

MÉMOIRE

DÉPOSÉ AU PROTECTEUR DU CITOYEN

Le 16 octobre 2020

Chronique d'une hécatombe annoncée

Enquête sur la gestion de la crise de
la COVID-19 dans les CHSLD



fiq

FIQ | SECTEUR PRIVÉ

Résumé

Engendrée par les décisions politiques, budgétaires et de gestion des dernières décennies, la crise de la COVID-19 dans les CHSLD du Québec a provoqué un choc collectif brutal. Pour les professionnelles en soins membres de la FIQ et de la FIQP, l'écart entre le discours gouvernemental et la réalité terrain de même que la suspension de leurs droits ont constitué des éléments aliénants alors que le gouvernement aurait dû agir avec transparence et collaboration. En première ligne, elles n'ont pas été informées, dépistées, ni protégées adéquatement. Les plans de contingence, la non-reconnaissance de la complexité des soins requis en CHSLD et les mauvaises conditions de travail engendrant un exode des professionnelles ont freiné leur capacité d'offrir tous les soins requis aux personnes hébergées.

Les lacunes existantes se situent à plusieurs niveaux et incluent l'absence d'une culture de prévention dans le réseau de la santé ainsi que le refus d'appliquer le principe de précaution. La confusion des rôles entre organismes chargés de la santé et sécurité a mené à des avis contradictoires et des décisions contestées, dont celle de limiter l'accès au masque N95 en CHSLD. Au fil des ans, les structures ont été malmenées, à coups de sous-financement chronique et de réformes successives, et la mobilité du personnel, si prisée des gestionnaires pour sa flexibilité, est devenue un facteur de propagation que l'on cherche à endiguer. Les personnes hébergées et les professionnelles en soins qui ont tenté de les soigner ont été trop longtemps les grandes oubliées et les principales sacrifiées de la crise de la COVID-19.

Afin de contribuer à la détermination de pistes de solution durables, les Fédérations proposent les solutions suivantes :

Les impacts de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la qualité des soins aux personnes hébergées dans les CHSLD

- Implantation graduelle de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s

L'efficacité des mesures prises en matière de prévention et contrôle des infections

- Intégration du principe de précaution aux politiques, règlements et législations en SST dans le secteur de la santé
- Mise en place des quatre mécanismes de prévention de la LSST dans le réseau de la santé
- Équipes complètes en prévention et contrôle des infections en CHSLD
- Dépistage massif, rapide et régulier du personnel œuvrant en CHSLD
- Constitution d'une réserve nationale d'urgence d'ÉPI, et rapport annuel public
- Mise en place d'un mécanisme de distribution des ÉPI
- Transparence informationnelle et accès aux données

Les problématiques liées à l'organisation et au financement dans les CHSLD et mises en lumière par la crise sanitaire

- Évaluation du choix de concentrer les efforts sur les centres hospitaliers en début de pandémie
- Restauration d'une véritable gestion de proximité dans les CHSLD
- Révision du processus de la transmission des informations
- Révision des dispositions législatives de la LSSSS afin de mieux encadrer les responsabilités et les obligations du Ministère et des CISSS/CIUSSS envers les établissements privés
- Encadrement accru du recours aux agences privées
- Amélioration des conditions de travail des professionnelles en soins
- Rehaussement du financement des CHSLD

AVANT-PROPOS

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé-FIQP représentent 76 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la grande majorité des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes et des perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. Cet enracinement au cœur du réseau de la santé alimente leur expertise prisée et reconnue par les décideurs de tous les horizons. La FIQ et la FIQP se composent d'expériences de travail très variées auprès de divers types de bénéficiaires des services du réseau de la santé et des services sociaux.

Témoins privilégiés du fonctionnement du système de santé au quotidien, les professionnelles en soins sont à même de constater les multiples effets des inégalités socioéconomiques sur la santé, de même que les impacts des décisions prises à tous les niveaux de la structure politique et hiérarchique. En tant qu'organisations syndicales, les Fédérations représentent une très vaste majorité de femmes qui sont à la fois professionnelles en soins, travailleuses du réseau public et privé, et usagères des services. Elles visent, par leurs orientations et leurs décisions, la préservation des acquis sociaux, une plus grande égalité et davantage de justice sociale.

Fortes de cette mission, la FIQ et la FIQP se portent à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elles représentent, mais aussi de la population.

INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19 a frappé durement, ailleurs que là où les autorités l'avaient d'abord anticipée. Les CHSLD du Québec sont rapidement devenus l'épicentre du drame qui s'est joué dans le réseau de la santé et des services sociaux et le choc collectif a été brutal. Les professionnelles en soins membres de la FIQ et de la FIQP ont été sur la première ligne de cette crise humanitaire comme intervenantes et témoins privilégiés. Elles ont apporté soins et soutien aux personnes les plus vulnérables; elles ont tenté d'accompagner tous-tes les patient-e-s, certain-e-s vers la mort, dans des conditions extrêmement difficiles. En plus d'une surcharge de travail constante qui amputait déjà la qualité des soins qu'elles sont en mesure de dispenser, elles ont fait face à la pandémie sans avoir accès en temps utile au matériel de protection requis, dans un système de santé mis à mal par 20 ans de mauvaises décisions politiques et de gestion.

