

Interventions relatives à la COVID-19 – ministère de la Santé



Table des matières

Faits saillants du chapitre	32
À propos de l'audit.....	33
Contexte.....	35
Absence de comptes rendus utiles	37
Des indicateurs de rendement clés ont été établis sans faire l'objet de suivi ou de compte rendu.....	38
Les cibles n'ont pas été ajustées en fonction de l'évolution de la situation.....	38
Dépistage	39
Rapports de situation incomplets.....	41
Stocks de trousse de dépistage n'étaient pas formellement surveillés	41
Gestion des dossiers et des contacts	43
Les RRS ont ajusté leurs niveaux de dotation.....	44
Procédures opérationnelles normalisées et Formation dispensée à Statistique Canada	45
Le plan de crise en matière de personnel manquait de clarté.....	45
Création de l'initiative sur les soins infirmiers intensifs pour soutenir la capacité	46
Dépendance excessive à l'égard du personnel clé	47
Processus d'exemption des voyages pour motifs humanitaires ne comprenait pas de critères de décision.....	47
Documentation incohérente concernant la prévention et le contrôle des infections	48
Absence de preuves documentées pour étayer les recommandations de santé publique.....	49
Annexe I : Recommandations et Réponses.....	50
Annexe II : Objectifs et critères de l'audit	54
Annexe III : Rapport d'assurance indépendant.....	55
Annexe IV : Citations en provenance de la première ligne.....	56



Volume II 2023

Faits saillants du chapitre 4

Plusieurs employés ont constamment intensifié leur présence en ces temps sans précédents

Bien que différentes cibles de rendement aient été établies, les résultats n'étaient pas toujours surveillés, suivis ou pris en compte lors de la prise de décision

Le ministère de la Santé a reçu le mandat de diriger les interventions relatives à la santé pendant la pandémie

Nous avons constaté que le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé se sont surpassés pour soutenir la population du Nouveau-Brunswick

Conclusions générales

- Le Ministère a conçu de nombreux systèmes et procédures pour réduire la propagation de la COVID-19.
- Des domaines d'amélioration ont été identifiés afin de planifier lors de pandémies futures.

À propos de l’audit

Introduction à l’audit

- 4.1 Le ministère de la Santé (le Ministère), plus précisément le Bureau du médecin-hygiéniste en chef (BMHC/Santé publique), a la responsabilité de la direction générale des programmes de santé publique dans la province et travaille en collaboration avec les régies régionales de la santé et d’autres fournisseurs de services de santé gouvernementaux et non gouvernementaux.
- 4.2 Les domaines couverts par le mandat de la Santé publique sont les suivants :
 - prévention des blessures et des maladies
 - surveillance et contrôle
 - préparation aux situations d’urgence et l’intervention en santé publique

Pourquoi nous avons choisi ce sujet

- 4.3 Le 31 mars 2022, l’Assemblée législative a adopté une motion demandant au vérificateur général d’entreprendre un examen de l’intervention du gouvernement provincial relative à la pandémie de COVID-19.
- 4.4 la pandémie de COVID-19 représente un moment important dans l’histoire en raison de ses répercussions sur la vie de la population du Nouveau-Brunswick.
- 4.5 le Ministère a reçu le mandat de diriger les interventions en matière de santé pendant la pandémie et devait gérer de nombreux aspects clés des interventions de la Province.

Entité auditée

- 4.6 L’entité auditée est le ministère de la Santé, et nous avons également obtenu des éléments probants auprès des deux autorités sanitaires régionales.

Portée de l’audit

- 4.7 Notre audit a porté sur les aspects opérationnels clés ayant pour but de réduire la propagation de la COVID-19, notamment :
 - le dépistage
 - la recherche des contacts
 - la gestion des contacts
 - les directives de prévention et de contrôle des infections
- 4.8 Nous avons rencontré des employés du Ministère et des RRS, notamment plusieurs travailleuses et travailleurs de première ligne. Des citations de ces

professionnels tirées de nos entrevues se trouvent dans l'annexe IV. Notre travail a touché au rôle du BMHC dans le processus d'exemption des déplacements.

- 4.9 Notre audit a porté sur la période allant du **1^{er} avril 2020** au **31 mars 2022**. Nous avons examiné les informations en dehors de cette période lorsque nous l'avons jugé nécessaire. Les détails relatifs à l'objectif, aux critères, à l'étendue et l'approche de l'audit figurent aux annexes II et III.

Objectif de l'audit

- 4.10 L'objectif de cet audit était de déterminer si le ministère de la Santé disposait de systèmes et de procédures permettant de réduire efficacement la propagation du COVID-19.

Conclusion

- 4.11 Le Ministère et les RRS se sont surpassés pour soutenir les Néo-Brunswickois pendant la pandémie de COVID-19. On raconte que de nombreux membres du personnel se sont constamment mobilisés pour faire face à cette situation sans précédent.
- 4.12 Nos travaux d'audit ont permis de conclure que le Ministère disposait de nombreux systèmes et procédures destinés à réduire la propagation du COVID-19.

