Centrale des syndicats du Québec

Centralisons nos forces

Enquête sur la performance des soins aux ainés/COVID-19
Un drame social évitable qui confirme l'importance du rôle de l'État

Avis présenté au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre du mandat sur la performance du système de santé et de services sociaux effectué en période d'état d'urgence sanitaire (COVID-19)

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et la
Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ)

Décembre 2020

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente plus de 200 000 membres, dont environ 125 000 font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 11 fédérations qui regroupent quelque 240 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres; s'ajoute également l'AREQ (CSQ), l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien), de même que dans les domaines des services éducatifs à la petite enfance, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire, des communications et du municipal.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 75 % de femmes et 30 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Nous le savons, la crise sanitaire mondiale actuelle a ébranlé plusieurs de nos croyances et l'ensemble de nos systèmes sociaux, politiques et économiques.

En quelques semaines à peine, la totalité des dirigeants mondiaux ont dû prendre des mesures sanitaires et économiques sans précédent pour contenir la menace et pour tenter de préserver la santé et la sécurité de leur population respective.

Or malgré les efforts titanesques des derniers mois, la pandémie de la COVID-19 ne cesse de faire des victimes, et ce sont les personnes les plus vulnérables de nos sociétés qui en paient le prix, trop souvent de leur vie. Au Québec, plus de 97 % des 7 466 décès causés par cette pandémie se sont produits chez des personnes âgées de plus de 60 ans (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2020), près des deux tiers de ces décès ayant été enregistrés en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et en centre hospitalier (4 644) (INSPQ, 2020)[1].

Devant ce très sombre bilan, il n'est pas surprenant que le gouvernement du Québec ait confié au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) le mandat d'évaluer la performance du système de santé et de services sociaux quant à la dispensation des soins et des services d'hébergement aux personnes ainées dans le contexte de la pandémie de la COVID-19.

Mais outre le portrait de la situation des ressources et de l'utilisation des services, et au-delà des mécanismes de gouvernance, la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et son affiliée en santé, la Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ), souhaitent soumettre une analyse critique et constructive qui contribuera, nous l'espérons, à corriger d'importantes lacunes systémiques du réseau de la santé et des services sociaux qui existaient bien avant la pandémie et dont la gravité est mise en lumière par la crise sanitaire que nous vivons.

En fait, la COVID-19 a fait céder les maillons affaiblis par le sous-investissement de notre système public de santé au cours des dernières années, particulièrement les CHSLD, qui ont été politiquement très négligés depuis plusieurs décennies.

Et la multiplication des enquêtes passées et actuelles[2] de même que les demandes répétées pour la tenue d'une vaste enquête publique indépendante pour mieux comprendre les causes profondes du drame survenu dans les CHSLD révèlent l'ampleur du défi que nous devons relever comme société.

---

1 Données du 13 décembre 2020.

2 Trois enquêtes indépendantes pour faire la lumière sur les évènements tragiques survenus dans deux milieux privés, le CHSLD Herron et l'Auberge aux Trois Pignons, et au CHSLD public Sainte-Dorothée; une enquête systémique de la protectrice du citoyen du Québec; une enquête publique de la coroner en chef du Québec; la présente enquête du CSBE.

1. Des problèmes pourtant connus

De nombreux experts avaient identifié depuis longtemps plusieurs problématiques pouvant expliquer l'hécatombe survenue en CHSLD, que ce soit le sous-financement chronique des services et des soins, la gestion hypercentralisée, la désintégration des structures de travail et de collaboration complexes ou encore les coupes budgétaires dans la santé publique.

Si leurs diverses analyses n'ont pas convaincu les gouvernements successifs de l'importance de consolider et de bonifier l'offre de services publics en général, et l'offre de soins et de services d'hébergement aux ainés en particulier, la pandémie leur rappelle aujourd'hui le rôle crucial de l'État.

Et si la COVID-19 nous a placés devant l'urgence d'agir pour mieux protéger les personnes ainées, les nombreuses menaces pour la santé associées aux changements climatiques nous imposent la mise en place de solutions globales et durables.

La leçon de la crise planétaire

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que les changements climatiques et les effets qui y sont associés représentent la plus grande menace du 21e siècle pour la santé des populations[3].

À part leurs couts économiques, sociaux et politiques considérables, les crises climatiques et sanitaires menacent de plus en plus la survie de notre humanité. La pandémie de la COVID-19 en est un exemple éloquent.

Aujourd'hui, tant l'OMS que le Fonds monétaire international (FMI) (Gaspar, Lam et Raissi, 2020) exhortent les gouvernements du monde à renforcer les soins de santé et les dispositifs de protection sociale.

Des systèmes de santé publics essentiels

Selon l'OMS, pour endiguer une épidémie, et pour prévenir toute nouvelle propagation, de nombreuses mesures doivent être menées simultanément, en ce qui a trait tant aux infrastructures et à la logistique qu'aux communications et à la surveillance sanitaire.

Nous l'avons constaté, lors d'une crise de l'ampleur de la COVID-19, chaque action compte : assurer la présence de personnel compétent et en nombre suffisant, rendre accessibles les tests de dépistage, établir les bonnes trajectoires de soins, garantir

---

[3] Notamment le réchauffement climatique et la destruction massive des habitats naturels qui favorisent la propagation d'agents pathogènes comme les virus.

l'accès au matériel médical et aux médicaments essentiels, surveiller la progression de l'épidémie et l'efficacité des mesures de santé publique.

De telles situations commandent une intervention rapide des autorités publiques, une réponse que seul un système public de santé et de services sociaux bien rodé et bien financé peut orchestrer.

Aussi, plus que jamais, il s'avère essentiel d'avoir un système de santé et un volet santé publique très forts pour assurer une gestion adéquate des risques pour la santé, mais également pour prévenir, dans la mesure du possible, toute nouvelle situation catastrophique.

L'évolution du système climatique entraine déjà de nombreuses répercussions sur la santé (Fortin, 2001) et de multiples interventions sont requises. À cet effet, nous invitons la commissaire à prendre connaissance des travaux du collectif de la Déclaration d'urgence climatique (DUC), qui mène plusieurs chantiers de mobilisation citoyenne (C-DUC de la résilience), dont le chantier numéro 11 sur le système public de santé et services sociaux (Les Chantiers de la DUC, s. d.).

Aussi, pour la CSQ et la FSQ-CSQ, la nécessité d'augmenter de façon substantielle le financement de notre système public de santé et de services sociaux pour agir beaucoup plus efficacement en contexte de crise sanitaire mondiale, en matière tant de prévention que d'intervention, mais également lors de catastrophes climatiques, ne fait bien sûr aucun doute.

Prioriser la prévention et la santé publique

De façon plus spécifique, la crise de la COVID-19 a tristement mis en lumière certaines défaillances en matière de santé publique au Québec. L'exemple des CHSLD nous l'a démontré trop clairement par :

- Le manque d'équipements de protection individuelle;
- La pénurie de tests de dépistage et de certains médicaments essentiels;
- Les mesures d'hygiène parfois inadéquates;
- La mobilité de la main-d'œuvre, qui a agi comme vecteur de la propagation du virus;
- L'absence de plans d'intervention d'urgence adéquats, notamment dans les CHSLD;

- Les structures décisionnelles trop éloignées des milieux de pratique, qui ont induit des délais d'intervention trop longs et, dans certains cas, une incompréhension des besoins et des directives, etc.

