exercer une vigie des menaces pour la santé ;
- procéder aux enquêtes épidémiologiques ;
- s'assurer que les mesures de protection de la santé sont en place et sont connues ;
- effectuer la surveillance de la santé de la population.

8 De plus, s'ils sont d'avis qu'il existe une menace réelle pour la santé de la population, le gouvernement, le ministre de la Santé et des Services sociaux et les directeurs de santé publique peuvent notamment ordonner la fermeture de commerces, d'écoles ou d'autres institutions, limiter la mobilité des personnes ou imposer des mesures précises pour éviter la contagion, comme le port du masque.

9 Les responsabilités des entités auditées sont présentées dans la section Renseignements additionnels.

Pourquoi avons-nous fait cet audit ?

10 La disponibilité et l'usage adéquat des EPI représentent une des principales mesures de protection contre la transmission de la COVID-19. Cette protection est particulièrement importante pour les travailleurs de la santé, qui sont davantage exposés au virus, et pour les personnes âgées, qui sont plus gravement atteintes par la maladie. La pénurie mondiale de ces équipements a mis une pression majeure sur les acteurs de la chaîne logistique.

11 Comme le montre le tableau 1, le MSSS a investi plus de 3 milliards de dollars pour l'achat d'EPI entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 juin 2021.

TABLEAU 1 Coût des EPI acquis par le MSSS du 1^{er} janvier 2020 au 30 juin 2021

	M\$	%
Masques médicaux	1 022,7	33,3
Blouses de protection	843,2	27,4
Gants	677,9	22,1
Masques N95	420,1	13,7
Lingettes et désinfectants	61,0	2,0
Visières et lunettes	14,2	0,5
Autres	31,4	1,0
Total	3 070,5	100,0

Source : Système électronique d'appel d'offres du gouvernement du Québec.

Quels sont l'objectif de l'audit et la portée des travaux ?

12 L'objectif de cet audit était de s'assurer que le MSSS et les autres acteurs du réseau ont géré adéquatement l'acquisition et la distribution des EPI, de manière à en assurer la disponibilité en temps opportun, et ce, en fonction des risques de contagion. Nous avons pris en compte dans nos travaux le contexte exceptionnel de l'état d'urgence sanitaire sans précédent qui nécessitait d'agir rapidement.

13 La période visée par nos travaux d'audit s'étend de janvier 2020 à juin 2021. Toutefois, certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

14 L'objectif de l'audit et la portée des travaux sont présentés en détail dans la section Renseignements additionnels.

CONSTAT 1

Le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux n'étaient pas bien préparés pour favoriser la disponibilité et l'usage approprié des EPI en cas de pandémie.

Qu'avons-nous constaté ?

15 Le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé du MSSS et les plans régionaux des établissements de santé et de services sociaux, qui ont été utilisés pour faire face à la pandémie de COVID-19, n'avaient pas été mis à jour avant le début de la pandémie. Ils dataient de 2006 ou de 2007, dépendamment des entités auditées.

16 Le MSSS n'avait prévu aucune mesure pour faciliter l'approvisionnement en EPI du réseau en cas de pandémie. De plus, plusieurs employés ont eu à utiliser des EPI sans avoir préalablement reçu de formation à cet effet.

17 En raison de ces lacunes, le MSSS aurait dû réagir plus rapidement devant les signes avant-coureurs de l'apparition de la maladie au Québec.

Pourquoi ce constat est-il important ?

18 Une veille adéquate ainsi qu'un plan d'urgence sanitaire à jour et bien maîtrisé par l'ensemble des acteurs permettent de réagir plus rapidement et efficacement lors d'une pandémie. Par exemple, dès que le risque de pandémie augmente, le plan d'urgence peut prévoir l'augmentation des stocks d'EPI et la formation de l'ensemble du personnel de la santé sur l'utilisation de ces EPI.

Ce qui appuie notre constat

Plans d'urgence sanitaire non mis à jour

19 Dans les premières semaines de la pandémie, le MSSS a utilisé le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé, publié en 2006, mais ce plan d'urgence sanitaire a vite été jugé insuffisant. En effet, il n'avait jamais été mis à jour et des changements importants n'y étaient pas considérés, dont l'importante refonte du réseau de la santé et des services sociaux de 2015. Ce plan n'avait jamais non plus fait l'objet d'exercices de simulation pour en vérifier l'efficacité et l'ajuster au besoin.

20 Nous avons analysé d'autres plans d'urgence sanitaire produits par le MSSS, dont le Plan d'urgence québécois sur les maladies infectieuses à surveillance extrême – Volet santé publique, élaboré en 2019. Toutefois, ce plan ne contient presque aucune référence aux EPI et aucun des représentants du MSSS et des établissements audités que nous avons rencontrés ne nous a indiqué qu'il avait été utilisé lors de la pandémie.

21 La situation était la même dans le CISSS et les CIUSSS que nous avons audités. Bien que les agences de santé et de services sociaux aient aussi produit des plans régionaux de lutte à une pandémie d'influenza en 2006 ou en 2007, ces plans n'avaient jamais été mis à jour avant la pandémie de COVID-19 et se sont avérés inutilisables. En effet, des changements importants n'y étaient pas reflétés, comme la fusion de ces agences et la création des CISSS et des CIUSSS en 2015.

22 La nécessité de mettre à jour les plans de lutte à une pandémie d'influenza a d'ailleurs été soulignée dans un rapport d'évaluation produit par le MSSS en 2012 à la suite de la pandémie de H1N1, comme le montrent les extraits présentés ci-après.

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

« Après l'élaboration de leur plan, plusieurs confient l'avoir presque oublié. Ainsi, selon un membre d'un COPIN [comité de planification et d'intervention] : "Il devient de plus en plus obsolète. Les données sont de moins en moins à jour". »

« Pour plusieurs répondants, l'opération de 2009 a en outre montré que l'on doit mieux prévoir la gestion des files d'attente, les technologies de l'information, les services psychosociaux, les SNT [sites non traditionnels] hospitaliers et les liens avec les partenaires, pour ne nommer que les plus importants. Des aspects du *Plan* pourraient être modifiés ou, du moins, précisés, et d'autres, qui n'ont pas été mis en application, devraient être éventuellement validés. Si un plan devait être refait, des répondants suggèrent que la planification se déroule sur une courte période. »

« À leur avis, le plus important est de cultiver la capacité d'adaptation du réseau, notamment par des exercices. »

« La planification de l'approvisionnement et les commandes doivent être effectuées bien avant une pandémie. »

Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012

23 Des plans d'urgence sanitaire à jour auraient notamment permis de mieux planifier l'approvisionnement, la distribution et la formation sur l'utilisation des EPI, ainsi que d'assurer une gouvernance et des mécanismes de coordination plus efficaces.

24 En juillet 2020, le MSSS a ajouté une annexe au Plan québécois de lutte contre la pandémie d'influenza – Mission santé afin de considérer le contexte spécifique de la COVID-19 et l'a transmise à l'ensemble du réseau. Cependant, celle-ci n'a jamais été approuvée par les autorités du MSSS. En août 2020, il a également publié le document *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague*, qui a été élaboré sur la base des leçons tirées de la première vague de la pandémie.

25 Le MSSS mentionne d'ailleurs dans ce plan d'action pour une deuxième vague : « Plusieurs problèmes de gouvernance ont nui à une réponse efficace lors de la première vague de la COVID-19. Les difficultés ont principalement résidé dans le manque de consultations préalables à la prise de décision, quoique nécessaire en situation de crise, rendant parfois difficile l'application des directives sur le terrain [...]. De plus, des problèmes occasionnels de cohérence entre les orientations préconisées à l'échelle nationale et régionale ont été vécus. »

Absence de mesures pour favoriser un approvisionnement adéquat en EPI

26 Même si le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé le prévoyait, comme le montre l'extrait présenté ci-après, aucune réserve d'EPI ou autre mesure permettant de faciliter l'approvisionnement en EPI n'était en place en prévision d'une pandémie.

Extrait du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé

« Il est possible, selon la gravité de la pandémie d'influenza, que plusieurs pays émettent des embargos sur des produits requis. Le système de transport de ces produits pourrait également présenter des vulnérabilités logistiques et humaines. Il importe donc que le Québec planifie un approvisionnement *a priori* de ces ressources vitales au fonctionnement du réseau d'établissements et des sites non traditionnels de soins.

« La stratégie d'approvisionnement des médicaments, des équipements et des fournitures requis pour lutter contre la pandémie d'influenza prévoit les travaux suivants :

- établir une liste formelle des produits essentiels selon la classification “critiques” et “non critiques” ;
- établir des ententes avec des fournisseurs et constituer les réserves de produits critiques nécessaires pour la totalité de la pandémie d'influenza, chez les fournisseurs et/ou dans des entrepôts centraux du réseau de la santé ;
- établir des réserves locales des produits essentiels nécessaires pour le maintien des activités du réseau et le démarrage des sites non traditionnels de soins, pour une période de sept jours ; [...]

Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006

27 Une réserve d'urgence avait bien été constituée à partir de 2006 pour préparer le réseau à une pandémie d'influenza probable. Une partie de cette réserve a d'ailleurs été utilisée lors de la pandémie de H1N1 de 2009. Puis, en octobre 2010, le MSSS a décidé d'écouler les EPI restants. Les documents que nous avons consultés ne précisent pas les motifs de cette décision. Aucune autre mesure n'a ensuite été mise en place pour pallier l'élimination de cette réserve.

28 Suivant les difficultés d'approvisionnement en EPI rencontrées au début de la pandémie, le gouvernement du Québec a jugé nécessaire au printemps 2020 d'augmenter son autonomie d'approvisionnement en EPI. Il a négocié la construction d'une usine de fabrication de masques médicaux et de masques N95 au Québec avec un important fabricant et distributeur québécois d'équipement médical. En juillet 2020, il a aussi accordé de gré à gré à ce fabricant un contrat d'approvisionnement de 10 ans pour l'achat de 66 millions de masques médicaux et de 20 millions de masques N95 par année. Notons aussi que, pour faire face à la pénurie mondiale d'EPI, le MSSS s'est tourné vers d'autres fournisseurs québécois, notamment pour des masques médicaux, des blouses lavables et des visières.

Manque de formation sur l'usage des EPI

29 La formation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux en prévention et contrôle des infections était insuffisante pour faire face à une pandémie. Cette lacune était particulièrement présente dans les CHSLD et les résidences privées pour aînés (RPA), qui sont davantage des milieux de vie que des milieux de soins. En effet, en situation normale les EPI utilisés et les règles de prévention et de contrôle des infections y diffèrent beaucoup de ce qui a cours dans les centres hospitaliers.

30 Une enquête réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) au printemps 2020 auprès de 5 074 travailleurs de la santé ayant contracté la COVID-19¹ confirme cette lacune dans la formation des employés. En effet, parmi les 4 542 participants ayant travaillé durant la période d'exposition, seulement un peu plus de la moitié (56 %) ont rapporté avoir eu une formation en prévention et contrôle des infections, 34 % ont dit avoir uniquement reçu une recommandation écrite ou affichée, et 11 % ont dit n'avoir eu aucune formation. D'ailleurs, la formation a été un des deux principaux problèmes signalés unanimement par ces travailleurs, l'autre étant la disponibilité et la qualité des EPI. La proportion de travailleurs de la santé ayant indiqué avoir reçu une formation en prévention et contrôle des infections dans les centres hospitaliers était à peine plus élevée que dans les CHSLD.

31 Pour répondre à cette problématique, le MSSS a notamment élaboré et mis en œuvre à l'été 2020 le Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures en prévention et contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation, en collaboration avec la Croix-Rouge. Ce plan a permis, selon le ministère, de former 12 210 champions responsables de l'application des mesures de prévention et contrôle des infections, ainsi que de mettre en place une équipe au MSSS pour soutenir les établissements dans la mise en œuvre de ce plan d'action. Le MSSS nous a aussi confirmé que 30 264 employés ont complété le cours en ligne *Port de l'EPI* entre avril 2020 et mars 2022.

1. La majorité des travailleurs infectés interrogés travaillaient dans les régions de Montréal (52 %), de la Montérégie (12 %), de Laval (9 %) et de la Capitale-Nationale (6 %) pendant la période d'exposition. À noter qu'aucun travailleur de la santé interrogé ne travaillait sur le territoire du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

Réaction tardive

32 Dans le contexte où le Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé n'était pas à jour, qu'il n'avait pas mis en place de mesures pour faciliter l'approvisionnement en EPI en cas de pandémie et que plusieurs employés manquaient de formation sur l'utilisation des EPI, le MSSS aurait dû être plus vigilant face aux signes avant-coureurs de la pandémie.

33 La chronologie présentée dans la figure 2 montre que des mesures en matière d'approvisionnement ont graduellement été mises en place par le MSSS. Ces initiatives incluent notamment une première commande de masques médicaux et l'acquisition d'une quantité de masques N95 équivalant à une année de consommation en temps normal, les 18 et 20 février 2020. Le 21 février 2020, une directive temporaire en matière d'allocation et de gestion des EPI a aussi été adoptée.

34 Cependant, les principales actions du MSSS en matière d'approvisionnement ont été réalisées plus d'un mois après la déclaration par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'une urgence de santé publique de portée internationale, le 30 janvier 2020. En effet, c'est surtout à partir de la mi-mars, à la suite de la déclaration de l'état d'urgence sanitaire par le gouvernement du Québec, que les principales mesures pour assurer l'approvisionnement en EPI et leur distribution dans le réseau ont été instaurées. Parmi celles-ci, notons les achats massifs d'EPI qui ont débuté le 22 mars 2020.

35 La chronologie des événements montre aussi que le MSSS a réalisé son premier inventaire des EPI le 6 mars 2020, alors que le directeur général de l'OMS avait signalé au début février que la demande en EPI était 100 fois plus élevée que d'habitude.

FIGURE 2 Chronologie des signes avant-coureurs de la pandémie au Québec et de certaines actions gouvernementales

2019			
DÉC.		Premier cas de COVID-19 en Chine ¹	
	15	L'Alberta double ses commandes d'EPI.	
	31	L'OMS confirme des cas de pneumonie virale à Wuhan en Chine.	
2020			
JANV.	5	L'OMS conseille de prendre des précautions pour réduire le risque d'infections respiratoires aiguës.	
	9	L'OMS et les autorités chinoises confirment la présence d'un nouveau coronavirus.	
	10	Le MSSS transmet un premier avis à toutes les régions leur demandant de rehausser la surveillance des cas potentiels et indiquant certaines précautions à prendre.	
	21	L'OMS confirme une transmission interhumaine du coronavirus.	
	22	Le nouveau coronavirus est mentionné pour la première fois dans les procès-verbaux du comité de gestion du réseau.	
	23	Les ressources responsables de la sécurité civile au MSSS et dans les établissements du réseau sont désignées pour coordonner les travaux de préparation à une éventuelle pandémie, conformément à la mission santé du Plan national de sécurité civile.	
	25	L'OMS indique que l'efficacité des EPI dépend fortement d'un approvisionnement adéquat et régulier, ainsi que de la formation du personnel.	
	27	Premier cas de COVID-19 au Canada	
	29	Les autorités du MSSS sont informées que les réserves de masques du réseau devraient couvrir ses besoins réguliers des deux prochaines années. Le CAG est désigné responsable de l'approvisionnement en EPI pour l'ensemble du Québec.	
	30	L'OMS déclare que la flambée de cas d'infection au nouveau coronavirus constitue une urgence de santé publique de portée internationale.	
	30	Le MSSS déclare que le port du masque n'est « pas un outil de protection utile pour la population générale au Québec, même dans un contexte d'épidémie ».	
	FÉV.	5	Plusieurs établissements indiquent au MSSS avoir des problèmes d'approvisionnement pour certains EPI. Le comité tactique des EPI se rencontre une première fois. Il est composé de représentants du MSSS, des trois groupes d'approvisionnement en commun, de trois établissements de santé et de services sociaux et de sept fabricants et distributeurs d'équipement médical.
		7	Le directeur général de l'OMS indique dans une allocution que la demande d'EPI est 100 fois plus élevée que d'habitude, que les prix sont jusqu'à 20 fois supérieurs à la normale et que les stocks sont désormais épuisés.
7		La ministre de la Santé et des Services sociaux indique que le risque lié au coronavirus est toujours considéré comme faible au Québec.	
10		Le MSSS demande à quatre hôpitaux de passer des commandes d'EPI à titre de centres désignés pour recevoir les patients atteints de la COVID-19.	
12		Le MSSS indique au réseau que toute commande inhabituelle d'EPI doit être transmise à la direction responsable de la sécurité civile du MSSS pour une priorisation par le comité tactique des EPI selon les disponibilités.	
13		Un fournisseur mentionne à un conseiller en approvisionnement du MSSS que, selon lui, la pression déjà importante sur l'offre de masques ne fait qu'empirer.	
18		Le CAG achète pour le MSSS 750 000 masques médicaux pour un montant de 207 000 dollars.	
19		Le comité de gestion du réseau est informé que les centres désignés seront priorisés lors de la distribution de masques N95.	
20		Le MSSS autorise le CAG à procéder à l'acquisition d'une quantité de masques N95 équivalant à une année de consommation normale.	

■ International ■ Canada ■ Québec

1. Selon l'OMS, les premiers cas ont été signalés vers le 1^{er} décembre 2019. Il est à noter que certaines sources indiquent que des infections auraient pu s'être produites chez l'humain dès novembre 2019.