Résumé des constatations

- 4.13 Nous avons relevé les lacunes suivantes qui, si elles sont comblées, amélioreront les réponses aux futures pandémies :



la technologie manquait et les données n'étaient pas toujours utilisées pour appuyer les décisions en matière de dotation en personnel



bien que différentes cibles de rendement aient été établies, les résultats n'étaient pas toujours surveillés, suivis ou utilisés pour la prise de décisions



la tenue des dossiers et la documentation en matière de décisions relatives à la prévention et au contrôle des infections étaient irrégulières



il y a eu un manque de critères établis pour appuyer les résultats de décisions relatifs aux demandes d'exemption communiquées au Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Contexte

- 4.14 Le Plan provincial de contingence pour les maladies transmissibles a été créé tout d'abord en 2009 pour lutter contre la grippe H1N1. Mis à jour en mai 2019, le document était encore basé sur l'hypothèse qu'une pandémie découlerait d'une nouvelle souche de grippe. Le plan provincial a été mis à jour en mars 2020 avec les rôles et les responsabilités des intervenants à une crise en santé publique de nature pandémique.
- 4.15 A Selon le plan, l'objectif global de la lutte contre la pandémie consiste à :
- réduire et prévenir les cas de maladie grave et les décès de façon générale
 - réduire les incidences sociétales
 - réduire les perturbations économiques
- 4.16 Le rôle du BMHC comprenait la supervision des tâches suivantes :
- suivi et surveillance
 - évaluation des risques et communications
 - éducation publique
 - gestion de cas et des contacts
 - dépistage
 - vaccination
 - prévention et contrôle des infections
 - prestation de services de santé spécifiques et recommandations éclairées par des données probantes
- 4.17 Le Centre des opérations d'urgence du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (COUMSNB) a créé un Plan de lutte contre la pandémie de COVID-19 qui a été finalisé le 2 juillet 2020 après la première vague de COVID-19.
- 4.18 Selon les responsables du centre, les principales composantes d'interventions efficaces en santé que doit déployer le Ministère sont le dépistage, la recherche des contacts, la gestion des cas et le confinement.

Dépistage

- 4.19 Deux types de dépistage ont été utilisés par la Province lors de ses interventions pendant la pandémie :
- les tests réaction en chaîne par polymérase (PCR)
 - les tests de dépistage rapides d'antigènes, souvent appelés tests de dépistage rapide au point de service (test rapide)

Recherche des contacts et gestion des cas

- 4.20 La gestion des cas et des contacts comprend un suivi des cas positifs ou probables repérés par un professionnel ayant reçu une formation. L'état de santé de la personne est évalué. On détermine alors si des ressources supplémentaires en santé ou du soutien sont nécessaires, s'il y a eu exposition avec d'autres cas ou s'il y a des liens avec d'autres cas.
- 4.21 Voici les trois composantes principales de la recherche des contacts :
- entretien de cas/identification des contacts
 - liste des contacts et stratification des risques
 - suivi des contacts

Confinement

- 4.22 La Santé publique a dirigé les confinements lors d'éclotions en suivant les directives de l'Agence de la santé publique du Canada. Les quarantaines et autres mesures de contrôle ont été mises en place, notamment la distanciation physique, l'équipement de protection individuelle en milieu de travail, certaines de ces mesures ayant fait l'objet d'inspections par Travail sécuritaire NB et les inspecteurs et inspectrices de la Santé publique.
- 4.23 La Province a aussi mis en place d'autres mesures de contrôle en imposant des restrictions aux déplacements. Bien que la majorité des exemptions liées aux déplacements aient été gérées par le ministère de la Sécurité publique, les cas complexes se sont retrouvés au Bureau du médecin-hygiéniste en chef.

Groupe de travail sur la pandémie

- 4.24 En avril 2020, le Ministère a créé le Groupe de travail sur la pandémie. Ce groupe était investi de l'autorité des décisions opérationnelles et de la direction clinique des interventions liées à la pandémie pour tous les aspects du système de soins de santé, y compris les régies régionales de la santé, l'organisme Extra-Mural/Ambulance Nouveau-Brunswick, les soins primaires et le système de soins de longue durée. Composé d'un spécialiste des maladies infectieuses, d'un chef du personnel de RRS et de la médecin-hygiéniste en chef, ce groupe relevait directement de la greffière du Conseil exécutif par le biais du sous-ministre de la Santé.

- 4.25 Le sous-ministre présidait les réunions, appuyé par le comité de la haute direction du ministère de la Santé. Le groupe de travail se réunissait chaque jour de la semaine et la fin de semaine au besoin. Cet horaire était modifié en fonction des besoins liés à la pandémie. Le groupe de travail demandait à des professionnels de la santé ayant de l'expérience pertinente de donner leurs conseils pour étayer ou valider ses décisions lorsqu'il le jugeait approprié. Lorsqu'il élaborait des plans d'intervention, des restrictions et des communications publiques pour étayer ses arrêtés obligatoires, le Cabinet sollicitait aussi l'avis du Ministère, soit la Santé publique.

Absence de comptes rendus utiles

- 4.26 Nous avons pu constater à plusieurs reprises que bien que les données aient été disponibles, elles n'étaient pas toujours utilisées, analysées et signalées afin d'appuyer efficacement les principales décisions. Les technologies désuètes, les documents en papier, les délais d'exécution rapides et les pénuries de personnel étaient au nombre des facteurs ayant contribué à cette absence.
- 4.27 L'information ayant trait aux cibles établies et à la capacité en personnel relativement au dépistage de la COVID-19, à la gestion des cas et à la recherche des contacts ont été consignée au niveau régional. Les données n'étaient toutefois souvent pas compilées dans un rapport officiel ou accessibles dans une plateforme, comme un tableau de bord qui aurait informé le Ministère du rendement comparativement aux cibles ou aurait indiqué où se trouvaient les pénuries graves de personnel.
- 4.28 Le pouvoir d'ajuster la capacité des effectifs pour gérer les cas, rechercher les contacts et faire du dépistage est une composante importante de toute intervention en santé publique afin de faire face aux situations changeantes. Les représentants du Ministère, dans le cadre de leurs processus bien établis, discutaient régulièrement des pénuries d'effectifs avec les représentants des régions. Le personnel nous a indiqué que ces échanges verbaux pouvaient se produire plusieurs fois par jour. Bien que nous reconnaissons l'immense dévouement et les sacrifices de nombreux employé(e)s pendant cette période, nous croyons que des améliorations aux procédures pourraient être apportées pour les urgences futures de cette nature.