La stratégie et les actions gouvernementales auraient dû s'appliquer à les mobiliser et à leur insuffler l'énergie et la cohésion nécessaires pour traverser la crise de la COVID-19. Ce n'est malheureusement pas ce qui s'est produit : le gouvernement a multiplié les occasions ratées alors que la distorsion entre le discours officiel et la réalité terrain était constatée chaque fois avec un sentiment accru de manque de respect chez les professionnelles en soins. On a affirmé qu'il n'y avait pas de manque d'équipements de protection individuelle (ÉPI) et, le 21 mars 2020, le MSSS a décrété l'arrêté 007, suspendant leurs droits et conférant aux gestionnaires des pouvoirs exceptionnels qu'ils ne devaient utiliser que selon des « barèmes précis ». Les membres de la FIQ et de la FIQP se souviendront longtemps de la suite : tel qu'on pouvait le prévoir, ces pouvoirs ont été utilisés inadéquatement, d'une façon que les Fédérations considèrent comme abusive. Les mesures prévues dans cet arrêté ont notamment imposé à ces travailleuses des horaires de 12 heures et du temps complet, rendant quasi impossible leur conciliation famille-travail. Certaines d'entre elles ont remis leur démission.

Relayer et transmettre la réalité terrain qui ne se reflétait pas dans le discours gouvernemental a occupé une place incontournable pendant cette pandémie. Certaines professionnelles en soins ont bravé l'omerta du réseau de la santé et des services sociaux et ont parlé haut et fort. Les Fédérations ont développé à toute vitesse des outils pour permettre à leurs membres de sonner l'alarme sans crainte, notamment la plate-forme Web « Je dénonce », dont les témoignages ont déjà été transmis à la protectrice du citoyen.

Aux voix des professionnelles en soins, il apparaissait essentiel d'ajouter celles de nos organisations, par un décodage des enjeux qui ont mené à cette crise et à cette enquête sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD. On y trace les grandes lignes de l'analyse de la FIQ et de la FIQP en insistant sur les solutions à apporter alors que les membres sont toujours éprouvés et que la crise de la COVID-19 est loin d'être terminée.

LES IMPACTS DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19 SUR LA QUALITÉ DES SOINS AUX PERSONNES HÉBERGÉES DANS LES CHSLD

Sur un nombre total de 5 953 personnes décédées au Québec depuis le début de la crise, 4 961 d'entre elles, ou 83,3 %, résidaient dans un CHSLD (3 725, soit 62,6 %), une RI (232 ou 3,9 %) ou une RPA (1 004 ou 16,9 %)¹. Cette concentration des décès dans les milieux de soins/de vie des personnes les plus vulnérables est pour les Fédérations la conséquence d'années de négligence de ces milieux par les gouvernements ainsi que la gestion désastreuse des ressources humaines au sein des établissements.

Avant la pandémie

Au fil des dernières années, la FIQ et la FIQP, mais aussi de nombreux organismes, dont le Protecteur du citoyen, le Bureau du coroner, la Commission de la santé et des services sociaux, le Conseil pour la protection des malades et la FADOQ se sont prononcés sur les lacunes inacceptables des soins en CHSLD. Le diagnostic est clair et les solutions sont connues. Pourtant, rien ne change. Pire, la situation se dégrade continuellement. Les CHSLD sont la mission du réseau de la santé où les événements indésirables sont les plus fréquents avec 224 817 événements déclarés, soit 44,92 % de l'ensemble des événements du réseau de la santé et des services sociaux².

La pénurie de personnel en CHSLD ne se réduit pas au manque de préposé-e-s aux bénéficiaires. Les CHSLD sont des mini-hôpitaux et les besoins des personnes hébergées ne se résument pas aux soins d'hygiène et d'aide à l'alimentation. Les professionnelles en soins y prodiguent des soins complexes et évaluent l'état de santé d'une clientèle vulnérable pour établir le plan thérapeutique infirmier. Elles administrent des traitements et posent des actes comme l'administration d'une quantité importante de médicaments, la réalisation de tests diagnostiques, les soins de fin de vie et l'accompagnement des familles. Il manque un grand nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires, mais aussi d'inhalothérapeutes pour prodiguer l'ensemble des soins requis par des patient-e-s qui présentent des problèmes de santé complexes.

Les Fédérations qualifient cette pénurie d'artificielle, en grande partie, puisqu'elles estiment qu'elle est causée notamment par de piètres conditions d'exercice, une importante surcharge de travail et les heures supplémentaires obligatoires. Ainsi, de nombreuses professionnelles en soins sont actuellement en invalidité ou quittent prématurément pour leur retraite, démissionnent, choisissent de travailler en agence privée ou se réorientent. Elles éprouvent une détresse morale importante et continue. Elles savent qu'elles doivent prodiguer leurs soins dans le respect de la Loi et de leurs obligations déontologiques, mais n'ont pas les moyens concrets pour y arriver.