La nécessité « d'aplanir les courbes » et de ne pas surcharger notre système de santé afin qu'il puisse prendre en charge tous les cas sérieux demeure une préoccupation constante pour nos autorités de santé publique. En effet, malgré les efforts individuels et collectifs considérables pour contenir la propagation et pour limiter le nombre de personnes infectées et de décès au Québec, force est d'admettre que la bataille est loin d'être gagnée. La deuxième vague frappe de plein fouet; de nouveaux foyers d'éclosion apparaissent quotidiennement dans les CHSLD du Québec.

Aussi, devant l'ampleur des conséquences de la crise actuelle, tant économiques que sociales, et compte tenu de celles à venir, il est essentiel de rehausser sans tarder les investissements récurrents en matière de santé publique.

Alors que d'autres provinces canadiennes, notamment l'Ontario et la Colombie-Britannique, ont augmenté de façon notable leurs dépenses de santé publique au cours des dernières années, celles du Québec ont connu d'importants reculs depuis 2014 (Hébert, 2020). En 2019, le Québec dépensait 3 fois moins par habitant (150 dollars) pour la santé publique que la moyenne canadienne (384 dollars), un déficit d'investissement qui représente 2 milliards de dollars (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2019a).

Rappelons que des coupes budgétaires équivalant au tiers du budget de la santé publique ont été imposées dans le cadre de la réforme Barrette de 2015. Et précisons que, selon le budget des dépenses (Québec, 2020b : 165) présenté par le gouvernement du Québec au mois de mars dernier, à peine 1 % du budget de la santé devait être consacré à la mission santé publique en 2020-2021, soit 467 893 200 dollars sur les 46,5 milliards annoncés en santé et services sociaux.

C'est bien peu compte tenu de l'importance de cette mission essentielle impliquant des responsabilités gouvernementales plutôt vastes :

- Assurer la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants;

- Prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population;

- Promouvoir des mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population (offrir des services appropriés);

- Protéger la santé de la population – exercer une vigie sanitaire et intervenir lorsque la santé de la population est menacée[4] (Québec : 2020e).

Aussi, à la lumière des nombreux défis que nous devons relever aujourd'hui pour protéger plus adéquatement notre santé, voire pour assurer la survie de l'humanité, un rehaussement significatif des investissements publics en matière de prévention et de santé publique s'avère plus qu'essentiel.

À cet effet, l'annonce, au mois d'aout dernier, d'un investissement de 106 millions de dollars additionnels octroyé à la santé publique afin d'améliorer notre « capacité à retracer rapidement les cas de COVID-19, à prévenir et à gérer les éclosions dans les différents milieux et à coordonner l'administration d'un éventuel vaccin » (Québec, 2020a) était essentielle. Mais au-delà de tels engagements ponctuels en contexte de crise, nous croyons qu'il faut consolider notre force d'intervention de façon durable en assurant un financement suffisant et récurrent dans le secteur de la santé publique.

Se donner les moyens

Le Québec doit éliminer son déficit d'investissement en santé et services sociaux.

Pour chaque citoyenne et citoyen, notre gouvernement met 333 dollars de moins que les autres provinces canadiennes. Ce déficit d'investissement représente un retard de 2,9 milliards de dollars dans le réseau de la santé et des services sociaux (ICIS, 2019b).

Or pour chaque dollar supplémentaire investi dans les services publics, le produit intérieur brut (PIB) augmente d'au moins 1,10 dollar. Cet effet multiplicateur est de 1,22 dollar pour la santé.

Le gouvernement peut et doit dégager la marge de manœuvre financière nécessaire pour améliorer dès maintenant les soins et les services d'hébergement offerts aux personnes âgées, et diverses stratégies existent pour y arriver; parmi celles-ci :

- Assurer une meilleure gestion des postes budgétaires de plus en plus onéreux.

Dans un mémoire présenté au CSBE (Centrale des syndicats du Québec [CSQ], 2016) lors des consultations sur le panier de services assurés au Québec menées en 2016, la CSQ a illustré les milliards de dollars d'économies que le gouvernement pourrait réaliser :

---

[4] On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

- ✓ En rachetant les 2 contrats des centres hospitaliers universitaires (CHU) en PPP (économies potentielles de près de 4 milliards de dollars);

- ✓ En mettant en place un régime public universel d'assurance médicaments (économies annuelles potentielles de près de 3 milliards de dollars);

- ✓ En révisant le modèle de rémunération médicale et en éliminant les problématiques de surdiagnostic et de surtraitement à tous les niveaux du système de santé (économies annuelles estimées à environ 5 milliards de dollars par l'Association médicale du Québec [2013]).

- Réviser la *Loi sur l'équilibre budgétaire* (modifier la définition du concept d'équilibre budgétaire, allonger le délai de retour à l'équilibre budgétaire, revoir les critères de fixation des objectifs de niveau d'endettement). À cet effet, nous invitons la commissaire à consulter le site Web, Le Québec a les moyens[5];

- Faire de nouveaux choix politiques pour augmenter sa capacité d'investir – cesser de renoncer à divers revenus fiscaux et de taxation.

À la lumière de ces constats et de ces pistes d'action qui existent depuis plusieurs années, nul doute : le drame vécu dans les CHSLD est le résultat des choix politiques passés. Depuis trop longtemps, les soins et les services d'hébergement pour les personnes ainées arrivent en queue de peloton des priorités gouvernementales. Depuis trop longtemps, des dizaines de milliers de personnes déboursent des montants parfois faramineux sans recevoir les services essentiels requis. Cela doit cesser! Le gouvernement doit investir suffisamment, directement, et dès maintenant, pour l'amélioration de l'offre de soins et de services d'hébergement.

2. Situation dans les CHSLD : un retour en arrière essentiel

Pour la FSQ-CSQ, la création de milieux de soins plus humains dépend directement de la constitution et de la stabilité des équipes de soins dans les CHSLD. Avant de présenter nos constats et nos recommandations, un retour en arrière est essentiel afin de bien comprendre que les problématiques actuelles dépassent largement le contexte de la pandémie.

Les risques de préjudice important pour les personnes âgées vulnérables hébergées en CHSLD étaient connus depuis plus de deux décennies.

En 2000, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) avait relevé, dans un mémoire présenté à la Commission des droits de la personne et des droits de la

---

5 Lien : lequebecalesmoyens.lacsq.org/.

jeunesse, dans le cadre d'une consultation sur l'exploitation des personnes âgées, plusieurs réalités problématiques, dont certaines sont présentes encore aujourd'hui :

> Niveau de soins et d'assistance dans les CHSLD :
>
> On remarque sur ce plan que, dans ces établissements, les personnes âgées sont structurellement privées de soins nécessaires à leur santé et à leur bien-être. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, la situation actuelle ne permet pas de répondre à plus de 68 % des besoins de soins et d'assistance des personnes qui y vivent (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 1999 : 4). Ce chiffre représente la moyenne du temps réellement consacré à répondre aux besoins des résidents par rapport au temps qui serait véritablement requis pour répondre adéquatement.
>
> > Il devient impérieux de remettre en question la norme implicite d'un taux de réponse aux besoins situé à 70 % ou 75 % selon les régions pour les besoins de soins infirmiers et d'assistance. Norme qui, par ailleurs, n'est même pas à l'heure actuelle respectée […] (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 1999 : 5, cité dans Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2000).