Des indicateurs de rendement clés ont été établis sans faire l'objet de suivi ou de compte rendu

- 4.29 Le Ministère a établi des indicateurs de rendement pour les secteurs prioritaires de son plan de lutte contre la pandémie de 2020. Des cibles ont été établies avec résultats prévus et niveaux de services documentés. Cependant, le Ministère n'a pas surveillé l'atteinte des cibles établies.
- 4.30 Nous n'avons pu obtenir les niveaux d'atteinte des indicateurs de rendement établis qui auraient pu être communiqués à la haute direction, aux décideurs gouvernementaux ou au public.

Les cibles n'ont pas été ajustées au fur et à mesure de l'évolution de la situation

- 4.31 Sauf pour les taux de vaccination, les cibles établies au début de 2020 n'ont jamais été ajustées. Lors de l'augmentation des cas avec l'arrivée du variant Omicron, les cibles et les processus établis par le Ministère n'étaient plus pertinents. La stratégie des tests de dépistage rapide s'est transformée. Toutefois, aucune nouvelles cibles n'ont été créées pour déterminer si cette stratégie était efficace. La cible de propagation zéro de la COVID-19 est, par exemple, demeurée malgré son caractère non réaliste pendant la vague Omicron.

Recommandation

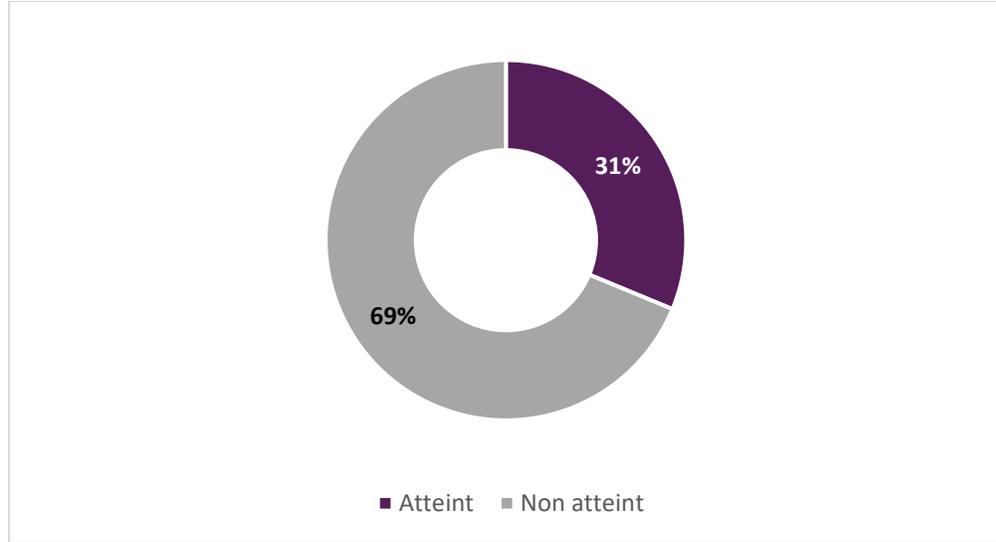
- 4.32 **Nous recommandons que le ministère de la Santé élabore des indicateurs de rendement clés, les surveille et en rende compte. Les cibles doivent être passées en revue régulièrement pour en assurer la pertinence et être ajustées au besoin.**

Dépistage

- 4.33 Le dépistage est essentiel pour trouver les cas de COVID-19 et entamer la procédure d'isolement des personnes infectées par le virus pour en réduire la propagation. Les tests PCR étaient test le plus utilise pour détecter la COVID-19.
- 4.34 Des échantillons ont été recueillis à des fins de dépistage à des fins d'analyse dans divers milieux, notamment les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les centres d'évaluation mis sur pied partout dans la province.
- 4.35 Les centres d'évaluation des RRS recueillaient des échantillons et devaient consigner les résultats d'analyse dans leur système d'information de laboratoire. Les résultats étaient alors envoyés à la Santé publique et, au besoin, au médecin traitant. Au départ, les RRS appelaient les patients pour leur dévoiler les résultats des analyses. Toutefois, au fur et à mesure de la progression de la pandémie, un centre d'appel dirigé par le Ministère a été mis sur pied pour aider les bureaux régionaux de santé. Lorsque MaSantéNB a été en fonction, ce service a servi de voie de communication pour les patients.
- 4.36 Les indicateurs établis par le Ministère servaient à déterminer la réussite de programmes de dépistage, notamment :
- le nombre de tests menés chaque jour
 - le taux de positivité au test
 - le temps d'attente de l'aiguillage vers les résultats d'analyse
 - la disponibilité des fournitures de dépistage
- 4.37 Voici les cibles de dépistage établies par le Ministère :
- Délai moyen de 24 heures entre l'évaluation et le prélèvement de l'échantillon
 - Délai moyen de 24 heures entre le prélèvement de l'échantillon et le résultat
- 4.38 Les données n'étant pas disponibles au Ministère pour notre audit, nous les avons obtenues des RRS. Afin d'évaluer les niveaux de rendement réels comparativement aux cibles, nous avons dû obtenir des données de différents systèmes d'information et dossiers de patients.
- 4.39 Dans le cadre de notre audit, nous avons choisi les données échantillonnées parmi 32 tests de dépistage pour déterminer les échantillons des délais d'exécution de la collecte. Comme l'indique la pièce 4.1 et la pièce 4.2, seuls 31 % (10 de 32) des échantillons ont satisfait à la cible établie de 24 heures. Toutefois, la plupart des résultats de tests (84 %) (27 de 32) ont été fournis dans les 48 heures. Le délai le