Avant même la pandémie, de nombreux soins d'assistance et infirmiers ne pouvaient être réalisés. Depuis des années, les professionnelles en soins doivent sans cesse faire des choix déchirants en priorisant certains soins en raison du manque d'effectifs, d'un financement déficient et du laxisme des employeurs à agir sur cette situation. Ces choix ont été dictés et amplifiés par les plans de délestage des soins préparés et approuvés par les gestionnaires et le recours accru à la substitution des professionnelles, ce qui

¹ « Répartition des décès selon la région sociosanitaire et le milieu de vie », données du 10 octobre, [En ligne], [<https://www.inspq.gc.ca/covid-19/donnees/regions>].

² MSSS, « Rapport 2018-2019 sur les incidents et les accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec ».

contribue à légitimer le fait de ne pas donner tous les soins aux personnes âgées qui ont pourtant le droit de recevoir des soins sécuritaires, dignes et attentionnés.

Milieus de vie et milieux de soins

Dès 2014, la FIQ constatait que les CHSLD demeurent avant tout des milieux de soins qu'il importe d'humaniser³. Les orientations ministérielles de l'approche « milieu de vie » n'y étaient pas réellement appliquées. Elle estimait alors que cette philosophie du milieu de vie resterait théorique sans les ressources financières, humaines et matérielles nécessaires. Si les initiatives touchant l'offre alimentaire et l'environnement physique peuvent certainement améliorer la qualité de vie des personnes âgées hébergées, on ne saurait faire l'économie d'une humanisation des soins.

Au fil des années, les autorités ont instrumentalisé la notion de milieu de vie afin de diminuer le pourcentage d'effectifs de professionnelles de la santé pour augmenter substantiellement le personnel non professionnel, et ce, sans tenir compte de l'état de santé des patient-e-s. Moins de professionnelles se traduit par moins de surveillance, moins de soins professionnels directs, moins de sécurité dans les soins et, donc, moins de capacité de réagir lorsque la situation se dégrade.

Dans son récent état des pratiques sur les milieux de vie/de soins, l'INESSS mentionne que « La présence de personnel en quantité suffisante demeure une condition préalable de la réussite de plusieurs autres moyens potentiels proposés. Diverses stratégies d'attraction, de rétention, de valorisation et de reconnaissance du personnel peuvent être mises en place pour s'assurer d'avoir suffisamment d'employés⁴. » L'INESSS y privilégie la notion de conciliation à celle d'équilibre.

Propagation de la COVID-19

C'est donc dans ce système fragilisé que s'est infiltrée la COVID-19, fauchant presque 5 000 personnes vulnérables. Dans la « balance des inconvénients », la décision de libérer massivement des lits dans les centres hospitaliers, de cesser les transferts des résident-e-s vers les hôpitaux et d'interdire complètement la présence des proches aidant-e-s ont pesé plus lourd qu'escompté. États de déshydratation et de dénutrition critiques, culottes d'incontinence souillées pendant des périodes prolongées, personnes décédées laissées dans leur chambre après une agonie dans la solitude, la liste des situations d'horreur vécues par les résident-e-s et le personnel des CHSLD ne peut qu'être évoquée ici.

Baucoup de témoignages des professionnelles en soins ont d'abord concerné les ÉPI (parfois sous clé), l'absence de précautions lors de l'attente du résultat du test de dépistage ou le manque d'orientation et de formation pour celles appelées en renfort dans les CHSLD, qui se sont senties totalement laissées à elles-mêmes. Un dépistage massif, rapide et régulier aurait été nécessaire, à la fois pour identifier les personnes infectées et diminuer la crainte vécue par l'ensemble du personnel. Or, ce dépistage annoncé a été réalisé tardivement et ne s'est pas déroulé en continu. À mesure que les

³ FIQ, « Hébergement des personnes adultes en CHSLD : Passer de la parole aux actes », mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, janvier 2014.

⁴ INESSS, « Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) », septembre 2020.

soignantes elles-mêmes étaient infectées, la spirale de l'épuisement, déjà présente chez les professionnelles en soins, était enclenchée. La distanciation physique et l'isolement social forcé des résident-e-s ajoutaient aux difficultés d'agir des professionnelles en soins.

Dans les récents rapports d'enquête du MSSS, concernant les CHSLD Herron et Ste-Dorothée, les enquêteurs reconnaissent le travail du personnel soignant dans des circonstances très difficiles et constatent la volonté réelle d'offrir des soins de qualité aux patient-e-s pendant toute cette période. La pandémie est venue exacerber des réalités déjà présentes, un contexte dans lequel il faut considérer le système dans lequel le personnel doit travailler et qui dépasse largement la responsabilité professionnelle individuelle.