Selon l'OIIQ, déjà à cette époque, cette situation d'exploitation n'était pas sans conséquence. L'ordre professionnel dénonçait alors, explicitement, de nombreuses pratiques jugées préjudiciables, mises en place ou tolérées, pour compenser le manque de personnel : l'utilisation trop répandue des contraintes chimiques et physiques, entrainant de nombreux accidents et lésions; l'usage de grilles d'évaluation des niveaux de besoins de soins et d'assistance ne tenant pas suffisamment compte des déficits cognitifs; l'absence d'infirmières sur les quarts de soir et de nuit; des ratios infirmière/patients inadéquats (1/200 la nuit) alors que la clientèle présentait des maladies et des déficits de plus en plus graves; et, sans surprise, l'incapacité des CHSLD de concilier milieu de vie et milieu de soins.

À la lumière des constats formulés il y a 20 ans, nous pouvons affirmer que la situation désastreuse vécue par les personnes hébergées en CHSLD, en contexte de pandémie, est proportionnelle à la déresponsabilisation de tous les gouvernements qui se sont succédé depuis.

Car, bien que le premier ministre Legault ait répété à de nombreuses reprises depuis le printemps dernier que le manque de planification expliquait en très bonne partie cette triste situation, signalons que des travaux parlementaires menés en 2016[6] et de multiples enquêtes de la protectrice du citoyen ont révélé clairement les trop

---

[6] En juin 2016, la Commission de la santé et des services sociaux a déposé un rapport sur les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD incluant 20 recommandations unanimes portant, notamment, sur la question des ratios et de la stabilité des équipes de soins. Voir la liste des recommandations à l'annexe I.

nombreuses lacunes organisationnelles qui perdurent depuis plusieurs années dans les CHSLD du Québec.

En somme, il y a bien longtemps que l'offre de services et de soins devrait être révisée afin de correspondre réellement au profil des besoins des usagères et usagers. En 2012-2013, 42 % des bénéficiaires des CHSLD étaient âgés de 85 ans et plus, 66 % comptaient 3 problèmes chroniques de santé et plus, 80 % présentaient une démence et 100 % avaient besoin d'aide à la mobilité.

Dans son avis déposé à la Commission de la santé et des services sociaux en février 2014, la FSQ-CSQ formulait les recommandations suivantes :

- Établir l'offre de services dans les CHSLD (pour chaque profil de besoins);
- Établir et respecter des ratios de professionnelles et professionnels par patientes et patients qui assurent la prestation d'un continuum de soins sécuritaires et de qualité;
- Assurer la stabilité des équipes de soins multidisciplinaires;
- Assurer des effectifs suffisants sur tous les quarts de travail;
- Assurer la présence du personnel infirmier et cardiorespiratoire 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- Limiter, voire abolir, le temps supplémentaire obligatoire;
- Permettre aux professionnelles et professionnels d'agir pleinement dans leur champ d'exercice professionnel : respecter le jugement clinique et l'autonomie professionnelle (CSQ et Fédération de la Santé du Québec [FSQ-CSQ], 2014 : 6).

Aujourd'hui nous savons que, selon le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) du répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux, « au moins 85 % des personnes nouvellement admises en CHSLD doivent avoir un profil Iso-SMAF de 10 à 14[7] » (Québec, 2020d). En d'autres mots, elles doivent avoir des atteintes motrices et cognitives graves.

Cette classification permet d'établir le profil d'accueil des milieux évalués, d'estimer le temps d'intervention requis et de calculer un indice de lourdeur de la clientèle. Aux

[7] Les profils Iso-SMAF ont été développés à des fins cliniques et de gestion. Ils correspondent à des groupes homogènes de personnes qui présentent des caractéristiques semblables et qui requièrent des services similaires à des couts similaires selon le milieu de vie considéré. La classification en 14 profils Iso-SMAF est basée sur les 29 items du SMAF qui sont regroupés dans les 5 premières dimensions (exclut la sixième dimension : sociale).

dires même du gouvernement, cet instrument de gestion puissant guide et permet aux établissements de bien cibler les clientèles qu'ils peuvent servir.

Comment expliquer alors qu'avec de tels outils d'évaluation des besoins, les besoins fondamentaux des gens ne soient pas comblés? Poser la question c'est y répondre…

3. Contrer la maltraitance organisationnelle

Quand de multiples pratiques préjudiciables sont dénoncées par de nombreuses organisations depuis plusieurs années, on peut affirmer, sans se tromper, qu'il y a maltraitance organisationnelle.

Dans le *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées* produit par le gouvernement du Québec, la maltraitance organisationnelle est définie comme :

> Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes (Gouvernement du Québec, 2016 : 16).

Parmi ces procédures, on fait notamment mention d'une offre de services inadaptée aux besoins des personnes, d'une capacité organisationnelle réduite (manque d'effectifs) et d'une formation inadéquate du personnel. L'attente indue pour recevoir un service, la détérioration de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.) et les plaintes sont des indices de cette maltraitance organisationnelle. On mentionne, entre autres, l'importance de :

> Demeurer [attentif] face aux lacunes des organisations qui peuvent brimer les droits des personnes qui reçoivent des soins ou des services ou entrainer des conditions qui nuisent au travail du personnel chargé de prodiguer ces soins ou ces services (Gouvernement du Québec, 2016 : 16).

À la lumière de ces précisions, nous pouvions présumer alors que les causes et les manifestations de la maltraitance organisationnelle seraient relativement bien comprises et corrigées. Or tel ne fut pas le cas.

Des signaux d'alarme ignorés

Tant la CSQ, la FSQ-CSQ que l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ-CSQ), qui représente près de 60 000 citoyennes et citoyens, ont multiplié les travaux de dénonciation à cet effet.

- Publication d'un dossier noir de la réforme Barrette en Gaspésie, réclamant une enquête de la part du Protecteur du citoyen (juin 2016). La première des 19 recommandations du rapport d'intervention adressé au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie se libelle ainsi :

  R-1 : **Se doter**, dans chacun des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, d'un mécanisme formel de sécurisation de l'offre de soins infirmiers aux résidents permettant au personnel infirmier d'obtenir rapidement et de façon ponctuelle du soutien en cas de surcharge (Protecteur du citoyen, 2016 : 22).

- Signalements de maltraitance organisationnelle auprès des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services de quatre régions du Québec (printemps 2018). Les différentes réponses obtenues alors des commissaires ont démontré la nécessité de préciser concrètement leurs nouvelles responsabilités en vertu de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (Québec, 2020f), adoptée en mai 2017.

- Demande d'enquête sur la maltraitance organisationnelle dans les établissements de santé du Québec[8], auprès de la protectrice du citoyen (février 2018). À cet effet, voir la partie 4 du présent document.

- Rencontre des ordres professionnels (OIIQ, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec [OIIAQ], Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec [OPIQ]) afin de présenter les préoccupations et les recommandations de la FSQ-CSQ en matière de maltraitance organisationnelle et de fardeau administratif croissant (automne 2018).