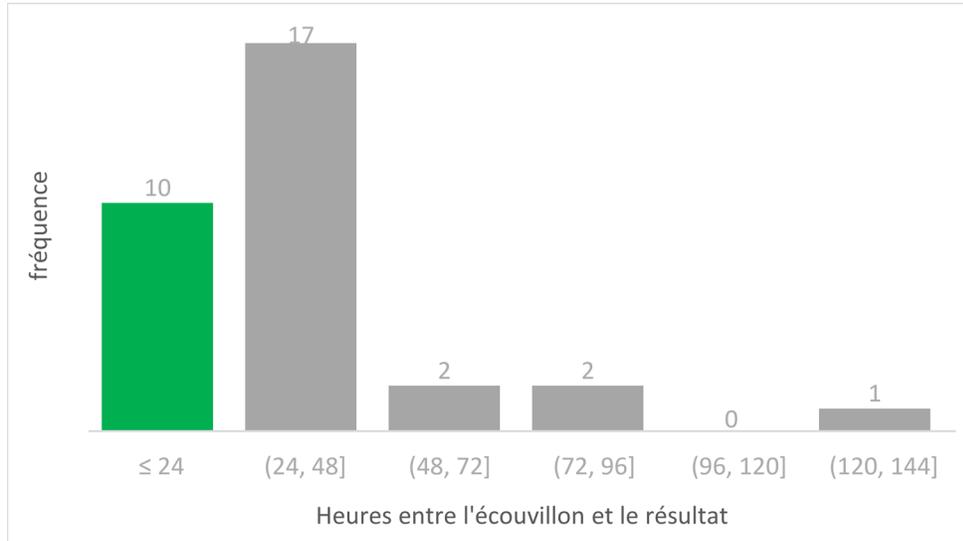
plus long observé de notre échantillon est un test dont les résultats ont été communiqués au bout de 144 heures (six jours).

Pièce 4.1 – Délai d'exécution de résultats de prélèvement sur écouvillon par cible de 24 heures



Source : Préparée par le VGNB à partir de données des RRS et du Ministère (non audité)

Pièce 4.2 – Fréquence des heures entre le prélèvement et les résultats



Source : Préparée par le VGNB à partir de données des RRS et du Ministère (non audité)

Rapports de situation incomplets

- 4.40 Le Ministère a surveillé les nouveaux cas signalés, le nombre de dépistage effectué et le taux de positivité dans ses comptes rendus quotidiens de la situation jusqu'au 26 avril 2022. Nous avons analysé au hasard les comptes rendus de 29 jours pendant la pandémie et avons constaté que le Ministère n'a pu fournir de données compilées à hauteur de 34 % des jours analysés.

Stocks de trousse de dépistage n'étaient pas formellement surveillés

- 4.41 Les tests rapides ont été une composante importante de la gestion de la pandémie. Entre janvier 2021 et décembre 2022, la Province a reçu 17 700 195 tests de dépistage du gouvernement fédéral. En janvier 2023, la Province avait distribué 17 127 735 tests aux gens du Nouveau-Brunswick. Cette distribution s'est effectuée par le truchement de plusieurs réseaux de distribution :
- les points de distribution des RRS
 - les bibliothèques
 - les municipalités
 - les entreprises
 - les communautés des Premières Nations
 - le ministère du développement social
 - la Société médicale du Nouveau-Brunswick (médecins).
- 4.42 Le Ministère n'avait pas de méthode formelle de suivi de la demande de trousse de tests et des niveaux de stocks disponibles. Pendant l'automne 2021, la distribution se faisait selon le modèle du « premier arrivé, premier servi », mais le personnel nous a informés :
- qu'il y avait de longues files d'attente et des défis pour gérer le flux de clients
 - que la population était frustrée
 - que l'espace d'entreposage limité aux points de distribution faisait en sorte que les stocks se vidaient complètement chaque jour

- 4.43 Par conséquent, le Ministère a modifié la stratégie de tests de dépistage rapide à mi-parcours de la pandémie. Un système de prise de rendez-vous a été mis en place, mais l'insuffisance des systèmes de données ne permettait toujours pas un suivi adéquat des niveaux de stocks et la distribution ne pouvait pas correspondre à la demande. Les tests ont été distribués sans que le Ministère ne puisse déterminer comment, quand et si ces tests ont été utilisés. Les pertes de tests de dépistage rapide n'ont pas été enregistrées. Les volumes de tests approximatifs dans des secteurs spécifiques, en utilisant les données de mai 2022 à novembre 2022, étaient les suivants :

Secteur	Volume de tests approximatif (toutes les quatre semaines)
Ministère du Développement social	300 000
Grands employeurs*	130 000
Premières Nations	8 508
* Les grands employeurs sont ceux qui emploient 300 personnes ou plus.	

Source : Préparé par le vérificateur général du Nouveau-Brunswick à partir de l'information fournie par le Ministère (non audité)

- 4.44 Le volume de tests rapide approximatif utilisés au cours d'une période de quatre semaines pour la Province a atteint 600 000 au début de décembre 2022 et était aussi bas que 370 000 en janvier 2023. Les documents fournis par le Ministère indiquaient qu'on aurait pu améliorer la disponibilité des tests en région rurale et quand la demande était élevée. Les estimations du Ministère indiquent qu'à l'approche de la fin de l'urgence planétaire, en mars 2022, on n'utilisait pas adéquatement les tests rapides; toutefois, les employés nous ont informés que les données sur les stocks n'étaient pas fiables.