Selon la FIQ et la FIQP, le fait de décider sciemment de ne pas mettre en place un effectif infirmier suffisant pour répondre aux besoins des patient-e-s sur plusieurs années illustre malheureusement le peu de considération des autorités pour leur bien-être et la complexité de leurs besoins. Le modèle de gestion des ressources humaines est basé sur le même modèle que la méthode *Lean* et son *just-in-time*. Cela se traduit par la précarisation de l'emploi du personnel soignant (postes à temps partiel, postes équipes volantes, liste de rappel, personnel d'agence privée à la demande, non-remplacements, substitution de professionnelles par des non-professionnelles). Par conséquent, le réseau de la santé n'est plus en mesure de réagir rapidement pour rehausser le niveau de soins, y compris en pandémie.

Des ratios pour des soins sécuritaires, humains et de qualité

La FIQ et la FIQP ont aussi mis de l'avant une solution porteuse, depuis plusieurs années déjà. L'implantation graduelle de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s est la solution majeure explorée, expérimentée, documentée, proposée et revendiquée par la FIQ et la FIQP. Et elles ne sont pas les seules à les recommander. En 2016, la Commission de la santé et des services sociaux préconisait « Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mette à jour ces normes concernant les ratios de personnel afin d'assurer une prestation adéquate de soins et de services aux personnes hébergées, selon leurs besoins individuels⁵. » Tout récemment, dans le rapport sur le CHSLD Ste-Dorothée, l'enquêteur conclut que « [...] les ratios de présence, compte tenu de l'alourdissement des clientèles en CHSLD, devraient être revus, tout comme la présence accentuée de toutes les classes de professionnelles de la santé⁶. »

Cette solution a fait ses preuves ailleurs dans le monde et est soutenue par des données probantes. La mise en place de ratios sécuritaires permettrait d'établir une fois pour toutes une norme véritablement axée sur la sécurité des soins, qui ne serait pas soumise aux aléas des pratiques de gestion ou aux changements politiques. Au Québec, les ratios sécuritaires ont été expérimentés dans le cadre des projets ratios, qui ont d'ailleurs attiré

⁵« Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée », [En ligne], juin 2016, p. 9, [<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-32725/index.html>] (Consulté le 15 octobre 2020).

⁶ « Rapport d'enquête sur l'écllosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée », [En ligne], p. 13, [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-834-05W.pdf>] (Consulté le 15 octobre 2020).

l'attention de la protectrice du citoyen en 2019, et cinq projets se situaient en milieu d'hébergement (5 CHSLD, dont 1 EPC).

Les résultats convaincants de ces projets ont permis de rallier même les employeurs du réseau qui les ont expérimentés. Si l'on note des impacts prometteurs, tant pour les patient-e-s que pour les professionnelles en soins, on se doit de souligner une augmentation généralisée dans la capacité à réaliser les activités professionnelles et une amélioration générale de la pratique, dont la satisfaction des patient-e-s et des proches, la prise en charge des comportements liés à la démence et contentions, la prise en charge des patient-e-s en fin de vie et la prévention des chutes.

Les projets ratios ont même permis de limiter des éclosions d'influenza, ce qui prend tout son sens dans la crise actuelle. Est-ce que d'avoir des équipes de soins adéquates aurait pu permettre de mieux passer à travers la crise de la COVID-19? La recherche scientifique qui commence à se pencher sur les ratios et la résilience à la COVID-19 tend sans surprise à montrer que tout comme pour d'autres infections, une meilleure dotation a aussi des impacts sur la capacité à éviter des infections de COVID-19 et d'en décéder.

En ayant des ratios sécuritaires et ainsi des équipes stables et suffisantes en CHSLD, ce qu'aucune norme claire n'impose actuellement, ce sont les patient-e-s, leurs proches et tout le personnel qui y gagnent. Les coûts d'une telle démarche sont une préoccupation légitime; de nombreux incidents et accidents très coûteux pourront être évités comme des chutes ainsi que de nombreux accidents de travail. Les économies réalisées financeraient les ratios.

À la lumière des projets ratios réalisés, les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s émergent comme un levier de transformation important pour le réseau de la santé, favorisant la disponibilité de la main-d'œuvre et limitant certains coûts.

L'EFFICACITÉ DES MESURES PRISES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

« Le soignant doit pouvoir compter sur la communication claire et transparente des informations concernant la COVID-19, la justification des décisions de santé publique mises en application, l'allocation juste et équitable des ressources disponibles, dont les ÉPI adaptés aux soins qu'il est amené à donner. À cet égard, l'institution ou l'employeur a un rôle majeur à jouer⁷. »

En l'absence d'une véritable culture de prévention dans le réseau de la santé depuis plus de 40 ans, on ne peut s'étonner de l'ampleur de la catastrophe COVID au Québec, notamment par le nombre élevé de professionnelles en soins infectées. Mis à part un timide plan d'action du MSSS visant la prévention des risques et la promotion de la santé globale, qui excluait d'emblée les CHSLD privés et ne s'attaquait qu'à certains risques ciblés, le réseau de la santé souffre de l'absence de prévention depuis l'adoption de la LSST. Les CHSLD passent carrément sous le radar en matière de prévention.