De nombreux leviers visant à assurer la prestation de soins sécuritaires ont bel et bien été activés. À défaut de correctifs significatifs, ce sont des CHSLD très affaiblis qui ont dû affronter la pandémie.

Une occasion manquée

Conscient de la situation difficile vécue par certains résidents des CHSLD, et reconnaissant la nécessité d'agir afin de mieux les protéger, le gouvernement avait pourtant fait adopter au mois de mai 2017 la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (Québec, 2020f).

Dans son mémoire *S'assurer que les grands principes se traduisent en interventions efficaces* présenté dans le cadre des consultations sur le projet de loi, la CSQ avait formulé diverses recommandations visant à prévenir les situations de maltraitance,

---

8 Voir la lettre à l'annexe II.

et non seulement à les détecter et à les corriger. Certaines sont reproduites ci-dessous.

Recommandation 3

Que la politique de lutte contre la maltraitance :

- Prévoie des mécanismes d'analyse des enjeux collectifs et des impacts des mesures correctives mises en place (rétroaction) afin de déterminer les facteurs contributifs et les solutions systémiques qui devraient être apportées;

- Précise les responsabilités et les obligations des diverses parties tenues d'appliquer et de faire respecter ladite politique;

- Définisse les mécanismes de suivi de l'application de la politique dans les différents milieux.

Recommandation 4

Que soit constitué un comité multipartite qui participera à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de lutte contre la maltraitance.

Recommandation 12

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Alloue les ressources financières supplémentaires suffisantes pour assurer l'implantation et le déploiement efficaces des mesures mises de l'avant dans le projet de loi;

- S'assure de la mise en place de modalités organisationnelles et de conditions d'exercice propices à la prévention et à la détection de toute forme de maltraitance (CSQ, 2017 : 6 et 11).

Notons qu'aucune de ces recommandations n'a été retenue. Comment le gouvernement pouvait-il escompter prévenir les situations déplorables de maltraitance organisationnelle que nous observons aujourd'hui dans les CHSLD, sans reconnaitre la nécessité de se doter d'une politique préventive forte, de favoriser une approche concertée et d'allouer les ressources financières suffisantes pour que ses intentions se traduisent réellement en interventions efficaces?

Faut-il se surprendre du fait qu'en septembre 2019, un recours collectif de 500 millions de dollars ait été autorisé contre le gouvernement du Québec et les

CISSS pour la négligence systémique et le mauvais traitement des résidents des CHSLD?

Nous considérons qu'une révision et une bonification de la loi et de la Politique-cadre de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité s'avèrent essentielles.

4. Des conditions d'exercice responsables de la pénurie de main-d'œuvre et de la détérioration des soins

À titre d'organisations syndicales, nous avons à cœur que nos membres aient des conditions de travail et d'exercice leur permettant d'assurer la prestation de services et de soins sécuritaires et de qualité.

Or depuis de trop nombreuses années, les conditions de travail et d'exercice déplorables dans les CHSLD du Québec ont indéniablement affecté la qualité des soins et des services fournis.

L'ampleur des compressions budgétaires imposées par le gouvernement du Québec durant plusieurs années a forcé l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux à adopter des mesures d'optimisation budgétaires et des stratégies de gestion des ressources humaines qui ont augmenté constamment la précarité et la surcharge de travail du personnel de la santé, tout comme le stress et l'épuisement professionnel. Cette situation a directement limité la capacité du personnel à assurer une prestation adéquate et sécuritaire des soins.

Rappelons qu'avant la pandémie, dans plusieurs CHSLD en pénurie d'effectifs, si un bénéficiaire avait un malaise cardiaque ou chutait en marchant, des retards s'accumulaient presque immanquablement dans les plans de traitement des autres bénéficiaires, ce qui pouvait entrainer diverses complications. Les témoignages en ce sens ne manquent pas (Goulet, 2016 : 22-23).

En fait, depuis trop longtemps, le manque d'effectifs, l'instabilité des équipes de soins et l'épuisement généralisé du personnel affectent indéniablement la qualité et la sécurité des soins, comme en témoignent la hausse inquiétante des incidents et des accidents dans le réseau ainsi que l'augmentation des plaintes et des signalements. Précisons que, pour l'année 2018-2019, 45 % des évènements déclarés se sont produits dans les CHSLD, soit près de 225 000 incidents ou accidents (Québec, 2019 : 2).

Parmi les stratégies de gestion des ressources humaines mettant en péril la prestation sécuritaire des soins que nous avons portées à l'attention de la protectrice du citoyen lors de notre demande d'enquête sur la maltraitance organisationnelle, mentionnons :

- L’abolition de postes et le non-remplacement des postes vacants (retraites, congés de maternité, assurance maladie);

- Le recours croissant aux équipes volantes afin de forcer la flexibilité et la mobilité de la main-d’œuvre, qui met en péril la stabilité des équipes soignantes et qui, malheureusement, a contribué à la propagation de la COVID-19;

- La fusion de nombreux centres d’activités (par exemple des unités de médecine, de chirurgie, d’obstétrique, de gériatrie, de soins palliatifs et de pédiatrie en milieu hospitalier), qui impose la maitrise de multiples expertises;

- L’implantation de normes de rendement, qui impose un fardeau administratif de plus en plus contreproductif et qui transforme le secteur public en une chaine de montage continue déshumanisante;

- Des ratios de personnel en soins-patients parfois très inquiétants;

- Le temps supplémentaire obligatoire récurrent, qui contribue directement à l’épuisement généralisé du personnel;

- Le recours sans cesse croissant à la main-d’œuvre indépendante. Cette pratique très couteuse a fortement contribué à la propagation du virus. Elle nourrit le sentiment d’iniquité, la démobilisation du personnel et l’exode des ressources publiques vers le privé. Cela déstabilise et fragilise encore davantage les équipes de soins.

Sans contredit, il faut rapidement mettre fin à ces stratégies de gestion néfastes qui contribuent à amplifier les problèmes d’attraction et de rétention du personnel, qui, eux-mêmes, occasionnent de nouvelles problématiques organisationnelles compromettant la qualité des soins.

Le gouvernement doit tout mettre en œuvre pour consolider et pour stabiliser les postes et les équipes de soins, prioritairement dans les CHSLD du Québec.

Il doit également veiller à la sécurité et à la santé du personnel soignant des CHSLD, qui a été lourdement affecté, physiquement et psychologiquement, par la souffrance, l’impuissance et les nombreux décès dont il a été témoin durant plusieurs semaines, sans compter la surcharge de travail qui ne cesse de croitre.

En vertu de la *Loi sur la santé publique* (Québec, 2020e), le gouvernement a la responsabilité d’assurer la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l’amélioration de l’état de santé et de bien-

être de la population en général. Cette loi donne aux diverses autorités publiques[9] les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée[10].

Rappelons que cette loi lie le gouvernement, ses ministères et les organismes mandataires de l'État.

C'est pourquoi, le 2 décembre dernier, nous avons adressé au premier ministre et au ministre de la Santé et des Services sociaux une demande d'engagements concrets[11] visant à assurer DÈS MAINTENANT la santé et la sécurité de toutes les personnes sous leur responsabilité.