Recommandation

- 4.45 **Nous recommandons au Ministère de la Santé d'accroître la capacité des systèmes de données afin de pouvoir surveiller adéquatement les stocks de tests durant une pandémie, et de veiller à ce que l'offre réponde à la demande.**

Gestion des dossiers et des contacts

4.46 La recherche des contacts est une mesure de santé publique visant à ralentir ou à stopper la propagation du virus. Tout au long de la pandémie, on a procédé à la recherche des contacts afin de prévenir les personnes dont on savait qu'elles avaient été en contact étroit avec un cas probable ou confirmé de COVID-19, et de leur expliquer les exigences en matière de santé publique. La recherche des contacts vise les objectifs suivants :

- Informer la personne d'une exposition possible à la COVID-19
- Lui indiquer qu'elle doit s'auto-surveiller et obtenir des soins de santé au besoin
- L'informer à propos des exigences en matière d'auto-isolement

4.47 Le Ministère a établi les indicateurs suivants pour déterminer l'efficacité de la recherche de contacts et les capacités connexes :

- Tous les contacts avec lesquels la santé publique a communiqué et qu'elle a surveillés régulièrement
- Les contacts étroits avec lesquels on a communiqué et qu'on a surveillés régulièrement
- Tous les contacts avec lesquels on a communiqué sans délai
- Les contacts étroits avec lesquels on a communiqué sans délai

4.48 Le Ministère a établi les objectifs suivants en matière de recherche des contacts :

Indicateur de recherche de contacts	Cible
Tous les cas positifs sont contactés par la santé publique et font l'objet d'une surveillance régulière dans un délai de 24 heures	90 %
Communiquer avec les contacts étroits identifiés ou les surveiller régulièrement après que les résultats ont été transmis au cas positif dans un délai de 48 heures	100 %

4.49 Le Ministère nous a informés que ces objectifs se voulaient des lignes directrices, et qu'il n'avait pas l'intention de surveiller le degré de réussite ou d'en rendre compte.

- 4.50 Nous avons échantillonné 36 cas de tests positifs et déterminé que 97 % des personnes avaient été contactées au sujet de leurs résultat positif. 96 % des cas échantillonné ont reçu une gestion de cas de la Santé publique lorsqu'il était applicable.
- 4.51 Sur cet échantillon, 15 tests positifs auraient nécessité une recherche de contacts. Nous les avons passés en revue pour déterminer pour combien d'entre eux :
- on avait avisé les contacts étroits
 - on avait avisé les contacts étroits dans un délai de 48 heures
- 4.52 Nous avons déterminé que :
- 100 % des contacts étroits avaient été avisés
 - 67% des contacts étroits ont été notifiés dans le délai cible de 48 heures
 - Un contact faisant partie de notre échantillon n'a pas été avisé d'une exposition potentielle pendant 142 heures (environ 6 jours)

Les RRS ont ajusté leurs niveaux de dotation

- 4.53 Au début de la pandémie, un processus informel permettait d'envoyer une demande de soutien à tous les employés dûment formés. Malheureusement, parce qu'un nombre très limité d'employés étaient formés pour la recherche de contacts, les infirmier(ère)s et les gestionnaires ont parcouru toute la Province durant la première vague pour travailler dans différentes zones.
- 4.54 Par la suite, chaque zone de santé a créé son propre système afin d'adapter son effectif. Les gestionnaires de la santé publique déterminaient alors de quoi on avait besoin cette journée-là et, de façon ponctuelle, demandaient de l'aide aux autres zones. Une fois qu'il n'y avait plus d'infirmier(ère)s disponibles, on a ajouté des diététistes agréés et des inspecteurs-hygiénistes au bassin de formation. Divers autres employés se sont vu attribuer des rôles non cliniques, par exemple pour participer à l'affectation des cas.
- 4.55 Chaque gestionnaire chargé de superviser une zone de santé précise a créé un horaire pour cette zone. Même si c'était un processus ponctuel, nous avons constaté que les RRS avaient pu s'adapter relativement bien à l'évolution de la demande.
- 4.56 Nous avons mis à l'essai la façon dont les RRS adaptent leurs capacités, en examinant neuf vagues de cas positifs dans sept zones de santé tout au long de

la pandémie. Nous avons constaté que, dans 47 des 63 cas (75 %), les RRS avaient pu adapter leur effectif en réponse à la demande.

Procédures opérationnelles normalisées et Formation dispensée à Statistique Canada

- 4.57 En raison de problèmes de capacité, le Ministère a donné en sous-traitance à Statistique Canada certains volets de la recherche de contacts. Nous avons noté que des procédures opérationnelles normalisées avaient été établies et qu'une formation avait été offerte.

Le plan de crise en matière de personnel manquait de clarté

- 4.58 Le Ministère a élaboré un Plan de dotation des hôpitaux en situation d'urgence. Ce plan précisait dans quelles circonstances il fallait passer au niveau d'intervention supérieur. Par exemple, la progression de la phase 1 à la phase 2 du plan de dotation serait justifiée :
- En cas de nombres élevés d'admissions à l'hôpital et de cas de COVID, et de propagation dans la collectivité
 - En cas d'augmentation de l'absentéisme de la part du personnel/des médecins
- 4.59 L'absence d'objectifs clairs pour le passage d'une phase à l'autre a créé la confusion et poussé les régions à faire diverses interprétations. Les rapports connexes sur l'état des opérations transmis à notre bureau étaient incomplets et ne prouvaient pas que le Ministère avait fait le suivi de l'application des paramètres établis pour les divers niveaux de risque et les diverses phases.