2020

FÉV.	21	Une directive temporaire sur la gestion des EPI est transmise dans le réseau. On y indique notamment que les masques doivent être conservés sous garde et que les centres désignés et les centres hospitaliers seront priorisés lors de la distribution.
	27	L'OMS publie des orientations sur l'usage rationnel des EPI compte tenu de la pénurie mondiale.
	27	Premier cas de COVID-19 au Québec
	28	Le MSSS met en place un comité stratégique ministériel chargé de planifier et de déployer les mesures pour faire face à d'éventuels cas de COVID-19. Ce comité doit notamment voir à la mise à jour du Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé, qui date de mars 2006.
MARS	4	La ministre de la Santé et des Services sociaux mentionne dans un point de presse que le risque d'être infecté au coronavirus est toujours considéré comme faible au Québec et que le réseau est loin d'une pénurie d'EPI, en précisant qu'il a « ce qu'il faut mais qu'il faudra gérer de façon rigoureuse ».
	6	Le MSSS procède à un premier inventaire des EPI dans le réseau.
	9	Le MSSS mandate le CHU de Québec-Université Laval pour procéder à l'acquisition des EPI reliés à la COVID-19, soit émettre les bons de commande et effectuer les paiements, et ce, pour tous les établissements du réseau.
	11	L'OMS déclare la pandémie mondiale de COVID-19.
	13	Le gouvernement du Québec décrète l'état d'urgence sanitaire.
	17	Une note adressée au sous-ministre du MSSS mentionne : – [...] plusieurs initiatives pour favoriser la disponibilité des EPI dont certaines sont déjà en place et d'autres restent à réaliser. On y retrouve notamment des mesures de rationnement, la formation d'un comité sur les équivalences en EPI et la création d'un comité d'urgence pour la réallocation des EPI entre les établissements. – [...] que l'INSPQ a rédigé des recommandations sur des situations où le port du masque N95 peut être évité.
	18	Premier décès dû à la COVID-19 au Québec
	20	Le MSSS transmet au réseau une première version de sa stratégie d'approvisionnement. La distribution des EPI est maintenant sous la gouverne du MSSS. Les CISSS et les CIUSSS sont responsables d'approvisionner les points de service et autres organismes de leur territoire, selon des niveaux de priorité allant de 1 à 4, 1 étant le plus urgent.
	21	Une note adressée au sous-ministre du MSSS indique que la situation sera critique pour la prochaine semaine et que très peu d'EPI seront disponibles pour les points de service de priorité 3 (ex. : CHSLD, RPA, GMF) et de priorité 4 (ex. : garderies, cliniques privées).
	22	Le MSSS commence ses achats massifs d'EPI. Par l'entremise du CAG et du CHU de Québec-Université Laval, il en acquiert pour 2,6 milliards de dollars entre le 22 mars et le 31 juillet 2020.
	23	Le MSSS révisé sa stratégie d'approvisionnement. Les CHSLD passent du niveau de priorité 3 à 2. De plus, les CHSLD et les RPA sont placés en confinement obligatoire.
31	Une note adressée au sous-ministre du MSSS indique qu'en seulement quatre semaines le réseau consomme une quantité d'EPI équivalant à sa consommation annuelle en temps normal.	
31	L'OMS publie une alerte concernant un nombre croissant de produits médicaux falsifiés.	

■ International ■ Canada ■ Québec

GMF Groupe de médecine de famille

CONSTAT 2

L'absence d'une information complète, fiable et à jour sur les stocks et la consommation d'EPI a nui à une prise de décision éclairée du MSSS quant à l'approvisionnement et à la distribution des EPI.

Qu'avons-nous constaté ?

36 Au début de la pandémie, le MSSS ne détenait aucun portrait des stocks d'EPI disponibles, et plusieurs semaines lui ont été nécessaires pour établir un premier inventaire. En janvier 2022, l'information relative aux stocks et à la consommation d'EPI restait toujours à parfaire. Sans cette information, le MSSS n'a pas toujours pu bien prioriser la distribution des EPI en fonction des points de service présentant une clientèle plus à risque ou sur le point d'en manquer.

Pourquoi ce constat est-il important ?

37 En contexte de pénurie, il est important de distribuer les EPI en priorité dans les régions les plus touchées par la pandémie et aux groupes les plus vulnérables, afin de limiter la propagation de la maladie et de protéger la population. Au Québec, les deux groupes les plus affectés par la COVID-19 au cours de la première vague de la pandémie étaient les personnes âgées et le personnel de la santé. Il est à souligner qu'alors qu'ils ne constituaient que 13,5 % de la population du Québec, les personnes âgées de 70 ans et plus représentaient 28,6 % des cas de COVID-19. Quant aux travailleurs de la santé, ils représentaient 27,5 % des cas.

Ce qui appuie notre constat

Manque d'information fiable sur les stocks d'EPI disponibles

38 Comme le MSSS ne dispose d'aucune infrastructure informatique pour assurer le suivi des stocks d'EPI, il lui est impossible d'avoir un portrait juste et fiable en temps réel.

39 Ce n'est que le 6 mars 2020 que le MSSS a effectué son premier inventaire des stocks d'EPI dans les établissements. Il a rencontré des problèmes lors de cet inventaire et de ceux qui ont suivi, notamment :

- l'inventaire a été complexe du fait que chaque établissement possède son propre système d'inventaire avec ses propres codes de produits ;
- chaque établissement devait saisir manuellement ses données dans une application, ce qui présentait un risque d'erreurs important et demandait des efforts considérables ;
- plusieurs établissements prenaient seulement en compte les stocks de leur magasin central, et non ceux disponibles sur les étages et dans les points de service², qui ne sont pas comptés dans leur système et doivent faire l'objet d'un décompte manuel.

40 Le MSSS nous a confirmé que ces inventaires lui avaient fourni un ordre de grandeur des stocks disponibles dans les établissements, mais pas une information précise. Il est arrivé par exemple que les données indiquent qu'un établissement détenait une quantité suffisante d'EPI, alors qu'au même moment cet établissement l'informait d'une rupture de stock.

41 En plus des fichiers d'inventaire d'EPI que lui transmettent les établissements, le MSSS utilise d'autres fichiers pour suivre les stocks de la réserve provinciale d'EPI acquis pendant la pandémie et entreposés par une entreprise privée en vue d'être distribués aux établissements. Ces fichiers, comme ceux qu'il reçoit des établissements, omettent ou n'incluent que partiellement certaines données essentielles, telles que :

- les dates de péremption des produits ;
- le prix d'achat des produits ;
- la consommation réelle dans le réseau ;
- le suivi des produits à partir du moment où les commandes sont livrées jusqu'à leur utilisation finale ;
- la conformité des EPI avec les normes de qualité ;
- la prévision des stocks en fonction des commandes à venir.

42 Bien que les outils que le MSSS utilise pour suivre ses stocks d'EPI se soient quelque peu améliorés avec le temps, les problèmes mentionnés demeurent. Parmi les améliorations apportées, notons :

- la prise en compte dans l'inventaire de l'ensemble des modèles et des tailles pour les principales catégories d'EPI utilisés dans le réseau depuis février 2021 ;
- l'implantation d'un nouvel outil de suivi des stocks à l'automne 2021, lequel ne couvre toutefois que la réserve provinciale.

EPI sur les étages et dans les points de service

Les établissements de santé et services sociaux ont généralement un magasin central, d'où les EPI sont distribués dans les réserves de chacune des unités de soins sur les étages et dans les points de service dont ils ont la responsabilité.

2. Selon l'information disponible au 29 juin 2021, les EPI conservés à l'extérieur des magasins centraux pouvaient représenter jusqu'à 25 % des stocks d'un établissement.

Manque d'information pour évaluer les besoins

43 Au début de la pandémie, le MSSS disposait de peu de données fiables pour l'aider à apprécier les besoins en EPI. Il a estimé que les besoins des établissements en situation de pandémie étaient généralement 13 fois supérieurs à leur consommation normale. Toutefois, il n'a pas été en mesure de nous fournir les hypothèses à l'appui de cette estimation et des quelques ajustements qui y ont été apportés par la suite.

44 De plus, le MSSS n'est pas en mesure d'évaluer l'impact des changements de directives ni celui de l'évolution de la pandémie sur les besoins futurs en EPI, car ses prévisions ne considèrent pas des données importantes, telles que les hospitalisations, le nombre de lits et le nombre d'employés dans les différents points de service.

45 Il est à noter que d'autres administrations, notamment l'Ontario, ont mis en place des modèles d'évaluation de leurs besoins en EPI basés sur ces différents paramètres.