En amont de la première vague, au début février 2020, les Fédérations écrivaient à la Direction de la santé publique du Canada pour dénoncer son manque de leadership, contester ses conclusions sur le mode de transmission de la COVID-19 et, surtout, exprimer leur incompréhension devant son refus d'appliquer le principe de précaution

⁷ COLLÈGE DES MÉDECINS, OIIQ, OIIAQ et OPIQ, « Énoncé de position sur la pénurie d'ÉPI », avril 2020.

en l'absence de consensus scientifique. La reconnaissance d'une possible transmission aérienne du virus aurait eu un impact important sur les recommandations en matière d'ÉPI et aurait permis de protéger autant les professionnelles en soins que les patient-e-s.

Le 3 septembre 2020, l'Institut canadien d'information sur la santé dévoilait que le nombre de travailleuses de la santé infectées à la COVID-19 s'élevait à 21 842 au Canada, représentant 19,4 % de tous les cas déclarés. Le Québec est de loin la province qui a été la plus affectée avec 14 007 travailleuses infectées, soit 24,1 %, alors que la moyenne mondiale se situe à 14 % selon l'OMS. Cet écart est déplorable.

Les équipes incomplètes en prévention et contrôle des infections (PCI)⁸ ainsi que le sous-financement chronique de ce secteur d'activités ont grandement perturbé le travail des professionnelles en soins en PCI. Elles déplorent que leur expertise et leur pouvoir de recommandation ne soient pas reconnus à leur juste valeur. Pour les Fédérations, les postes vacants doivent être pourvus sans tarder et un financement adéquat doit y être consacré.

Confusion des rôles

La recherche d'une plus grande flexibilité dans la gestion de la crise par le gouvernement, notamment par la suspension unilatérale de nombreuses dispositions des conventions collectives, combinée à l'inaction de la CNESST, auront permis à la Santé publique et à l'INSPQ de s'immiscer dans le rôle de la santé et sécurité du travail (SST). Cette confusion a eu des conséquences importantes sur le faible niveau de protection des professionnelles en soins.

Il apparaît important de souligner l'absence de la CNESST dans le réseau de la santé au début de la pandémie. En effet, la première décision de l'organisme aura été de mettre fin aux rencontres du comité national paritaire en prévention et de demander aux syndicats de reporter les échéances du plan national de prévention du MSSS. De plus, la CNESST a fait face à un ralentissement important de ses activités, en raison de la déclaration d'urgence sanitaire. Les Fédérations déplorent que les inspecteur-trice-s de la CNESST n'aient pas jugé opportun et aient même refusé de se déplacer dans les établissements et ont tenu leurs rencontres d'inspection par téléphone.

Les Fédérations estiment que cette absence a contribué à la trop grande place occupée par les recommandations de l'INSPQ en matière de protection contre les infections et a semé la confusion entre les règles de santé publique et les obligations de l'employeur en matière de SST. Pour les Fédérations, le gouvernement doit développer une expertise en SST pour le réseau de la santé distincte de celle de la santé publique.

Équipements de protection

Le 24 avril 2020, la FIQ et la FIQP ont demandé à la CNESST de déployer immédiatement des inspecteur-trice-s dans toutes les installations du réseau de la santé, incluant les CHSLD et les établissements privés conventionnés, afin d'exercer tous leurs pouvoirs liés à l'inspection, de s'assurer que les tests d'étanchéité (*fit test*) soient

⁸ La recommandation de l'INSPQ concernant les équipes de PCI en CHSLD stipule qu'elles doivent être formées d'un équivalent temps complet (ETC)/250 lits. À titre d'exemple, au CIUSSS du Centre-Sud de l'Île-de-Montréal, on y retrouve 1 ETC/450 lits.

effectués et que les milieux de travail soient tous dotés de l'ensemble des ÉPI requis pour le travail sécuritaire des professionnelles en soins. Cette dernière demande incluait la nécessité d'avoir des masques N95 en quantité suffisante dans toutes les installations sur le territoire québécois. Les CHSLD, tant publics que privés, ont été les grands oubliés en matière d'approvisionnement en ÉPI.

D'ailleurs, les Fédérations ont dû saisir le Tribunal administratif du travail (TAT) afin d'exiger des ÉPI adéquats pour préserver la sécurité des professionnelles en soins. La FIQ et la FIQP ont mandaté elles-mêmes un expert pour analyser les problématiques liées aux systèmes de ventilation, en cas de possible transmission aérienne. Elles ont également demandé à la CNESST de procéder à une évaluation environnementale de la qualité de l'air (échantillonnage environnemental SARS-CoV-2), des systèmes de ventilation et de la recirculation de l'air. Or, la CNESST ne s'est pas engagée à l'effectuer systématiquement.