5. Décentraliser le pouvoir décisionnel

Au cours des dernières semaines, il a souvent été question de l'imputabilité des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. Mais comment peut-on prétendre à l'imputabilité de ces personnes « dites » responsables, sans parler des moyens et des pouvoirs qui leur seraient nécessaires pour agir plus adéquatement et plus rapidement durant la présente crise sanitaire?

Lors de la mise en place des mégastructures régionales en 2015, les CISSS et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), la CSQ et ses affiliés avaient fortement décrié les nombreuses dérives que pouvait engendrer le modèle hypercentralisé. Parmi les inquiétudes alors soulevées, mentionnons :

- Le regroupement, sous un même chapeau administratif, de plusieurs dizaines d'établissements ayant des missions essentielles et des mandats très différents;

- La nomination d'un seul président-directeur général pour gérer une région sociosanitaire regroupant des milliers de partenaires de la santé et des services sociaux, assurer les services de proximité et protéger l'ensemble des missions spécifiques, et cela, sans être entouré de gens qui détiennent une connaissance des communautés et une expertise des différents milieux d'intervention;

- Les risques de recul de la santé publique sur le plan des activités de surveillance, fonction essentielle en matière de responsabilité populationnelle. Même si le plan d'action régional doit comprendre des mesures qui tiennent compte des

---

9 Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux* (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou de *la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (chapitre S-5).

10 On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

11 Voir la demande d'engagements à l'annexe III.

> spécificités locales de la population d'une région, l'urgence et la gravité de certaines situations nécessitent que l'on maintienne des structures locales de surveillance et d'intervention (CSQ, FSQ-CSQ et Fédération des syndicats de la santé et des services sociaux, 2014).

Nos craintes se sont malheureusement avérées. La centralisation excessive – le nombre d'établissements publics est passé de 182 à 34 – combinée à l'élimination de 1 500 postes de gestionnaires a créé des monstres bureaucratiques très difficiles à gouverner[12], comptant de 10 000 à 20 000 employées et employés. Pas surprenant que nous ayons manqué d'agilité et de rapidité dans la gestion de la crise sanitaire. Cette lourdeur bureaucratique et les compressions en santé publique ont clairement miné notre capacité d'analyse et d'action, et ce, bien avant la pandémie.

Le gouvernement Legault a partiellement reconnu le problème en exigeant qu'un gestionnaire responsable soit nommé dans chacun des CHSLD du Québec (Québec, 2020c : 62). Mais est-ce suffisant? Nous croyons que non.

Nous demandons au gouvernement d'exiger la nomination d'un gestionnaire responsable, dans chacune des installations de santé, disposant d'un niveau de pouvoir suffisant et reconnu pour lui permettre une prise de décision rapide et adaptée aux contraintes et à l'expertise du milieu (organisation clinique des soins, gestion des ressources humaines).

Il faut décentraliser la gestion des ressources humaines et redonner aux différents milieux de travail la capacité de constituer les équipes de soins et de gérer les horaires du personnel en fonction des besoins spécifiques et de la réalité particulière de chaque milieu, notamment des CHSLD.

À ce titre, nous invitons la commissaire à prendre connaissance de la Déclaration d'engagements[13] adressée au premier ministre Legault et au ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, le 2 décembre dernier.

---

12 À titre d'exemple, l'organigramme détaillé du CIUSSS de la Mauricie – Centre-du-Québec compte 35 pages et se trouve sur le site : ciusssmcq.ca/telechargement/353/organigramme.

13 Voir la Déclaration d'engagements à l'annexe III.

6. Le recours aux agences de placement – une situation insoutenable

C'est connu, de plus en plus de professionnelles de la santé quittent le réseau public pour offrir leurs services à des agences privées de placement. Bien sûr, certaines le font pour l'attrait d'un meilleur salaire, mais plusieurs en raison des conditions de travail déplorables. Dans certains cas, il s'agit carrément d'un réflexe de survie; ces travailleuses étant prêtes à sacrifier leur sécurité d'emploi et leurs avantages sociaux pour retrouver leur santé et un peu d'équilibre dans leur vie.

Contrairement au personnel du réseau public, celui des agences peut offrir des disponibilités restreintes, limitées à certains moments de l'année et à certains quarts de travail. Il se voit donc offrir les meilleures périodes de vacances et les meilleurs horaires de travail, ce qui n'est pas sans conséquence sur les autres membres des équipes de soins…

Fait très inquiétant, le recours aux agences de placement est en hausse constante dans la majorité des régions du Québec. Selon les données d'un nouvel outil de veille informationnelle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « le nombre d'heures confiées aux agences de placement, dont les infirmières, a presque doublé depuis le début de la pandémie et pourrait atteindre cette année à [*sic*] 13,6 millions d'heures, l'équivalent d'environ 7 500 postes temps complet » (Boily et Gentile, 2020).

Cette situation insoutenable nous coute de plus en plus cher collectivement et doit être corrigée au plus vite, comme nous l'indiquons ci-dessous.

- D'un point de vue économique : des agences facturent jusqu'à 100 dollars de l'heure – parfois même jusqu'à 150 dollars de l'heure – pour un prestataire de services infirmiers. Pour l'année en cours, le CISSS de la Côte-Nord, par exemple, prévoit débourser 35 millions de dollars en main-d'œuvre indépendante, un fardeau financier qui pourrait entrainer un déficit annuel de plus de 41 millions de dollars pour l'établissement.

- D'un point de vue organisationnel : nous l'avons dit, le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) déstabilise les équipes de soins, nourrit le sentiment d'iniquité, démobilise le personnel et favorise ainsi l'exode encore plus important des ressources publiques vers le privé. Elle contribue directement à amplifier les problématiques de pénurie de main-d'œuvre.

- Du point de vue de la crise sanitaire : la mobilité de la MOI – parce qu'elle n'est pas dédiée à une équipe de soins – a contribué activement à la propagation du virus. Cette grande mobilité a créé un contexte peu propice à l'application adéquate de mesures de prévention et de contrôle des infections.

- Du point de vue de la gouvernance : à cet égard, de nombreuses difficultés ont été identifiées, soit la poursuite de la surfacturation par certaines agences malgré un arrêté ministériel, publié en mai dernier, plafonnant à moins de 75 dollars le tarif horaire d'un prestataire de services pour du personnel infirmier, la difficulté de s'assurer de l'adéquation des connaissances des intervenants en matière de prévention et de contrôle des infections (type d'équipement de protection requis, méthodes d'utilisation) et l'incapacité de vérifier le respect des règles de précaution en matière d'évaluation du niveau de risque d'exposition du personnel à la COVID-19, de surveillance des symptômes et d'exclusion (ou de retour) au travail.

Avec de tels constats, il n'est pas surprenant que le ministre Christian Dubé, qui a reconnu que la culture de gestion basée sur la mobilité de main-d'œuvre n'est plus acceptable, dit vouloir miser sur une opération d'embauche d'infirmières à temps plein en 2021, alors que 45 % des infirmières du réseau public occupent actuellement un poste à temps partiel.

Dans le même esprit, nous lui avons demandé d'interdire aux établissements de santé d'accorder tout traitement privilégié (avantages/bénéfices) au personnel du secteur privé.

Un drame social évitable!

Que l'on se le dise honnêtement, le drame vécu dans les CHSLD était un drame évitable.