Pénurie d'EPI dans certains points de service

46 Selon les travailleurs du réseau infectés par la COVID-19³ qui ont participé à l'enquête de l'INSPQ citée précédemment, le manque d'EPI est l'un des deux principaux problèmes auxquels ils ont été confrontés lors de la première vague. Les 864 répondants qui ont rapporté ne pas avoir toujours utilisé les EPI recommandés lors de contacts avec des patients atteints de la COVID-19 ont indiqué comme principales raisons le manque d'équipement (55 %) et la difficulté d'accès à l'équipement (18 %). D'autres ont également souligné un problème d'équipement inadapté ou de mauvaise qualité (ex. : gants se déchirant, choix de tailles réduit).

47 Compte tenu de la pénurie d'EPI, le MSSS a établi des directives visant notamment à effectuer leur distribution en fonction de niveaux de priorité allant de 1 à 4 (1 étant le plus urgent) selon le type d'établissement ou le point de service. Ces directives laissaient une grande latitude aux établissements et, devant l'explosion du nombre de points de service à desservir en EPI, chaque établissement audité a développé son propre modèle de distribution. Certains distribuaient les EPI en fonction de projections d'utilisation qu'ils réalisaient, alors que d'autres répondaient aux demandes des points de service. Cette différence de fonctionnement a pu créer des disparités d'accès aux EPI dans les points de service selon le CISSS et le CIUSSS qui les approvisionnait.

48 De plus, comme on peut le voir au tableau 2, le MSSS a rehaussé le niveau de priorité des CHSLD le 23 mars 2020 et celui des RPA, le 7 avril 2020. Cette situation a fait en sorte qu'au cours des premières semaines de la pandémie, les CHSLD et les RPA avaient un accès limité aux EPI.

3. La majorité des travailleurs infectés interrogés travaillaient dans les régions de Montréal (52 %), de la Montérégie (12 %), de Laval (9 %) et de la Capitale-Nationale (6 %) pendant la période d'exposition. À noter qu'aucun travailleur de la santé interrogé ne travaillait sur le territoire du CISSS du Bas-Saint-Laurent.

TABEAU 2 Évolution des niveaux de priorité établis par le MSSS pour la distribution des EPI¹

	21 février 2020	20 mars 2020	23 mars 2020	7 avril 2020
Centres hospitaliers où des éclosons de tuberculose ont vu le jour ²	1	2	2	2
Centres désignés pour soigner les patients atteints de la COVID-19	2	1	1	1
Autres centres hospitaliers	3	2	2	2
CISSS et CIUSSS	s.o. ³	2	2	2
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	s.o.³	3⁴	2⁵	2⁵
Résidences privées pour aînés, groupes de médecine de famille, cliniques médicales, ressources intermédiaires	s.o.³	3	3	2
Cliniques privées	s.o. ³	4	4	2
Autres : garderies, organismes communautaires, milieux carcéraux, refuges	s.o. ³	4	4	3

1. Le niveau de priorité 1 est le plus urgent.
2. Il s'agit de centres hospitaliers qui accueilleraient des cas de tuberculose confirmés et hospitalisés.
3. Ces établissements de santé et de services sociaux ou points de service n'étaient pas considérés dans les priorités en date du 21 février 2020.
4. Seuls les CHSLD privés conventionnés sont mentionnés.
5. Les CHSLD publics et privés sont mentionnés.

49 Pourtant, les résidents des CHSLD avaient été identifiés comme un groupe particulièrement à risque en situation d'influenza pandémique par l'INSPQ dès 2006, comme on peut le constater dans l'extrait présenté ci-après. Même si la COVID-19 est différente de l'influenza, il n'en reste pas moins que les personnes âgées, et tout particulièrement celles vivant en centre d'hébergement, sont vulnérables aux infections respiratoires.

Extrait du document *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels*

« Les résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée ou d'établissements de réadaptation seront particulièrement à risque face à la transmission de l'influenza pandémique et aux complications de la maladie. [...] Par conséquent, dès que l'influenza pandémique est détectée dans une région, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et établissements de réadaptation devront mettre en œuvre des mesures rigoureuses afin de prévenir l'introduction du virus. »

Institut national de santé publique du Québec, 2006

50 Par ailleurs, au printemps 2020, l'INSPQ a formulé des recommandations quant aux mesures exceptionnelles à appliquer pour faire face à la pénurie d'EPI. Ces mesures ont été intégrées dans les directives que le MSSS a transmises au réseau. L'avertissement suivant figure sur la première page du document de l'INSPQ : « Ces stratégies ne doivent pas être utilisées en dehors de la situation pandémique ou lorsque la disponibilité des EPI sera revenue à la normale. »

51 Par exemple, les directives transmises alors aux CHSLD ne respectaient pas toujours les bonnes pratiques recommandées par l'INSPQ en 2006 dans le rapport *Mesures de prévention et contrôle de l'influenza pandémique pour les établissements de soins et les sites de soins non traditionnels*, qui étaient encore en vigueur au moment de notre audit. Voici deux exemples concernant l'utilisation des masques et des blouses.

Recommandation de l'INSPQ en 2006	Directive du MSSS aux CHSLD en avril 2020 ¹
Un masque ne devrait être porté qu'une seule fois puis être jeté immédiatement après l'utilisation (après chaque patient), excepté pour un court laps de temps et pour des patients infectés regroupés dans une même zone.	Porter le masque pour une période prolongée (sans le retirer) pour les soins de plusieurs usagers. Jeter si visiblement souillé, endommagé ou respiration difficile.
Les blouses ne doivent être portées qu'une seule fois puis déposées dans un panier à linge (si lavables) ou jetées aux déchets (si jetables).	Porter la blouse jetable ou réutilisable pour une période prolongée (sans la retirer) pour les soins de plusieurs usagers. Si visiblement souillée ou endommagée, jeter (si jetable) ou déposer dans le panier de lingerie souillée (si réutilisable).

1. Applicable seulement pour les soins donnés à la clientèle d'une même unité.

Omissions dans la stratégie d'écoulement des surplus d'EPI

52 En mai 2021, alors que la pandémie semblait s'être atténuée, le MSSS a élaboré une stratégie afin d'écouler d'importants stocks d'EPI de sa réserve provinciale. Cette stratégie prévoyait les quantités d'EPI de la réserve à distribuer hebdomadairement aux établissements du réseau afin de les écouler avant qu'ils atteignent leur date de péremption et éviter ainsi des pertes financières. Le MSSS nous a mentionné que cette stratégie avait également pour objectif de veiller à ce que les établissements s'approvisionnent directement dans la réserve provinciale au lieu de s'approvisionner auprès des fournisseurs. Puisqu'au moment de nos travaux la pandémie n'était pas terminée et que les besoins en EPI étaient encore considérables, cette stratégie a perdu de son importance. Toutefois, dans le contexte où le MSSS prévoit devoir éliminer des surplus d'EPI dans l'avenir, notamment en raison des contrats d'approvisionnement signés pour les années futures, il est important de souligner que cette stratégie omettait certains éléments.

53 Comme le montre le tableau 3, une grande quantité d'EPI a été omise de cette stratégie d'écoulement, soit :

- les stocks disponibles dans les établissements de santé et de services sociaux ;
- les commandes dont la livraison était à venir ;
- les EPI en attente d'une vérification de la qualité.

TABLEAU 3 EPI omis de la stratégie d'écoulement de mai 2021 (en millions d'EPI)

	EPI omis				EPI inclus	Total des stocks d'EPI
	En établissements ¹	À recevoir	À vérifier ²	Total		
Blouses jetables et réutilisables	8,3	22,9	0,2	31,4	87,3	118,7 ³
Masques médicaux (niveau 1 à 3)	87,0	145,2 ⁴	307,0	539,2	101,2	640,4
Masques médicaux populationnels	4,6	1,8	-	6,4	44,1	50,5
Gants de 9,5 pouces	268,3	926,5	0,3	1 195,1	471,0	1 666,1
Gants de 12 pouces	16,5	517,2	0,1	533,8	160,1	693,9
Masques N95	21,2	34,4 ⁴	-	55,6	s. o. ⁵	s. o.

1. Il s'agit des quantités d'EPI inventoriées au 30 juin 2021.

2. Il s'agit des quantités d'EPI qui n'avaient pas été vérifiées au 30 juin 2021.

3. Ce nombre inclut 117,5 millions de blouses jetables et 1,2 millions de blouses réutilisables.

4. Cette quantité tient compte seulement des quantités à recevoir la première année du contrat conclu en juillet 2020 pour la livraison annuelle de 66 millions de masques médicaux et de 20 millions de masques N95 pendant dix ans.

5. Ces EPI n'étaient pas considérés dans la stratégie d'écoulement.

54 De plus, l'estimation du nombre d'années pour écouler les stocks de la réserve était uniquement basée sur la durée de vie de chaque type d'EPI et ne tenait pas compte de la capacité du réseau à absorber ces stocks. Par exemple, pour les blouses jetables, la période d'écoulement a été établie à 4,5 ans parce que la durée de vie de ces blouses est estimée à 5 ans (le MSSS a retranché 6 mois pour éviter de dépasser la date de péremption). À titre indicatif, si on se base sur la consommation annuelle d'EPI en temps normal, il faudrait plutôt 15 ans pour écouler les 117,5 millions de blouses jetables inventoriées en mai 2021.