Sans réelle expertise dans le réseau de la santé en matière de protection contre les infections dans une perspective SST, ainsi qu'en l'absence de mécanismes de prévention en place, les employeurs ont substitué à leurs obligations SST les recommandations de santé publique de l'INSPQ sans jamais remettre en question la valeur de celles-ci. Pourtant, selon les Fédérations, l'INSPQ applique le principe de précaution en matière d'ÉPI de manière arbitraire et selon des critères discutables, notamment en fonction du niveau d'inventaire d'ÉPI disponible et en faisant abstraction de la dangerosité de la maladie.

Au fur et à mesure que le niveau d'inventaire des ÉPI diminuait, l'INSPQ a ajusté à la baisse le niveau de protection nécessaire en milieu de soins, sans jamais le relever par la suite. De plus, certains avis de l'INSPQ concernant l'utilisation prolongée des masques, leur réutilisation ou la stérilisation de masques jetables à usage unique sont toujours en circulation, laissant aux employeurs la possibilité d'y recourir malgré le danger et l'incertitude sur la réelle efficacité de telles méthodes. Bien que ces avis de l'INSPQ fassent référence à des solutions de dernier recours, en cas de pénurie réelle ou appréhendée d'ÉPI, c'est à l'employeur, de manière exclusive, à déterminer quand une telle méthode est justifiée ou non.

À de nombreuses reprises, les Fédérations ont interpellé tant l'INSPQ que le MSSS pour préciser la signification « d'utilisation judicieuse » des ressources, de « pénurie appréhendée » et de « pénurie réelle ». Jamais elles n'ont obtenu ces précisions. Il apparaît aujourd'hui que l'employeur, cautionné par l'INSPQ, a refusé d'appliquer le principe de précaution et d'ainsi offrir le plus haut niveau de protection contre la transmission aérienne du virus aux professionnelles en soins et ultimement aux patient-e-s.

Le MSSS a refusé systématiquement de transmettre aux syndicats les données complètes sur l'état des réserves d'ÉPI, pourtant disponibles et précises, comme une demande d'accès à l'information a permis de le constater. Sans cette demande, ces informations n'auraient jamais été transmises aux syndicats. L'absence de transparence du MSSS aura contribué à ébranler le lien de confiance entre syndicats, ministère et employeurs, lien pourtant essentiel à tout processus de prévention.

Le début de la crise COVID a été marqué par la pénurie d'ÉPI. De plus, les messages contradictoires du premier ministre sur leur disponibilité, la multitude de recommandations intérimaires de l'INSPQ, hors de son champ de compétence, la confusion des informations en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI)

transmises sur le terrain et les interprétations divergentes de celles-ci par les différents établissements de santé ont contribué à brouiller les communications et à créer un climat d'incertitude chez les professionnelles en soins, en plus de complexifier l'exercice de leur jugement clinique.

En matière d'ÉPI, le gouvernement doit constituer une réserve nationale d'urgence, dont le niveau doit être basé sur l'application du principe de précaution, vérifier annuellement l'état des stocks et produire un rapport annuel public sur les inventaires. Un mécanisme de distribution devra être instauré pour s'assurer qu'aucune installation ne soit privée d'ÉPI.

En tout temps, le principe de précaution devrait faire partie intégrante des politiques, règlements et législations dans le secteur de la santé. De plus, le gouvernement doit obliger le réseau de la santé à mettre en place les quatre mécanismes de prévention existants dans la LSST. Les démarches de prévention doivent convier les parties prenantes de façon paritaire et s'organiser de manière décentralisée, plus près des réalités terrain.

LES PROBLÉMATIQUES LIÉES À L'ORGANISATION ET AU FINANCEMENT DANS LES CHSLD ET MISES EN LUMIÈRE PAR LA CRISE SANITAIRE

Alors que le réseau de la santé et des services sociaux se relevait à peine d'une réforme importante amorcée en 2003⁹, le gouvernement libéral en place a procédé à une autre réforme majeure en 2014¹⁰. Ainsi étaient créés les CISSS et les CIUSSS, établissements regroupant la totalité des missions prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)¹¹. Ils détiennent la responsabilité d'offrir à la population d'un territoire donné l'ensemble des soins et services, en plus de récupérer certaines responsabilités dévolues aux agences régionales de santé et de services sociaux.

Plusieurs intervenants, dont les Fédérations¹², ont manifesté leur opposition ainsi que de vives inquiétudes au sujet des impacts de cette nouvelle réorganisation, et ce, tant pour les patient-e-s que pour les professionnelles en soins œuvrant au sein des différentes missions des établissements du réseau. Lors de l'étude du projet de loi n° 10, les Fédérations ont exprimé des craintes concernant la diminution de l'importance de certaines missions au sein de ces méga-établissements. Elles mentionnaient que « [l']absence de balise, visant à protéger les missions dans le projet de loi, aura pour effet de favoriser l'hospitalo-centrisme et la mission curative au détriment des missions à caractère plus préventif et social et moins bien pourvues en ressources financières et autres.¹³ »

Ces deux grandes réformes subies en dix ans devaient améliorer de manière tangible l'accès et la continuité des soins et placer le-la patient-e au cœur du réseau. Force est de constater que ces objectifs n'ont pas été atteints. Le réseau de la santé et des services sociaux est fragilisé et menacé comme jamais auparavant. La réorganisation et

⁹ Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Adoptée sous bâillon en décembre 2003.