Recommandation

- 4.60 **Nous recommandons au ministère de la Santé d'établir des objectifs clairs à l'appui du processus décisionnel au moment de passer d'une phase à l'autre d'un plan de dotation en situation d'urgence. Cela devrait faire partie d'un plan de pandémie à jour.**

Création de l'initiative sur les soins infirmiers intensifs pour soutenir la capacité

- 4.61 Le Ministère a mis en place une initiative de déploiement des infirmières et des infirmiers en soins critiques au début du mois de janvier 2022; elle s'est poursuivie jusqu'au 1^{er} mars 2022. Il cherchait à répondre aux besoins de personnel en soins critiques, en raison d'une augmentation des absences imputable au variant Omicron.
- 4.62 Les infirmières se sont vu offrir des incitatifs à la participation, notamment une prime de 1 000 \$ à la signature, une autre prime hebdomadaire au prorata (1 000 \$ par tranche de 37,5 heures travaillées), 15 heures de congé par tranche de 37,5 heures travaillées jusqu'à concurrence de 75 heures, ainsi qu'un dédommagement pour les déplacements, l'hébergement et la nourriture.
- 4.63 Statistiques relatives au programme :
- 252 demandes de renseignements
 - 136 candidatures
 - 32 dossiers examinés
 - 27 candidatures acceptées, et déploiement des infirmier(ère)s en conséquence
- 4.64 Le Ministère n'a pas évalué officiellement l'efficacité du programme, et n'a pas pu nous assurer que celui-ci avait réussi à répondre aux besoins établis.

Recommandation

- 4.65 **Nous recommandons au ministère de la Santé d'évaluer l'efficacité de l'Initiative de déploiement des infirmières et des infirmiers en soins critiques, afin de déterminer si elle a atteint ses objectifs et de proposer d'éventuelles améliorations si une telle initiative est de nouveau nécessaire à l'avenir.**

Dépendance excessive à l'égard du personnel clé

- 4.66 Les directives de la santé publique ont rapidement changé en réponse à l'évolution des conditions épidémiologiques. Changer de plan signifiait modifier les documents d'orientation connexes, souvent plusieurs fois sur une courte période. Les cadres supérieurs et les employés nous ont appris qu'on demandait au personnel clé de poursuivre ses tâches quotidiennes, mais aussi de faire le travail d'urgence lié à la COVID-19, et que cette situation avait perduré pendant des mois. Cela a semble-t-il généré l'épuisement, la lassitude, des problèmes de santé mentale et, dans certains cas, des changements de poste ou des démissions.
- 4.67 Le Ministère n'a pas de plan de dotation d'urgence qui lui permettrait de ne pas dépendre de son personnel clé. Un tel plan permettrait d'utiliser les bons employés en situation d'urgence, tandis que les autres employés du Ministère ou du gouvernement continueraient à accomplir leurs tâches quotidiennes. Nous reconnaissons que beaucoup de travail a été accompli dans le cadre de l'approche « Une équipe, Un GNB », ce qui a offert une aide précieuse à divers ministères lorsque c'était possible. Toutefois, certains postes clés au Ministère n'ont pas pu être pourvus de nouveau en raison du manque de personnel polyvalent.

Recommandation

- 4.68 **Nous recommandons au ministère de la Santé d'élaborer, dans le cadre de son plan de continuité des activités, un plan d'urgence qui décrira les procédures de sauvegarde destinées au personnel clé, tant au Ministère qu'à l'échelle régionale.**

Processus d'exemption des voyages pour motifs de compassion ne comprenait pas de critères de décision

- 4.69 Le processus d'approbation de voyages pour des motifs de compassion, créé par le ministère du jour de la Sécurité publique, prévoyait un renvoi au Bureau du médecin-hygiéniste en chef lorsque « la raison de la demande n'est pas claire ou qu'on ne peut pas prendre de décision basée sur l'information fournie ». En tout, 314 demandes ont été transmises au Bureau du médecin-hygiéniste en chef.

- 4.70 En raison du risque et du caractère délicat d'un tel processus d'exemption, nous avons vérifié :
- si les critères décisionnels étaient équitablement appliqués à tous
 - si une documentation adéquate étayait la décision
- 4.71 Nous avons déterminé qu'aucun critère n'étayait les décisions prises et n'en garantissait l'application uniforme. Dans notre échantillon de 25 cas, nous avons déterminé que la documentation relative à la justification des décisions était disponible pour seulement 16 demandes (64 %).

Recommandation

- 4.72 **Nous recommandons que le ministère de la Santé veille :**

- **à ce que des critères décisionnels soient établis et appliqués systématiquement à tout processus susceptible de générer des exceptions pour ce qui est du respect des arrêtés obligatoires**
- **à ce que les raisons invoquées pour décider des exemptions soient bien documentées**

Documentation incohérente concernant la prévention et le contrôle des infections

- 4.73 Le Groupe de travail sur la pandémie a été investi du pouvoir de prendre des décisions et d'établir des directives cliniques relativement aux mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) prises en réponse à la pandémie. Il était composé du médecin-hygiéniste en chef et d'un médecin responsable pour chacune des deux régions régionales de la santé, et il a fait appel à d'autres spécialistes de la santé pour éclairer et/ou valider ses décisions.
- 4.74 Le Groupe de travail sur la pandémie a communiqué les directives cliniques dans des notes de service distribuées au personnel des hôpitaux, aux RRS, à Extra Mural/Ambulance Nouveau-Brunswick Inc., au secteur des soins primaires et au système de soins de longue durée.
- 4.75 Notre bureau a examiné 35 notes de service relatives à la PCI afin de déterminer si les directives données aux intervenants du système de santé étaient basées sur des données probantes. Nous avons observé ceci :