CONSTAT 3

Afin de faire face à l'urgence sanitaire, le MSSS a dû acheter des EPI à prix très élevé lors de la pénurie mondiale de 2020. La baisse de la valeur des EPI par la suite a entraîné une perte financière évaluée à 938 millions de dollars au 31 mars 2021.

Qu'avons-nous constaté ?

55 Compte tenu du prix élevé des EPI acquis en début de pandémie et d'une baisse marquée de leur valeur par la suite, une dévaluation a dû être comptabilisée à la fin de l'année financière 2020-2021. Cette perte de 938 millions de dollars au 31 mars 2021 est répartie comme suit :

- 671 millions de dollars pour les EPI en stock⁴ ;
- 131 millions de dollars pour des engagements contractuels en cours pour l'achat d'EPI ;
- 136 millions de dollars pour des commandes d'EPI payées d'avance en attente de livraison.

Pourquoi ce constat est-il important ?

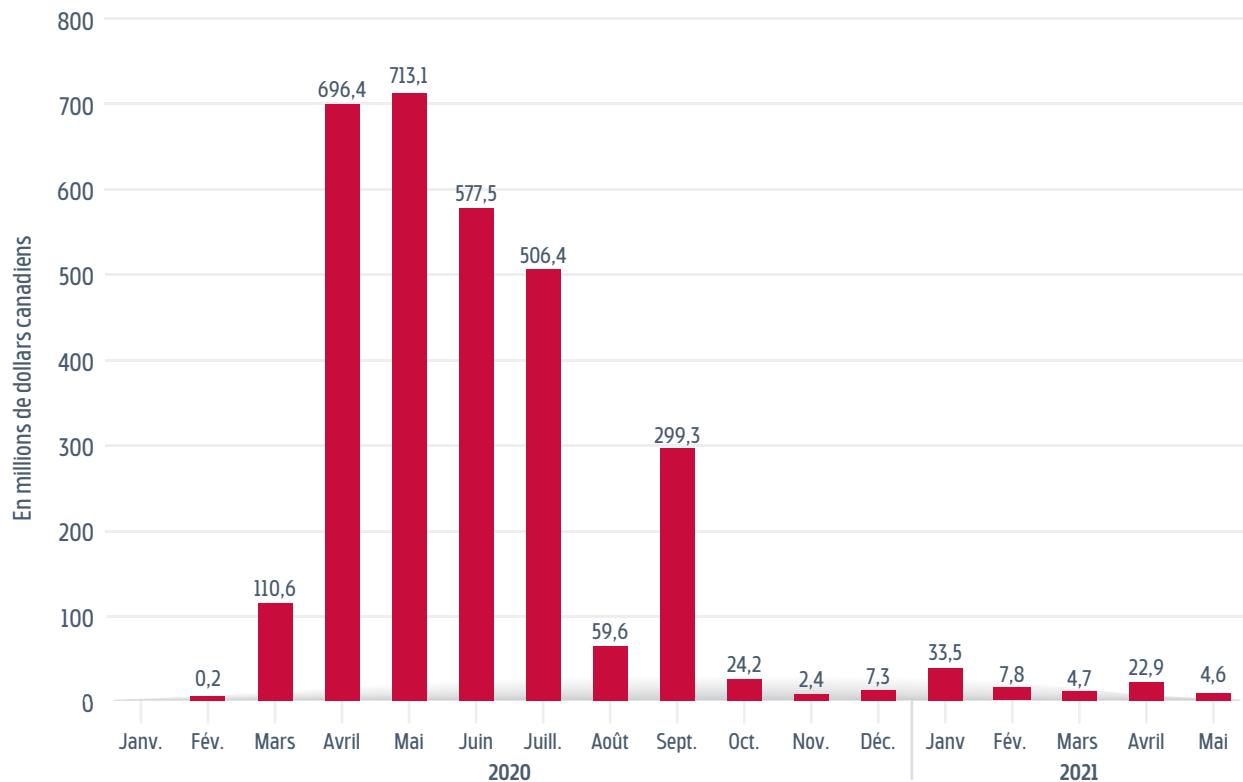
56 Le MSSS n'avait pas prévu de mesures pour favoriser un approvisionnement suffisant en EPI en cas de pandémie, telles que des ententes préalables avec des fournisseurs ou la constitution de réserves d'EPI. Il a donc dû acquérir des EPI de toute urgence pour protéger la population, alors que les prix atteignaient des sommets. Dans le contexte où les prix ont diminué par la suite, ces achats ont occasionné des pertes financières.

4. Ce montant inclut 9 millions de dollars pour des EPI offerts par le gouvernement fédéral et d'autres types d'équipements qui ne faisaient pas partie de la portée de nos travaux (ex. : tests, écouvillons, thermomètres).

Ce qui appuie notre constat

57 Le MSSS, par l'entremise du CAG et du CHU de Québec-Université Laval, a acheté la grande majorité des EPI après la déclaration de l'état d'urgence sanitaire par le gouvernement du Québec le 13 mars 2020 (figure 3).

FIGURE 3 Évolution du coût des achats d'EPI effectués par le MSSS



Source : Système électronique d'appel d'offres du gouvernement du Québec.

58 Afin de faire face à l'urgence sanitaire, des achats importants, pour la grande majorité conclus de gré à gré, ont été réalisés à la fin de l'hiver et au printemps 2020, soit au moment où la pénurie mondiale d'EPI était à son plus fort et les prix à leur niveau le plus élevé. La figure 4 montre l'évolution du prix des quatre principaux types d'EPI achetés par le MSSS.

FIGURE 4 Évolution du prix unitaire moyen des principaux EPI acquis par le MSSS

1. Le MSSS n'a pas acquis de ce type d'EPI au cours de cette période.

Source : MSSS et CHU de Québec-Université Laval.

Dévaluation au 31 mars 2021

59 La perte de 938 millions de dollars est tout d'abord composée d'une dévaluation de 671 millions de dollars des stocks d'EPI disponibles dans la réserve provinciale et les établissements au 31 mars 2021. En effet, ces équipements, dont une part importante a été acquise pendant la pénurie mondiale du printemps 2020 pour un coût total de 1,21 milliard de dollars, n'en valaient plus que 539 millions au 31 mars 2021.

60 À ce montant s'ajoute une dévaluation de 131 millions de dollars pour des engagements contractuels en cours pour l'achat d'EPI, dont le coût d'acquisition totalisait 804 millions de dollars. Enfin, une dévaluation de 136 millions de dollars a été appliquée à des commandes d'EPI payées d'avance et en attente de livraison, dont le coût d'acquisition était de 625 millions de dollars.

CONSTAT 4

Le Centre d'acquisitions gouvernementales n'a pas toujours vérifié adéquatement l'intégrité des fournisseurs et la conformité de leurs EPI, ce qui a entraîné non seulement des pertes financières pour le gouvernement, mais aussi des poursuites judiciaires contre certains fournisseurs.

Qu'avons-nous constaté ?

61 Devant l'urgence d'acquérir des EPI, le CAG n'a pas toujours vérifié adéquatement l'intégrité des fournisseurs et la conformité de leurs produits avant de demander au CHU de Québec-Université Laval de procéder à l'émission du bon de commande et au paiement. Ainsi, au 21 février 2022, des pertes financières de près de 15 millions de dollars ont été constatées et des poursuites judiciaires d'un peu plus de 170 millions de dollars ont été intentées contre des fournisseurs à qui le CHU de Québec-Université Laval a payé des EPI qui n'ont pas été livrés ou qui ont été jugés inadéquats.

62 Par ailleurs, d'autres pertes sont liées au fait que le MSSS a retiré des EPI de la réserve parce que leur qualité ne correspondait pas à celle souhaitée. Comme le ministère n'a pas conservé de traces de l'élimination de ces EPI, il ne nous a pas été possible d'estimer la valeur de ces pertes.

Pourquoi ce constat est-il important ?

63 L'acquisition en situation d'urgence d'un volume record d'EPI dans un contexte de pénurie mondiale augmente les risques liés à l'approvisionnement, comme la non-conformité des produits et la fraude. L'absence de mesures efficaces pour diminuer ces risques peut avoir un impact financier considérable.

Ce qui appuie notre constat

Lacunes dans le contrôle

64 Des représentants du CAG et du CHU de Québec-Université Laval nous ont confirmé qu'en raison de l'augmentation significative des besoins en EPI liés à la nécessité de protéger la population, du niveau très bas des réserves et de l'urgence d'approvisionner le réseau, la consigne du MSSS était d'acquérir des EPI par tous les moyens possibles. À ce moment, la demande mondiale était si forte qu'en plus d'un prix très élevé, les fournisseurs pouvaient exiger des conditions inhabituelles, comme d'être payés d'avance. Dans ce contexte, les risques liés à l'approvisionnement étaient augmentés.