¹⁰ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Adoptée sous bâillon en février 2015.

¹¹ L.R.Q., chapitre S-4.2.

¹² FIQ, « Prélude d'un démantèlement annoncé, projet de loi n° 10 », mémoire, 2014.

¹³ *Id.*, p. 14.

les coupures subies ont particulièrement mis à mal certaines de ses composantes essentielles en temps de pandémie comme la santé publique. La pandémie exacerbe l'extrême vulnérabilité de ce système, si cher aux yeux des Québécois-e-s. La situation désastreuse vécue au sein des CHSLD en est une preuve éloquente.

Les hôpitaux au cœur de la stratégie gouvernementale

Dès février 2020, les nouvelles en provenance de l'Europe relatent que les établissements offrant des soins aux personnes âgées sont durement éprouvés par les effets ravageurs de la COVID-19. En Colombie-Britannique, au début de mars, deux centres d'hébergement sont touchés par une éclosion et de nombreux décès en découlent. Malgré ces situations connues et documentées, le Québec tarde à réagir et à prendre les mesures pour endiguer la progression de l'épidémie, notamment au sein des CHSLD¹⁴. Le MSSS demande aux établissements de libérer les lits des centres hospitaliers et plusieurs personnes âgées hospitalisées dans ces centres sont transférées vers les CHSLD publics et privés. Ces derniers, aux prises avec une pénurie de personnel de longue date, doivent continuer à offrir les soins et protéger adéquatement le personnel soignant dans le contexte de la pandémie. De plus, les professionnelles en soins doivent offrir des soins s'apparentant à ceux dispensés en centres hospitaliers, puisque les patient-e-s ne sont plus transférés vers les hôpitaux alors qu'elles sont en nombre insuffisant et qu'elles n'ont pas accès aux mêmes ressources et ÉPI.

Pour les Fédérations, ce choix de tout miser sur les centres hospitaliers doit être remis en question et faire l'objet d'une sérieuse évaluation. Les professionnelles en soins des CHSLD se sont fait demander d'accomplir des miracles dans une situation catastrophique, souvent au détriment de leur propre santé et de celle des patient-e-s afin de pallier les lacunes de l'organisation des soins de santé. L'expression « tenir le réseau à bout de bras » prend tout son sens pour les professionnelles en soins et davantage lors des derniers mois. Pour les Fédérations, il est urgent de soulager les professionnelles en soins de cet immense fardeau reposant sur leurs épaules et de les reconnaître à leur juste valeur.

Absence de gestionnaires de proximité et de fluidité des communications

La volonté centralisatrice des deux dernières réformes s'est manifestée notamment par l'absence de gestionnaires de proximité dans les CHSLD lors de la première vague de la pandémie. En effet, de nombreux problèmes liés à leur absence ont alourdi l'accomplissement des tâches des professionnelles en soins au quotidien. La hiérarchie imposante des CISSS/CIUSSS conjuguée à l'absence de gestionnaires de proximité a rendu difficile la prise de décisions rapides et efficaces. Cette absence de gestionnaires connaissant bien le milieu a généré un sentiment d'insécurité chez le personnel travaillant en CHSLD en plus de provoquer des bris de communication.

Cette problématique est bien documentée dans le récent rapport sur l'éclosion de la COVID-19 au CHSLD Sainte-Dorothée¹⁵, les différents constats émis s'appliquant en quasi-totalité aux autres CHSLD aux prises avec les mêmes problématiques, selon l'enquêteur. Ce constat a trouvé écho au gouvernement dans son Plan d'action pour une

¹⁴ <https://www.tvanouvelles.ca/2020/06/09/la-colombie-britannique-a-bien-mieux-gere-la-crise-1>

¹⁵ MSSS, « Rapport d'enquête sur l'éclosion de la COVID-19 au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Sainte-Dorothée », 15 juillet 2020, p. 12.

deuxième vague, publié en août¹⁶. Le gouvernement s'est engagé à ce qu'il y ait dorénavant un gestionnaire par CHSLD au sein des CISSS/CIUSSS. Par ailleurs, pour les Fédérations, le MSSS et les établissements de santé doivent revoir tout le processus de la transmission des informations afin d'en augmenter la fluidité et de le rendre plus conforme à la réalité vécue sur le terrain.

La mobilité du personnel

Contrairement au Québec, la Colombie-Britannique a adopté des mesures contraignantes pour interdire la mobilité du personnel dès l'écllosion de l'épidémie au sein d'établissements d'hébergement. Par conséquent, la propagation a diminué et les équipes de travail se sont stabilisées. Au Québec, en date d'aujourd'hui, la mobilité du personnel demeure une pratique courante malgré son interdiction annoncée et la preuve évidente qu'elle est souvent à la source des éclosions au sein des établissements. Cette mobilité s'exerce parmi les travailleuses d'un même CISSS/CIUSSS, mais aussi lorsque l'employeur a recours au personnel des agences de placement privées. Les agences ont tiré profit de la pandémie sans que le gouvernement intervienne, jusqu'à tout récemment. Les travailleuses se déplaçant d'une installation à l'autre peuvent malheureusement devenir des vecteurs de propagation pour le personnel, mais aussi pour les patient-e-s.