Si l'ampleur de la pandémie nous a toutes et tous pris par surprise, notre incapacité à protéger plus adéquatement les personnes les plus vulnérables de notre société relève des choix politiques des différents gouvernements qui se sont succédé.

Or l'heure n'est pas à trouver les coupables, mais bien à corriger le plus rapidement possible les lacunes systémiques et organisationnelles qui ont affaibli considérablement la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à assurer ses missions essentielles, à protéger la vie et la santé de nos personnes ainées.

Gérer dans l'urgence, et à la pièce, une crise sanitaire d'une telle envergure n'est plus une option.

Si la pandémie mondiale de la COVID-19 a mis en lumière l'importance de nos services publics et de la prévention en matière de santé publique, elle nous enseigne également la nécessité d'avoir une autorité publique forte qui saura prendre les bonnes décisions pour assurer notre sécurité.

Car, malheureusement, des crises climatiques et sanitaires, il y en aura bien d'autres… et nous ne pourrons plus affirmer que nous ne savions pas…

Nos recommandations

1. Augmenter significativement le financement de notre système public de santé et de services sociaux pour agir beaucoup plus efficacement en contexte de crise sanitaire mondiale, en termes tant de prévention que d'intervention, mais également lors de catastrophes climatiques.

2. Rehausser sans tarder, et rendre récurrents, les investissements en matière de santé publique.

3. Réviser et bonifier la loi et la Politique-cadre de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité afin :

   - De se doter d'une politique préventive forte en matière de maltraitance organisationnelle;
   - De favoriser une approche concertée de tous les acteurs clés;
   - De s'assurer d'allouer les ressources financières suffisantes pour que les grands principes se traduisent en interventions efficaces.

4. Mettre fin aux stratégies de gestion des ressources humaines néfastes qui contribuent à amplifier les problèmes d'attraction et de rétention du personnel, qui, eux-mêmes, occasionnent de nouvelles problématiques organisationnelles compromettant la qualité des soins.

5. Mettre tout en œuvre pour consolider et pour stabiliser les postes et les équipes de soins, prioritairement dans les CHSLD du Québec.

6. Nommer une ou un gestionnaire responsable, dans chacune des installations de santé, disposant d'un niveau de pouvoir suffisant et reconnu pour lui permettre une prise de décision rapide et adaptée aux contraintes et à l'expertise du milieu (organisation clinique des soins, gestion des ressources humaines).

7. Décentraliser la gestion des ressources humaines et redonner aux différents milieux de travail la capacité de constituer les équipes de soins et de gérer les horaires du personnel en fonction des besoins spécifiques et de la réalité particulière de chaque milieu, notamment des CHSLD.

8. Cesser de recourir à la main-d'œuvre indépendante.

Annexe I

Liste des recommandations provenant du rapport de la Commission de la santé et des services sociaux sur les conditions de vie des adultes hébergés en centres d'hébergement et de soins de longue durée.

1. 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 individuels.

2. QUE la direction de chaque établissement, de concert avec le personnel soignant, révisent les bases sur lesquelles elle s'appuie pour fixer ses ratios. Ces derniers doivent être établis en fonction des spécificités de la clientèle et de l'environnement de l'établissement.

3. QUE ministère de la Santé et des Services sociaux examine la possibilité d'établir des ratios minimums à respecter dans tous les centres d'hébergement.

4. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux assouplisse ses critères pour permettre le déploiement d'initiatives de soins mieux adaptés aux besoins des personnes hébergées et favoriser un meilleur équilibre entre milieu de vie et milieu de soins.

5. QUE les établissements évaluent rigoureusement et régulièrement les besoins de soins d'hygiène des personnes hébergées et qu'ils offrent des soins qui y sont adaptés.

6. QUE les établissements servent des repas selon une diversité de mets, une présentation et une chaleur qui correspondent aux besoins et aux préférences des personnes hébergées.

7. QUE les établissements procèdent à un examen urgent et minutieux de l'équipement supplémentaire requis pour répondre aux besoins des résidents en matière d'hygiène corporelle et d'alimentation et qu'ils apportent de manière pressante des modifications lorsque nécessaires.

8. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que les CHSLD disposent des équipements nécessaires aux soins d'hygiène corporelle et d'alimentation pour satisfaire leur clientèle.

9. QUE les établissements du réseau adoptent des mesures visant l'élimination de toute mesure de contention physique et chimique.

10. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux se penche sur les préoccupations à propos de la surmédication des personnes hébergées et qu'il soutienne davantage l'approche non pharmacologique.

11. QUE les établissements développent des mesures de valorisation des professions et des métiers exercés dans les CHSLD, en particulier celui des préposés aux bénéficiaires.

12. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux orchestre des campagnes d'information mettant l'accent sur les habiletés requises pour travailler en CHSLD dans le contexte actuel.

13. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux mette sur pied des programmes de formation obligatoire, revus et adaptés aux nouvelles réalités à toute personne qui œuvre ou qui désire œuvrer dans ce secteur.

14. QUE les établissements veillent à ce que la formation continue, en particulier en ce qui a trait aux soins palliatifs et aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, soit donnée sur une base régulière à l'ensemble du personnel, incluant les préposés aux bénéficiaires.

15. QUE les établissements se préoccupent davantage de la stabilité des équipes soignantes déployées auprès de chaque résident.

16. QUE les établissements définissent mieux et précisent le rôle de chaque intervenant composant les équipes soignantes afin de favoriser l'interdisciplinarité.

17. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise le développement d'outils permettant le partage des bonnes pratiques en portant une attention particulière à la diffusion de ces outils à l'ensemble du réseau.

18. QUE la proximité géographique entre le milieu naturel du résident et son nouveau milieu de vie soit un critère central dans le choix de celui-ci et qu'on évite de séparer les membres d'un couple lorsque tous deux ont besoin d'être hébergés en CHSLD.

19. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux porte une attention particulière à l'harmonisation des mécanismes de reddition de comptes afin d'alléger le travail administratif au sein des CHSLD.

20. QUE le ministère de la Santé et des Services sociaux réévalue et bonifie les critères appliqués lors de ses visites d'évaluation sur la base des conclusions contenues dans ce rapport.

Annexe II

Lettre envoyée à la protectrice du citoyen

Centrale des syndicats du Québec

Fédération de la Santé du Québec

AREQ CSQ

Montréal, le 15 février 2018

Madame Marie Rinfret
Protectrice du citoyen
1080, côte du Beaver Hall
10e étage, bureau 1000
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Par courriel protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca

Objet : Demande d'enquête sur la maltraitance organisationnelle dans les établissements de santé du Québec

Madame,

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ), la Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ) et l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ-CSQ) vous adressent par la présente une demande officielle d'enquête sur la maltraitance organisationnelle dans les établissements de santé du Québec.

Soucieuses d'assurer l'accessibilité et la qualité des soins de santé à la population du Québec, nos organisations sont très préoccupées et inquiètes de la situation qui prévaut dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

L'ampleur des compressions budgétaires imposées depuis plusieurs mois par le gouvernement du Québec a forcé l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux à adopter des mesures d'optimisation budgétaires et des stratégies de gestion qui augmentent sans cesse la précarité et la surcharge de travail du personnel de la santé, tout comme le stress et l'épuisement professionnel. Cette situation limite la capacité du personnel à assurer une prestation adéquate et sécuritaire des soins.