65 Le CAG et le CHU de Québec-Université Laval ont eu à traiter avec une grande quantité de fournisseurs qui leur étaient inconnus et avec qui ils devaient conclure rapidement des achats afin d'éviter qu'un autre client le fasse avant eux et qu'ils ne puissent pas s'approvisionner. Le CAG n'a donc pas toujours bien vérifié l'identité et l'intégrité de ces fournisseurs ou encore obtenu une documentation minimale sur leurs produits avant d'effectuer les commandes.

66 Parmi les 13 achats que nous avons analysés et qui ont été réalisés de mars à septembre 2020, 6 ont été entièrement payés d'avance, au moment de la commande, et 5 l'ont été partiellement. Pour un des achats payés d'avance en totalité, alors que le bon de commande précisait que le paiement devait se faire sur livraison et après vérification de la qualité des produits, les produits payés n'ont jamais été livrés, ce qui a entraîné une poursuite de 50 millions de dollars contre le fournisseur.

67 De plus, pour 11 des 13 achats que nous avons analysés, aucune documentation ne démontre qu'une recherche a été faite sur les fournisseurs avant l'émission des bons de commande. Quelques recherches sur ces fournisseurs auraient pu soulever des enjeux importants et amener le CAG à remettre en question une transaction. Par exemple, une recherche rapide sur un de ces fournisseurs nous a permis de constater qu'il œuvrait dans un domaine complètement différent de celui des EPI et que son président avait été reconnu coupable de fraude dans le passé. De plus, la fiche technique du produit fournie par ce fournisseur comportait des incohérences dans les spécifications du produit, notamment à propos de la marque et du modèle proposés.

68 Quant à l'analyse clinique préalable de la qualité des produits avant de procéder à la commande :

- pour 6 des 13 achats que nous avons analysés, le CAG n'a pas pu nous démontrer qu'il avait préalablement obtenu les spécifications des produits ni qu'une analyse clinique préalable de leur qualité avait été effectuée ;
- pour 4 des 7 achats pour lesquels le CAG était en possession des spécifications des produits, il n'y avait aucune preuve qu'une analyse clinique préalable de la qualité des produits avait été effectuée.

Analyse clinique préalable de la qualité

Il s'agit d'une analyse qui comporte généralement trois étapes : la réception et la vérification des spécifications du produit (fiches techniques, licences, rapports de laboratoire), l'analyse d'un échantillon du produit par une infirmière clinicienne et l'approbation du produit par cette dernière.

69 Ces faiblesses du contrôle avant la commande ont fait en sorte que certains EPI reçus ne correspondaient pas à ceux commandés ou n'étaient pas de la qualité souhaitée, et n'ont donc pas pu être utilisés. Par exemple, le CAG a fait une commande de masques N95 sans d'abord valider adéquatement les spécifications du produit et a reçu des masques KN95 qui ne répondaient pas aux normes exigées. Dans un autre cas, il a commandé des blouses sans obtenir les spécifications, et les blouses reçues se déchiraient très facilement.

70 D'autres lacunes ont été constatées à propos de la vérification de la conformité et de la qualité des EPI lors de leur réception. En effet, les représentants du MSSS nous ont indiqué qu'au cours de la première vague de COVID-19, les EPI demeuraient moins de 24 heures dans les entrepôts de la réserve provinciale avant d'être distribués dans le réseau. Ils ont fait l'objet d'une vérification rapide, parfois même à distance, par une infirmière clinicienne. Ainsi, pour 7 des 11 achats dont les produits ont été livrés, il n'y avait aucune documentation montrant qu'une analyse clinique de la qualité des produits reçus avait été effectuée.

71 Il faut aussi dire que certains éléments compliquaient les contrôles exercés par le MSSS. Pour 9 des 11 achats pour lesquels les produits ont été reçus, l'information transmise par le fournisseur à la livraison comportait des erreurs ou était insuffisante. Par exemple, certains bons de livraison étaient écrits en mandarin ou comportaient une description si insuffisante du produit que le CAG a dû se baser sur des photos pour identifier le produit.

72 Pour ces raisons, en début de pandémie, certains problèmes concernant la qualité des produits n'ont été découverts qu'au moment de leur réception dans les établissements. Des enjeux relatifs à la qualité des EPI ont d'ailleurs été soulignés par le CISSS et les CIUSSS que nous avons audités.

Pertes financières et poursuites judiciaires en cours

73 En date du 21 février 2022, le CHU de Québec-Université Laval avait subi des pertes de 14,9 millions de dollars sur des achats totalisant 167,2 millions de dollars à la suite d'ententes hors cours ou de faillites de fournisseurs. Il est important de souligner que nos travaux ont été limités par le fait que le CHU de Québec-Université Laval a refusé de nous donner accès à ces ententes, au motif que leur divulgation contreviendrait au privilège relatif au règlement des litiges. L'accès à ces ententes nous aurait notamment permis de considérer l'ensemble des enjeux relatifs aux conditions convenues entre les parties.

74 De plus, à cette même date, le CHU de Québec-Université Laval avait intenté des poursuites de 172,2 millions de dollars concernant d'autres achats contre 6 fournisseurs, pour des EPI payés d'avance qui n'ont jamais été livrés, que l'on considérait ne pas correspondre à ceux commandés ou qui étaient jugés de mauvaise qualité (tableau 4). En contrepartie, le CHU de Québec-Université Laval nous a indiqué que trois de ces fournisseurs le poursuivaient pour un total de 29,5 millions de dollars.

TABLEAU 4 Sommes en cause dans les poursuites judiciaires du CHU de Québec-Université Laval contre certains fournisseurs d'EPI au 21 février 2022

	M\$
Risque de perte faible	45,4
Risque de perte élevé	126,8
Total	172,2

Source : CHU de Québec-Université Laval.

75 Finalement, d'autres pertes sont liées au retrait par le MSSS d'EPI de la réserve parce que leur qualité ne correspondait pas à celle souhaitée sans toutefois donner lieu à un litige. Comme le ministère n'a pas conservé de traces de l'élimination de ces EPI, il ne nous a pas été possible d'estimer la valeur de ces pertes.

RECOMMANDATIONS

76 Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Centre d'acquisitions gouvernementales et des établissements de santé et de services sociaux audités suivants : le CISSS du Bas-Saint-Laurent, le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Celles-ci sont présentées ci-dessous. Nous invitons l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux à s'inspirer des recommandations faites aux établissements audités étant donné que ces recommandations peuvent s'appliquer à plusieurs d'entre eux.

Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux

- 1 Établir et maintenir à jour un plan d'urgence, notamment en matière de gestion des EPI, pour faire face à d'éventuelles pandémies, et que ce plan prenne en compte les leçons tirées de la crise sanitaire due à la pandémie de COVID-19 et les meilleures pratiques reconnues en la matière, dont la réalisation d'exercices de simulation périodiques et l'inclusion de critères qui indiquent quand le plan doit être activé.
- 2 Déterminer les produits essentiels en situation de pandémie et mettre en place des mécanismes favorisant un approvisionnement adéquat de ces produits.
- 3 Disposer d'une information complète et fiable permettant de bien évaluer les besoins en EPI actuels et futurs en cas de pandémie.

Recommandation au Centre d'acquisitions gouvernementales

- 4 Renforcer ses mécanismes de vérification de l'intégrité des fournisseurs et de la conformité des produits pour les achats d'EPI en situation d'urgence.

Recommandations au CISSS et aux CIUSSS audités

- 5 Établir et maintenir à jour un plan d'urgence régional, notamment en matière de gestion des EPI, pour faire face à d'éventuelles pandémies, et que ce plan prenne en compte les leçons tirées de la crise sanitaire due à la pandémie de COVID-19 et les meilleures pratiques reconnues en la matière, dont la réalisation d'exercices de simulation périodiques.
- 6 Voir à ce que chaque employé soit adéquatement formé en prévention et contrôle des infections, et ce, en fonction des tâches qu'il aurait à exercer pendant une pandémie.

COMMENTAIRES DES ENTITÉS AUDITÉES

Les entités auditées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accepte les trois recommandations de la vérificatrice générale du Québec et considère qu'il peut apporter des améliorations au processus d'acquisition et de distribution des équipements de protection individuelle (EPI) dans un contexte de pandémie. La pandémie de COVID-19 n'a rien de comparable à ce que chacun connaît, et rares sont celles et ceux qui ont connu la dernière pandémie comparable, soit celle du début des années 1920. Le monde entier souhaitait acquérir des masques, et le succès de l'obtention de ces masques comportait des paradigmes différents, dans lesquels le réseau de contacts et l'esprit d'initiative étaient importants. C'est dans ce contexte très particulier que le MSSS a dû évoluer. Il faut noter que la production mondiale des EPI, tout comme une bonne partie de la production en général, a été délocalisée en Asie, et ce, depuis de nombreuses années. La ville de Wuhan, le berceau de la pandémie de COVID-19, est également le centre de la production mondiale des EPI, et les acquisitions massives coïncidaient avec la période du Nouvel An chinois. Le monde entier a alors pris conscience de sa dépendance dans les chaînes d'approvisionnement.