Malheureusement, les Fédérations constatent le peu d'efforts de la part des dirigeant-e-s pour freiner cette pratique et proposer des solutions durables à l'avantage des professionnelles en soins et des patient-e-s. L'amélioration des conditions de travail est au cœur de cette solution. Le temps presse et le gouvernement doit poser dès maintenant les premiers jalons pour améliorer le quotidien des professionnelles en soins et celui des patient-e-s hébergé-e-s, mais aussi encadrer le recours aux agences privées.

La responsabilité des CISSS et CIUSSS envers les établissements d'hébergement (établissements privés conventionnés et CHSLD privés) situés sur leur territoire

Depuis la réforme de 2015, les CISSS et les CIUSSS ont la responsabilité d'assurer un suivi et une vigie de la qualité des services offerts dans les établissements privés situés sur leur territoire et le devoir de les soutenir. Plusieurs professionnelles en soins y travaillant ont constaté une absence de collaboration de la part des dirigeant-e-s des CISSS/CIUSSS. Les demandes répétées des établissements privés afin d'obtenir du matériel d'ÉPI ainsi que du personnel supplémentaire pour répondre aux besoins exprimés n'ont pas reçu l'attention voulue. Cette absence de soutien de la part des dirigeant-e-s a généré beaucoup d'incertitudes et d'insécurité chez les professionnelles en soins dispensant les soins aux patient-e-s hébergé-e-s. Les Fédérations partagent la recommandation du rapport d'enquête au CHSLD Herron¹⁷ relativement à la nécessité de revoir les dispositions législatives de la LSSSS afin de mieux encadrer les responsabilités et les obligations du Ministère et des CISSS/CIUSSS envers les établissements privés.

¹⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, « COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague », 18 août 2020.

¹⁷ MSSS, « Rapport d'enquête sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 au CHSLD Herron », juin 2020.

Financement

L'écart important entre les besoins des personnes hébergées et le financement alloué aux CHSLD demeure bien présent. Les sommes investies par le gouvernement actuel peinent à le combler. Au quotidien, de nombreux témoignages valident cette incapacité de répondre aux différents besoins des personnes hébergées, malgré toute la bonne volonté des professionnelles en soins appelées à donner les soins au sein des établissements. Un sérieux coup de barre doit être donné afin d'améliorer l'offre de soins et de services, et qu'elle soit réellement empreinte de respect et de dignité. Or, pour atteindre cet objectif, il faut rehausser le financement de ces établissements et en finir avec les principes de gestion comptable qui y ont cours et font en sorte que c'est l'enveloppe budgétaire qui détermine les soins offerts et non les besoins des personnes. La pandémie a mis cruellement à jour les conséquences de ce sous-financement et de ce type de gestion.

CONCLUSION

L'hécatombe du printemps dernier ne doit jamais se reproduire. D'entrée de jeu, les Fédérations sont d'avis que « l'autopsie » de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD du Québec est un exercice essentiel auquel elles se prêteront au mieux de leur connaissance en partageant largement leurs constats. Cette situation n'est cependant pas complètement derrière nous et la poussière n'est pas entièrement retombée.

Au-delà des tristes constats, certaines solutions mises de l'avant en cours de pandémie méritent de perdurer dans le temps. Le décloisonnement professionnel et la capacité pour les professionnelles en soins d'occuper pleinement leurs champs de pratique sont des revendications de longue date des Fédérations et il aura fallu le contexte de la pandémie pour qu'elles soient déployées.

Les failles constatées dans les CHSLD et qui ont laissé le champ libre à la COVID-19 tirent leurs sources de l'accumulation de mauvaises décisions politiques, budgétaires et de gestion prises au cours des 20 dernières années, ce qui fait consensus parmi les parties prenantes. L'indifférence dans laquelle ce drame s'est tissé au cours des années est en soi un facteur significatif de la tragédie.

La gestion de cette crise est cependant le fait du gouvernement en place. La profonde analyse et la vaste réflexion auxquelles nous convie cet exercice collectif ne doivent pas empêcher le gouvernement d'ajuster le tir rapidement pour que le lien de confiance nécessaire pour traverser une crise ne s'effrite pas davantage. Le projet de maisons des aînés auquel le gouvernement s'accroche semble dérisoire en regard de la gravité de la crise, surtout s'il s'entête à n'y considérer que l'humanisation du milieu de vie, en faisant fi de l'humanisation des soins. Le gouvernement devra prendre la mesure de l'ampleur des constats postcrise et tenir compte des solutions qui ont émergé et de celles qui lui sont proposées s'il veut renverser la fragilisation du système de santé public.