- 31 étaient étayées par un avis d'expert ou s'appuyaient sur suffisamment de données probantes
- dans un cas, des directives ont été données par le sous-ministre à propos des déplacements de médecins et de personnel à l'extérieur de la province
- dans trois cas, le Ministère n'a pu fournir aucun dossier ni aucun document à l'appui de ses décisions stratégiques en matière de PCI

4.76 On nous a dit que Le Groupe de travail sur la pandémie rendait ses décisions par voie de consensus; cependant, la méthode de tenue de dossiers faisait qu'aucun document clair à propos des délibérations n'était conservé.

Absence de preuves documentées pour étayer les recommandations de santé publique

4.77 Notre bureau a choisi un échantillon de 33 recommandations du Bureau du médecin-hygiéniste en chef, et nous avons demandé au Ministère de fournir des documents fondés sur des données probantes pour étayer ces décisions. Le Ministère a été incapable de fournir les documents demandés, reconnaissant qu'il « n'avait pas créé de recueil ou de dépôt contenant l'ensemble des articles scientifiques, rapports, publications et analyses qu'il avait consultés durant la pandémie, et ne pouvait donc pas fournir une liste détaillée de toutes les sources consultées et utilisées au moment de la formulation des recommandations. »

Recommandation

4.78 **Nous recommandons que le ministère de la Santé veille à la préparation et à la conservation de la documentation adéquate pour étayer les mesures de santé publique.**

Annexe I : Recommandations and Réponses

N° de par.	Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons que le ministère de la Santé :			
4.32	élabore des indicateurs de rendement clés, les surveille et en rende compte. Les cibles doivent être passées en revue régulièrement pour en assurer la pertinence et être ajustées au besoin	<p>Le ministère de la Santé accepte la nécessité de contrôler les indicateurs clés de performance et d'en rendre compte.</p> <p>Le ministère participera à l'examen après action de la pandémie du GNB, qui visera à mettre à jour le plan provincial de lutte contre la pandémie sur la base des enseignements tirés de la pandémie delà COVID-19, y compris les recommandations du présent rapport.</p>	D'ici la fin de 2024-25

N° de par.	Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons que le ministère de la Santé :			
4.45	d’accroître la capacité des systèmes de données afin de pouvoir surveiller adéquatement les stocks de tests durant une pandémie, et de veiller à ce que l’offre réponde à la demande	<p>Le ministère de la Santé est d'accord avec la recommandation.</p> <p>Le ministère participera à l'examen après action de la pandémie du GNB, qui visera à mettre à jour le plan provincial de lutte contre la pandémie sur la base des enseignements tirés de la pandémie de la COVID-19, y compris les recommandations de ce rapport.</p>	D'ici la fin de 2024-25
4.60	d'établir des objectifs clairs à l'appui du processus décisionnel au moment de passer d'une phase à l'autre d'un plan de dotation en situation d'urgence. Cela devrait faire partie d'un plan de pandémie à jour	<p>Le ministère de la Santé est d'accord avec la recommandation.</p> <p>Le ministère participera à l'examen après action de la pandémie du GNB, qui visera à mettre à jour le plan provincial de lutte contre la pandémie sur la base des enseignements tirés de la pandémie de grippe aviaire, y compris les recommandations de ce rapport.</p>	D'ici la fin de 2024-25

N° de par.	Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons que le ministère de la Santé :			
4.65	d'évaluer l'efficacité de l'Initiative de déploiement des infirmières et des infirmiers en soins critique, afin de déterminer si elle a atteint ses objectifs et de proposer d'éventuelles améliorations si une telle initiative est de nouveau nécessaire à l'avenir	Le ministère de la Santé reconnaît la nécessité d'évaluer tous les programmes, tels que l'initiative sur les soins infirmiers en phase critique, afin de s'assurer qu'ils répondent à l'objectif visé.	En cours
4.68	d'élaborer, dans le cadre de son plan de continuité des activités, un plan d'urgence qui décrira les procédures de sauvegarde destinées au personnel clé, tant au Ministère qu'à l'échelle régionale	Le ministère de la Santé est d'accord avec la recommandation. Le ministère mettra à jour son plan de continuité des activités sur la base des enseignements tirés de la pandémie de la COVID-19.	D'ici la fin de 2024-25

N° de par.	Recommandation	Réponse du Ministère	Date cible de mise en œuvre
Nous recommandons que le ministère de la Santé :			
4.72	<p>veille à ce que :</p> <ul style="list-style-type: none"> des critères décisionnels soient établis et appliqués systématiquement à tout processus susceptible de générer des exceptions pour ce qui est du respect des arrêtés obligatoires les raisons invoquées pour décider des exemptions soient bien documentées 	<p>Le ministère de la Santé est d'accord avec la recommandation.</p> <p>Le ministère participera à l'examen après action de la pandémie du GNB, qui visera à mettre à jour le plan provincial de lutte contre la pandémie sur la base des enseignements tirés de la pandémie de la COVID-19.</p>	D'ici la fin de 2024-25
4.78	veille à la préparation et à la conservation de la documentation adéquate pour étayer les mesures de santé publique	Le ministère de la Santé convient que la documentation relative aux réunions et aux décisions devrait être renforcée afin d'assurer une plus grande transparence du processus décisionnel lors des urgences sanitaires. Le ministère veillera à ce que des pratiques améliorées de tenue des dossiers soient intégrées dans ses opérations d'urgence sanitaire.	En cours

Annexe II : Objectifs et critères de l'audit

L'objectif et les critères de notre audit de la réponse du ministère de la Santé à la pandémie sont présentés ci-dessous. Le ministère a examiné et approuvé l'objectif et les critères associés.