« Des actions ont été menées par le MSSS dès le mois de janvier 2020 concernant les EPI. Une des premières actions a été de créer un comité tactique avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), les distributeurs et les manufacturiers. Ce comité a permis d'apprendre que les distributeurs et manufacturiers s'engageaient à poursuivre l'approvisionnement d'EPI, mais selon les volumes d'avant pandémie, donc sans augmentation significative. D'autres actions devaient donc être réalisées dont, notamment, l'achat en grandes quantités sur le marché international. Cette stratégie était complètement nouvelle pour le MSSS.

« Le MSSS a d'abord été informé par la Direction générale de la santé publique de ce qui s'en venait. Personne à l'époque ne pouvait prévoir l'ampleur de la crise, tout comme aujourd'hui, personne ne peut prévoir la finalité de la crise sanitaire dans son entièreté. Le MSSS a enclenché des actions afin de se procurer les EPI nécessaires pour le RSSS. Le MSSS a également regroupé ses approvisionnements afin de faire une meilleure distribution en comparaison avec d'autres juridictions, où chaque centre devait faire ses propres commandes. Le gouvernement fédéral a également fait des achats qui ont été répartis entre les provinces, selon ses responsabilités en matière de santé vis-à-vis des Canadiennes et Canadiens.

« Bien que le Plan de lutte contre la pandémie n'ait pas été revu depuis 2006, certains principes qu'il contenait étaient toujours considérés valables et ont été appliqués aux premières étapes de la pandémie de COVID-19. Débutée en mars 2020, la mise à jour de ce plan a été complétée en juillet 2020 par l'ajout de l'annexe COVID-19, afin notamment de considérer et d'y inclure les caractéristiques épidémiologiques. Par ailleurs, bien que l'annexe au plan de lutte contre la pandémie d'influenza n'ait pas été approuvée par les autorités du MSSS, cette annexe COVID-19 est devenue le document de référence permettant de se gouverner en tant de pandémie.

« Dans le traitement des achats d'EPI, le MSSS considère que deux phases peuvent être considérées : les cent premiers jours qui correspondent à l'organisation lors de l'arrivée du coronavirus et de la première vague et, par la suite, la deuxième phase fort différente, avec les deuxième, troisième et quatrième vagues. La cinquième vague constitue un autre paradigme. La situation des EPI s'est grandement améliorée après les premières semaines de la première vague. Il n'y a pas eu d'enjeu d'approvisionnement ou de distribution d'EPI au cours des vagues subséquentes.

« Des équipements ont dû être achetés à des prix plus élevés contrairement à l'habitude compte tenu du déséquilibre de l'offre et la demande, ici, comme ailleurs dans le monde.

« La question est de savoir si le Québec a payé plus cher que les autres juridictions. Rien dans ce rapport ne le démontre. Les prix des EPI ont diminué par la suite, mais les EPI ont été utilisés. La cinquième vague, inattendue, a nécessité un nombre important d'EPI et le stock était disponible.

« Le MSSS est d'avis qu'il aurait été souhaitable d'indiquer les succès réalisés et à réitérer pour les prochaines pandémies. Nous croyons que les éléments suivants liés au contexte exceptionnel de la pandémie de COVID-19 auraient dû être davantage mis en évidence dans le rapport :

- La chaîne d'approvisionnement mondiale était complètement bouleversée, tant pour la disponibilité d'EPI sur le marché, les difficultés de transports internationaux et la hausse des prix ;
- La demande était si élevée (plus de 13 fois la consommation régulière) que le MSSS a dû s'approvisionner auprès de nouveaux manufacturiers et de nouveaux distributeurs afin de fournir le plus d'EPI possible aux travailleurs de la santé et aux partenaires. Ces nouvelles sources d'approvisionnement impliquent une augmentation des risques par rapport aux fournisseurs habituels. Ceux-ci n'étaient pas en mesure d'augmenter leur livraison d'EPI ;
- Le rapport fait très peu état des décisions importantes prises pour approvisionner le personnel de la santé, dont notamment la centralisation de la distribution des EPI afin de s'assurer que tous les établissements obtiennent des EPI, le passage des blouses jetables aux blouses lavables dès juin 2020 et l'acquisition d'EPI centralisé sur le marché international. »

Commentaires du Centre d'acquisitions gouvernementales

« Au moment du déclenchement de la pandémie, l'entité responsable de la gestion des contrats était SigmaSanté, un organisme à but non lucratif mandaté par le MSSS afin d'acquérir les ÉPI sur le marché international. Le CAG a succédé aux droits et obligations du groupe d'approvisionnement en commun SigmaSanté dans sa fonction d'acquisition de biens et de services le 1^{er} septembre 2020, comme prévu à l'article 51 de sa loi constitutive.

« La pandémie mondiale de COVID-19 a constitué une situation sans précédent, impossible à prévoir. Le CAG a agi à titre de mandataire du ministre de la Santé et des Services sociaux dans une crise inédite et a mis en place, quelques semaines seulement après que le gouvernement du Québec ait décrété l'état d'urgence sanitaire sur tout son territoire, des processus de vérification et de mitigation des risques dans le cadre des acquisitions en ÉPI. Le CAG ne pouvait bénéficier d'aucun précédent quant à ces processus, puisqu'il s'agissait d'une première au Québec. Le CAG s'est vu confier une nouvelle responsabilité à ce moment, dont il s'est acquitté avec diligence dans le contexte.

« Il est primordial de souligner que le CAG a reçu et traité plus de 2 000 offres de fournisseurs, qui ont mené à la conclusion d'environ 170 contrats au printemps et à l'été 2020, et ce, malgré un nombre limité de ressources comparativement à celles actuellement en fonction au CAG. La totalité des contrats analysés dans le cadre de ce rapport ont été conclus au cours de la première vague de la pandémie, suivant la déclaration d'urgence sanitaire le 13 mars 2020.

« Pour ce qui est de la conformité des ÉPI, le CAG a instauré graduellement des processus afin d'améliorer la validation de la conformité des produits ainsi que sa documentation, en s'adaptant à un marché international volatil, sur lequel de multiples produits étaient offerts. Il est à noter que la majorité des fournisseurs faisaient affaire avec des sous-traitants, dont les activités étaient à l'étranger. Il était de la responsabilité des fournisseurs de faire les vérifications qui s'imposaient auprès de leurs sous-traitants.

« Le CAG analysera le processus d'acquisition en situation d'urgence afin de mieux l'adapter à une prochaine crise, tout en considérant une évaluation des risques dans une telle situation. Par ailleurs, le CAG vérifie auprès des différents organismes publics de vérification et de surveillance (AMP, Santé Canada, ARQ, SCT) si les fournisseurs sont présents sur les listes de ces instances, qui ont elles-mêmes validé différents critères d'intégrité et de conformité. De plus, le CAG est d'avis que les fournisseurs sont partie prenante au contrat et qu'il est de leur responsabilité de veiller à l'intégrité et à la fiabilité de leurs sous-traitants. »

Commentaires du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

« Bien que nous partagions les constats énoncés dans le rapport, nous souhaitons mettre en lumière notre action proactive ainsi que le niveau d'agilité de nos équipes dans la mise en place de stratégies régionales qui auront contribué à contenir au mieux la propagation du virus.

« En ce qui a trait au constat stipulant que le MSSS et le réseau de la santé et des services sociaux n'étaient pas bien préparés à favoriser la disponibilité et l'usage approprié des EPI en cas de pandémie, nous désirons préciser que l'expérience a été vécue différemment selon l'évolution de la situation épidémiologique. La pandémie migrant d'ouest en est, nous avons bénéficié d'une relative marge de manœuvre qui nous a permis de mettre en place certaines mesures, dont une réserve régionale d'équipements, la conclusion d'ententes avec des fournisseurs locaux et la formation du personnel.

« Cette mobilisation a été salutaire avant que la première vague frappe notre région. Dès le mois d'avril 2020, tous les efforts ont été déployés afin de soutenir les ressources privées de la région. Une équipe spécialisée en matière de protection et de contrôle des infections a été mise en place pour former des intervenants et accompagner le personnel et les exploitants des ressources intermédiaires, des ressources de type familial et des résidences privées pour aînés aux prises avec des éclosions. À cet égard, de nombreux outils, directives et procédures ont été produits afin d'assurer la formation de tous les intervenants concernés. Par ailleurs, il est important de souligner que notre région ne recense aucun CHSLD privé conventionné.