Devant la détérioration constante des conditions de travail, ses effets sur la santé du personnel et les conséquences sur les services offerts à la population dans le réseau de la santé et des services sociaux, il y a, selon nous, urgence d'agir en raison des nombreux indices de maltraitance organisationnelle, notamment auprès des personnes aînées en situation de vulnérabilité.

Dans le *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées*[1] produit par le gouvernement du Québec, la maltraitance organisationnelle est définie comme :

---

[1] GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées – Partenaires multisectoriels*, 2e éd., [En ligne], Sherbrooke, Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 655 p. [www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/13-830-10F.pdf].

> Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations (privées, publiques ou communautaires) responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes.

Parmi ces procédures, on fait notamment mention d'une offre de services inadaptée aux besoins des personnes, d'une capacité organisationnelle réduite (manque d'effectifs) et d'une formation inadéquate du personnel. L'attente indue pour recevoir un service, la détérioration de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.) et les plaintes sont des indices de cette maltraitance organisationnelle. Le guide fait également mention de l'importance de :

> Demeurer attentif face aux lacunes des organisations qui peuvent brimer les droits des personnes qui reçoivent des soins ou des services ou entrainer des conditions qui nuisent au travail du personnel chargé de prodiguer ces soins ou ces services.

De plus en plus de situations préjudiciables causant du tort ou de la détresse s'observent dans le réseau de la santé. Rappelons que dans plusieurs CHSLD en pénurie d'effectifs, si un patient a un malaise cardiaque ou chute en marchant, des retards s'accumulent presque immanquablement dans les plans de traitement, ce qui peut entrainer des complications pour les autres patients.

Le manque d'effectifs, l'instabilité des équipes de soins et l'épuisement généralisé du personnel affectent indéniablement la qualité et la sécurité des soins, comme en témoignent la hausse inquiétante des incidents et des accidents dans le réseau et l'augmentation des plaintes et des signalements.

En fait, plusieurs stratégies de gestion des ressources humaines mettent en péril la prestation sécuritaire des soins. Parmi les politiques et les procédures des établissements que nous voulons porter à votre attention et soumettre à votre analyse, mentionnons :

- l'abolition de postes et le non-remplacement des postes vacants (retraites, congés de maternité, assurance maladie);
- le recours croissant aux équipes volantes afin de forcer la flexibilité et la mobilité de la main-d'œuvre qui met en péril la stabilité des équipes soignantes;
- la fusion de nombreux centres d'activités (par exemple des unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de gériatrie, de soins palliatifs et de pédiatrie en milieu hospitalier) qui impose la maitrise de multiples expertises;
- des ratios de personnel en soins-patients parfois très inquiétants;
- le temps supplémentaire obligatoire récurrent;
- le recours à la main-d'œuvre indépendante.

Ces stratégies de gestion néfastes amplifient les problèmes d'attraction et de rétention du personnel, qui, eux-mêmes, occasionnent de nouveaux problèmes organisationnels. Il est urgent de briser ce cercle vicieux en consolidant et en stabilisant les équipes de travail, notamment. Il en va de la capacité du réseau d'assurer la prestation sécuritaire des soins.

Puisqu'à titre de protectrice du citoyen vous pouvez mener, de votre propre initiative, des actions préventives, nous croyons qu'une telle enquête mettrait en lumière les situations problématiques et permettrait d'identifier les politiques de gestion et les procédures préjudiciables qui doivent être corrigées afin de prévenir et lutter efficacement contre la maltraitance organisationnelle.

Les établissements, qui doivent élaborer une politique de lutte contre la maltraitance d'ici novembre 2018 en vertu de la récente Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, ainsi que l'ensemble de la population du Québec, profiteraient grandement des résultats de vos travaux; travaux auxquels il nous ferait plaisir de collaborer.

En cohérence avec l'Entente-cadre nationale pour lutter contre la maltraitance envers les personnes ainées que vient de signer le gouvernement du Québec, nous estimons que la maltraitance organisationnelle doit être officiellement reconnue, dénoncée et prévenue.

Vous remerciant de l'attention que vous porterez à la présente, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Louise Chabot
Présidente
Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Claire Montour
Présidente
Fédération de la Santé du Québec (FSQ-CSQ)

Lise Lapointe
Présidente
Association des retraitées et des retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec (AREQ-CSQ)

Annexe III

Déclaration d’engagements du gouvernement du Québec envers le personnel de la santé et la population

DÉCLARATION D'ENGAGEMENTS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ENVERS LE PERSONNEL DE LA SANTÉ ET LA POPULATION

Nous sommes toutes et tous ébranlés par la pandémie de la COVID-19.

La première vague a créé une situation de crise sans précédent dans le réseau de la santé et des services sociaux; elle a fortement affecté le personnel de la santé, qui était déjà épuisé et surchargé.

Nous savons que pour traverser la deuxième vague, et toutes celles qui suivront, nous devons prendre soin des gens qui prennent soin de nous. C'est une question de sécurité et de survie, pour toutes et pour tous!

En vertu de la Loi sur la santé publique, le gouvernement a la responsabilité d'assurer la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général.

Cette loi donne aux diverses autorités publiques[1], les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée[2].

Rappelons que cette loi lie le gouvernement, ses ministères et les organismes mandataires de l'État.

À titre de chef d'État du Québec et à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux, et en vertu de cette ordonnance, nous prenons les engagements suivants afin d'assurer dès MAINTENANT la santé et la sécurité de toutes les personnes sous notre responsabilité. Pour ce faire :

- Nous nous engageons à assurer un approvisionnement sécuritaire et suffisant en équipements de protection individuelle dans chacune des installations de l'ensemble des établissements de santé du Québec.
- Nous nous engageons à donner les ressources financières suffisantes aux établissements de santé afin qu'ils puissent réduire significativement, d'ici trois mois, la mobilité de la main-d'œuvre. Cela en créant des postes à temps complet affectés à un seul centre d'activité et à un seul quart de travail, et en stabilisant les équipes de soins.
- Nous nous engageons à interdire aux établissements d'accorder un quelconque traitement privilégié (avantages/bénéfices) au personnel du secteur privé, et ce, pour ne pas nourrir le sentiment d'iniquité, la démobilisation du personnel et l'exode des ressources publiques vers le privé.
- Nous nous engageons à accorder des ressources financières additionnelles aux établissements de santé pour qu'ils puissent tout mettre en œuvre afin d'éliminer le temps supplémentaire obligatoire.
- Nous nous engageons à exiger la nomination d'un gestionnaire responsable, dans chacune des installations, disposant d'un niveau de pouvoir suffisant et reconnu pour lui permettre une prise de décision rapide et adaptée aux contraintes et à l'expertise du milieu (organisation clinique des soins, gestion des ressources humaines).

---

[1] Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

[2] On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

- Nous nous engageons à exiger des directions d'établissements qu'elles préparent, conjointement avec les syndicats, les modalités de composition des équipes qui feront l'objet d'un délestage et d'un redéploiement (identification des ressources, conditions de déploiement, modalités de retour). La participation du personnel à ces équipes devra se faire sur une base volontaire.