Objectif 1	L'objectif de cet audit était de déterminer si le ministère de la Santé disposait de systèmes et de procédures permettant de réduire efficacement la propagation du COVID-19.
Critère 1	Le ministère de la Santé devrait avoir adapté sa capacité de gestion des cas, de recherche des contacts et de dépistage en fonction de la prévalence de la maladie et conformément aux bonnes pratiques.
Critère 2	Le ministère de la Santé aurait dû fixer des objectifs fondés sur les bonnes pratiques, surveiller les résultats et pris des mesures correctives lorsque les objectifs n'étaient pas atteints.
Critère 3	Le ministère de la Santé aurait dû fournir au système de soins de santé des orientations fondées sur des données probantes concernant les politiques de prévention et de contrôle des infections liées à la COVID.
Critère 4	Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef de la santé aurait dû formuler des recommandations fondées sur des données probantes.
Critère 5	Le Bureau du médecin-hygiéniste en chef de la santé aurait dû suivre une procédure définie d'approbation des voyages pour les demandes qui lui ont été adressées.

Annexe III : Rapport d'assurance indépendant

Ce rapport d'assurance indépendant a été préparé par le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick et porte sur le ministère de la Santé. Notre responsabilité consistait à fournir des renseignements objectifs, des conseils et une assurance pour aider l'Assemblée législative à examiner les pratiques du ministère de la Santé en ce qui trait à sa réponse à la pandémie COVID-19.

Tous les travaux effectués dans le cadre du présent audit ont été réalisés selon un niveau d'assurance raisonnable conformément à la Norme canadienne de missions de certification (NCCM) 3001 – Missions d'appréciation directe de Comptables professionnels agréés Canada (CPA Canada), qui est présentée dans le Manuel de CPA Canada – Certification.

Le VGNB applique la Norme canadienne de gestion de la qualité 1 – Gestion de la qualité par les cabinets qui réalisent des audits ou des examens d'états financiers, ou d'autres missions de certification ou de services connexes. Cette norme exige que le Bureau conçoive, mette en place et fasse fonctionner un système de gestion de la qualité qui comprend des politiques ou des procédures conformes aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables.

Lors de la réalisation de nos travaux d'audit, nous nous sommes conformés aux règles sur l'indépendance et aux règles de conduite professionnelle des comptables professionnels agréés du Nouveau-Brunswick et du code de déontologie du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick. Les règles de conduite professionnelle et le code de déontologie reposent sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle et de diligence, de confidentialité et de comportement professionnel.

Conformément à notre processus d'audit régulier, nous avons obtenu ce qui suit de la direction :

- la confirmation de la responsabilité de la direction en ce qui concerne l'objet de l'audit
- la reconnaissance de la pertinence des critères utilisés lors de l'audit
- la confirmation que tous les renseignements connus qui ont été demandés, ou qui pourraient influencer sur les constatations issues de l'audit ou ses conclusions, ont été fournis
- la confirmation que les constatations figurant dans le présent rapport sont basées sur des faits

Période qui a fait l'objet de l'audit :

L'audit a porté sur la période allant du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2022. Il s'agit de la période à laquelle s'applique la conclusion de l'audit. Toutefois, afin de mieux comprendre l'objet de l'audit, nous avons également examiné certaines questions extérieures à la période d'audit lorsque cela était jugé nécessaire.

Date du rapport :

Nous avons obtenu des éléments probants appropriés en quantité suffisante sur lesquels repose notre conclusion en date du 8 décembre 2023, à Fredericton, au Nouveau-Brunswick.

Annexe IV : Citations en provenance de la première ligne

Dans le cadre de notre travail, nous avons interrogé plusieurs travailleurs de première ligne afin d'obtenir un aperçu de leurs expériences pendant la pandémie. Cette annexe contient des extraits de certains de ces entretiens.

Travailleurs de première ligne	Extraits d'entretien
Infirmier	<p><i>« J'ai travaillé 14 heures par jour, six jours par semaine, pendant sept semaines. Cela ne fournissait que le niveau minimum de soins, de s'assurer que personne ne mourait de faim, que les gens étaient hydratés et qu'ils recevaient des médicaments. »</i></p>
Travailleur paramédical	<p><i>« C'était le chaos. »</i></p> <p><i>« Il y a eu trois cas distincts où j'ai reçu des appels téléphoniques me demandant de travailler dans des installations parce que le personnel habituel venait de partir. Pour décrire ces situations, le mot "horrible" est en politesse. »</i></p>
Médecin	<p><i>« J'ai eu du mal à naviguer dans la liste des expositions fournie – il était difficile de trier autrement que par ordre alphabétique – ni par région, ni par date. J'aurais aimé pouvoir trier par date la plus récente, au lieu de ne voir que les expositions multiples au resto A&W, par exemple. »</i></p> <p><i>« Les gens ont travaillé fort – ils ont été mis à rude épreuve – et je pense que le fait d'avoir à gérer des patients totalement bouleversés parce qu'ils ne pouvaient pas recevoir de visite a été difficile pour les médecins »</i></p>

Source : Préparé par le VGNB, non audité