« Nous réitérons notre volonté de poursuivre nos efforts concertés pour assurer la santé et la sécurité de notre population dans le cadre de cette pandémie. »

Commentaires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

« Le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ) a pris connaissance des extraits tirés du projet de rapport d'audit de performance du Vérificateur général du Québec (VGQ) portant sur la gestion des équipements de protection individuelle pendant la pandémie. Nous accueillons favorablement les deux recommandations émises par le VGQ. Les constats énoncés ainsi que les recommandations formulées s'inscrivent en continuité des constats et apprentissages faits durant la première vague de pandémie de COVID-19. Ainsi, des ajustements et des adaptations aux processus et pratiques ont été mis en place au fur et à mesure des apprentissages sur ce nouveau virus. Le CIUSSS MCQ a déjà mis en œuvre des mesures qui répondent aux recommandations du VGQ et continue de les améliorer en fonction des nouvelles connaissances liées à la pandémie, et ce, en cohérence avec les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) notamment à l'égard de la chaîne logistique des équipements de protection individuelle (ÉPI) et la formation des intervenants sur la prévention et le contrôle des infections (PCI).

« En complément d'information, nous voulons profiter de l'occasion pour vous partager les grandes lignes des actions entreprises et qui sont en lien avec les recommandations émises :

« En matière de formation en prévention et contrôle des infections, le CIUSSS MCQ a procédé à des ajustements considérables en matière de formation PCI, et ce, dès les premières semaines de la crise sanitaire. De façon spécifique, plusieurs vidéos de formation ont été mises en ligne, des formations et du coaching adaptés sont offerts directement aux intervenants dans les unités de soins et les points de service. Tous les partenaires du milieu ont accès à des formations adaptées à leur réalité et à leurs tâches. Un processus continu de révision des formations permet d'améliorer leur contenu et les stratégies de mise en œuvre. Les formations seront disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA), au fur et à mesure de leur révision. De plus, un suivi de données est effectué afin de s'assurer que chaque employé soit adéquatement formé en PCI. »

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

« Le Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) a bien pris connaissance du rapport du Vérificateur général du Québec et nous sommes favorables aux recommandations émises.

« Nous soulignons d'ailleurs que le Plan montréalais de lutte à une pandémie a été révisé rapidement en mars 2020 et que le Plan montréalais de lutte à la COVID-19 – vague 2 a été révisé au courant de l'été 2020 pour intégrer les leçons apprises de la première vague et des exercices de rétroaction régionale dans le contexte de la COVID-19.

« De plus, le CCSMTL a déjà mis en place dans les derniers mois des outils afin de former adéquatement les employés en prévention et contrôle des infections. La recommandation du Vérificateur général est donc cohérente avec les démarches déjà déployées au sein de l'organisation. »

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Objectif de l'audit et portée des travaux

Rôles et responsabilités des entités auditées

Objectif de l'audit et portée des travaux

Objectif de l'audit

Le présent rapport de mission d'audit indépendant fait partie du tome de mai 2022 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2021-2022*.

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à la présente mission d'audit. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder notre conclusion et pour obtenir un niveau d'assurance raisonnable.

Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Objectif de l'audit	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS et les autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ont géré efficacement les équipements de protection individuelle lors de la pandémie de COVID-19 et dans un contexte où le gouvernement du Québec a déclaré l'état d'urgence sanitaire.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le MSSS s'est assuré de détenir un portrait complet et à jour des stocks pour assurer la disponibilité des équipements de protection individuelle en temps opportun, et ce, en fonction des risques de contagion. ■ Le processus d'acquisition mis en place en situation d'urgence a permis d'acquérir des équipements de protection individuelle de qualité en temps opportun, et ce, à un prix raisonnable, compte tenu des circonstances. ■ Les équipements de protection individuelle ont été distribués équitablement, sur la base d'une information fiable, afin de protéger adéquatement le personnel de la santé et les usagers. ■ Le réseau s'est doté d'une stratégie en matière de gestion des équipements de protection individuelle qui est fondée sur les risques et prend en compte les expériences passées et les bonnes pratiques en la matière, et il s'assure de maintenir sa stratégie à jour.

Les travaux d'audit dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les Normes canadiennes de missions de certification (NCMC) présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*, notamment la norme sur les missions d'appréciation directe (NCMC 3001).

De plus, le Vérificateur général applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1. Ainsi, il maintient un système de contrôle qualité qui comprend des politiques et des procédures documentées en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables. Au cours de ses travaux, le Vérificateur général s'est conformé aux règles sur l'indépendance et aux autres règles de déontologie prévues dans son code de déontologie.

Portée des travaux

Le présent rapport a été achevé le 31 mars 2022.

L'audit a porté sur la gestion des équipements de protection individuelle pendant la pandémie de COVID-19, plus particulièrement sur l'approvisionnement, la gestion et la distribution des stocks. Nous avons audité le MSSS, le CHU de Québec-Université Laval, le Centre d'acquisitions gouvernementales, ainsi que trois établissements de santé et de services sociaux, soit : le CISSS du Bas-Saint-Laurent, le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Les équipements de protection individuelle considérés pour nos travaux sont les masques médicaux, les masques N95, les blouses de protection, les gants, les protections oculaires, les lingettes et les désinfectants.

Nous avons réalisé des entrevues auprès de membres de la haute direction, de gestionnaires et de professionnels des entités auditées. Nous avons aussi eu des échanges avec des représentants de centres d'hébergement et de soins de longue durée privés et de résidences privées pour aînés. De plus, nous avons analysé divers documents relatifs à la gestion de la crise sanitaire.

Nos travaux se sont déroulés principalement de juillet à décembre 2021. Ils portent sur la période de janvier 2020 à juin 2021. Toutefois, certaines analyses peuvent avoir trait à des situations antérieures ou postérieures à cette période.

Nous n'avons pas procédé à un échantillonnage statistique des commandes d'équipements de protection individuelle, mais plutôt effectué un échantillonnage par choix raisonné. Les résultats des analyses de ces commandes d'équipements de protection individuelle ne peuvent donc pas être extrapolés. De même, le CISSS et les CIUSSS audités ont été sélectionnés en fonction de leur taille, de leur situation géographique et de la présence de certains risques. Les résultats de notre audit ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux, mais ils donnent des indications sur les bonnes pratiques et les éléments que les acteurs du réseau doivent prendre en compte.

Rôles et responsabilités des entités auditées

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur la santé publique*, les responsabilités en matière de santé publique sont partagées entre le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique du MSSS et les directeurs régionaux de santé publique des CISSS et des CIUSSS. Voici celles qui sont pertinentes pour notre mandat :

- exercer une vigie des menaces pour la santé ;
- procéder aux enquêtes épidémiologiques ;
- s'assurer que les mesures de protection de la santé sont en place et sont connues ;
- effectuer la surveillance de la santé de la population ;
- s'ils sont d'avis qu'il existe une menace réelle pour la santé de la population, ils peuvent notamment ordonner la fermeture de commerces, écoles ou autres institutions, limiter la mobilité des personnes ou imposer des mesures précises pour éviter la contagion, comme le port du masque.

La *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la *Loi sur les contrats des organismes publics* ou la *Loi sur le Centre d'acquisitions gouvernementales* précisent aussi que :

- le ministre doit prendre les mesures requises pour assurer la protection de la santé publique et établir des normes applicables en matière de services, d'équipement, de finance et de personnel, doit répartir équitablement les ressources financières, humaines et matérielles, et voir au contrôle de leur utilisation ;
- le ministre doit favoriser l'utilisation des technologies de l'information et des communications de manière à réaliser des gains d'efficacité et de productivité dans le domaine de la santé et des services sociaux ;
- le MSSS gère ses contrats publics en matière d'acquisitions dans le respect des lois et règlements en vigueur et, pour les organismes publics relevant de sa responsabilité, le ministre peut établir des directives en matière d'acquisitions gouvernementales et déterminer les biens ou services pour lesquels les organismes sous sa responsabilité doivent recourir exclusivement au CAG.

Les responsabilités des établissements de santé et de services sociaux sont notamment établies par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* et la *Loi sur les contrats des organismes publics*, et elles incluent :

- la répartition équitable des ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils desservent, et l'utilisation économique et efficiente de celles-ci ;
- la gestion des contrats publics dans le respect des lois et règlements en vigueur ;
- la mise en place par les CISSS et les CIUSSS de mesures visant la protection de la santé publique.

Par sa loi constitutive, le CAG a comme responsabilité de fournir aux organismes publics (y compris aux établissements de santé et de services sociaux) les biens et les services dont ils ont besoin dans l'exercice de leurs fonctions, et ce, dans l'objectif d'optimiser les acquisitions gouvernementales dans le respect des règles contractuelles applicables. Avant la création du CAG, cette responsabilité incombait aux trois groupes d'approvisionnement en commun du réseau de la santé et des services sociaux répartis sur le territoire québécois.