- Nous nous engageons à exiger et soutenir la création, dans chacune des installations, d'une unité d'urgence temporaire paritaire responsable de gérer les situations de crise organisationnelle et personnelle (épuisement, problématiques de conciliation famille-travail, problématique de rétention, etc.) occasionnées par la pandémie.

- Nous nous engageons, dans le cadre des travaux de modernisation de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, à reconnaître prioritaire le secteur de la santé et des services sociaux.

En conséquence :

- Nous reconnaissons que la nécessité de consolider et de stabiliser les postes et les équipes de soins afin d'assurer la prestation sécuritaire des soins doit avoir préséance sur les lois sur le respect de l'équilibre budgétaire et sur le contrôle des effectifs.

- Nous reconnaissons la nécessité d'accorder aux établissements de santé les ressources financières additionnelles suffisantes et le pouvoir décisionnel requis afin qu'ils puissent répondre adéquatement aux besoins et assurer la sécurité de la population qu'ils desservent.

En foi de quoi,

_____

Monsieur François Legault
Premier ministre du Québec

_____

Date

_____

Monsieur Christian Dubé
Ministre de la Santé et des Services sociaux

_____

Date

Bibliographie

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (1999). *Mémoire pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée*; cité dans ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2000). *L'exploitation des personnes âgées*, Mémoire présenté à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans le cadre de sa consultation générale sur l'exploitation des personnes âgées, [En ligne]. [oiiq.org/uploads/publications/memoires/mem_exploitation_pa.htm#SOINS].

ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC (2013). *Optimisation de la pratique clinique – Mieux choisir*, 22 p.

BOILY, Daniel, et Davide GENTILE (2020). « Jusqu'à 150 $ l'heure pour du personnel infirmier d'agences au Québec », *Ici Radio-Canada*, [En ligne] (2 décembre). [ici.radio-canada.ca/nouvelle/1754101/personnel-infirmier-agences-couts-pandemie-horaires].

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2016). *Couverture publique des services en santé et en services sociaux : tabler sur les vrais enjeux et pérenniser le modèle de santé québécois*, Mémoire déposé dans le cadre des consultations publiques menées par le Commissaire à la santé et au bien-être sur le panier de services assurés en santé et en services sociaux au Québec, [En ligne] (janvier), 19 p., D12769. [csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/CSQ.pdf].

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2017). *S'assurer que les grands principes se traduisent en interventions efficaces*, Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi nº 115 : Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, [En ligne] (janvier), p. 6 et 11, D12906. [numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3747971&docref=cJm5vTSfrJQnMpjmBgPRRg].

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC et FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC (2014). *Conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD : l'urgence d'agir de façon cohérente*, Avis présenté 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, [En ligne] (février), p. 6, D12533. [assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGeneri

que_81107&process=Default&token=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjij7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz].

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC, FÉDÉRATION DE LA SANTÉ DU QUÉBEC et FÉDÉRATION DES SYNDICATS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). *Nouvelle gouvernance et réorganisation du système de santé : nous refusons la mise en péril du modèle de santé québécois*, Mémoire à la Commission de la santé et des services sociaux, dans le cadre des audiences publiques sur le projet de loi n° 10 – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, [En ligne] (novembre), 26 p., D12633. [numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3438354?docref=z5-K2fUHn3xnEa1flyBykQ].

FORTIN, Luc [2001]. « Changements climatiques et risque pour la santé : une première conférence canadienne », *BISE*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec (16 décembre). [inspq.qc.ca/es/node/1123].

GASPAR, Vitor, W. Raphael LAM et Mehdi RAISSI (2020). « Des politiques budgétaires pour favoriser la reprise après la COVID-19 », dans *Blogue du Fonds monétaire international*, [En ligne], Washington (6 mai). [imf.org/fr/News/Articles/2020/05/05/blog-fiscal-policies-for-the-recovery-from-covid-19].

GOULET, Lise (2016). « CHSLD de Jonquière – Climat sous haute tension », *Nouvelles CSQ*, vol. 37, nº 1 HS (automne), p 22-23.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes ainées : partenaires multisectoriels,* [En ligne], 2e éd., Sherbrooke, Le Centre d'expertise en santé, p. 16. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/13-830-10F.pdf].

HÉBERT, Guillaume (2020). « Depuis 2000, la santé publique est le parent pauvre des dépenses en santé au Québec », *Fractures*, [En ligne], Édition COVID-19, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (24 avril). [mailchi.mp/iris-recherche.qc.ca/bull-fracturesvol5num5-texte2santepublique?fbclid=IwAR2VzdzGJwj8XQPyxGby3UyNbnXpnLsNqabHbgxxdjy8OFLkrOripV21QdU].

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2019a). *Les dépenses de santé du Canada atteignent 264 milliards de dollars*, [En ligne] (31 octobre). [cihi.ca/fr/les-depenses-de-sante-du-canada-atteignent-264-milliards-de-dollars].

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2019b). *Les dépenses publiques de santé par personne, normalisées selon l'âge – Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019*, [En ligne] (31 octobre). [cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-1975-a-2019].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2020). *Données COVID-19 par âge et sexe au Québec*, [En ligne] (7 décembre). [inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe].

LES CHANTIERS DE LA DUC [s. d.]. *Les chantiers de la DUC : C-DUC de résilience*, v3-0, chantier 11, [En ligne]. [774a4878-f86b-4932-ae01400fbb3a539b.filesusr.com/ugd/bf4f35_b3ff283901574b90bf70211ed2157fe6.pdf].

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2000). *L'exploitation des personnes âgées*, Mémoire présenté à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse dans le cadre de sa consultation générale sur l'exploitation des personnes âgées, [En ligne]. [oiiq.org/uploads/publications/memoires/mem_exploitation_pa.htm#SOINS].

PROTECTEUR DU CITOYEN (2016). *Rapport d'intervention. Intervention au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie*, [En ligne] (22 décembre), p. 22. [protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_d_intervention/Intervention-CISSS-gaspesie.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019). *Rapport 2018-2019 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec du 1er avril 2018 au 31 mars 2019*, [En ligne], le Ministère, p. 2. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-735-01W.pdf].

QUÉBEC. CABINET DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020a). *Pandémie de la COVID-19 – Le gouvernement du Québec dévoile son plan d'action en prévision d'une 2e vague* (18 aout). Repéré au quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pandemie-de-la-covid-19-le-gouvernement-du-quebec-devoile-son-plan-daction-en-prevision-dune-2e-vagu/.

QUÉBEC. CONSEIL DU TRÉSOR (2020b). *Crédits des ministères et des organismes : budget des dépenses 2020-2021, Volet 3*, [En ligne], p. 165. [tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/budget_depenses/20-21/3-Credits_des_ministeres_et_organismes.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020c). *COVID-19 : plan d'action pour une deuxième vague*, [En ligne], le Ministère, p. 62. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-257W.pdf].

QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020d). *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*, [En ligne], le Ministère. [msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000162/].

QUÉBEC (2020e). *Loi sur la santé publique, chapitre S-2-2, à jour au 1er mars 2020*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-2.2].

QUÉBEC (2020f). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, chapitre L-6.3, à jour au 1er septembre 2020*, [En ligne], Québec, Éditeur officiel du Québec. [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/L-6.3].