PROTECTEUR DU CITOYEN

Écoute · Rigueur · Respect

RAPPORT SPÉCIAL DU PROTECTEUR DU CITOYEN

La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie

Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir

Québec, le 23 novembre 2021

Québec, novembre 2021

Monsieur François Paradis
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

Conformément à l'article 27.3 de la *Loi sur le Protecteur du citoyen* (RLRQ, c. P-32), je vous présente le rapport spécial du Protecteur du citoyen intitulé *La COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie – Cibler les causes de la crise, agir, se souvenir*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

La protectrice du citoyen,

Marie Rinfret

LA MISSION DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à une personne ou à un groupe de personnes. Il traite aussi les divulgations d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics et les plaintes en cas de représailles liées à ces divulgations. Désigné par au moins les deux tiers des parlementaires et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement de plaintes, de signalements ou de divulgations, ou de sa propre initiative.

Le respect des personnes et de leurs droits ainsi que la prévention des préjudices sont au cœur de la mission du Protecteur du citoyen. Son rôle en matière de prévention s'exerce notamment par l'analyse de situations qui engendrent des préjudices pour un nombre important de citoyens et de citoyennes ou qui sont de nature systémique.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, il peut notamment proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives afin de les améliorer dans l'intérêt des personnes concernées.

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à la collaboration des personnes suivantes :

Responsables de la collecte des données et des analyses
Julianne Pleau et Julie Roussy, déléguées – Direction des enquêtes en santé et services sociaux

Coordination et direction
Nicolas Rousseau, coordonnateur – Direction des enquêtes en santé et services sociaux
Marie-Claude Ladouceur, coordonnatrice – Initiative de réalisation des interventions spéciales (IRIS)
Hélène Vallières, vice-protectrice – *Affaires institutionnelles et prévention*

Analyses et soutien
Mohamed Jeddy et François Ross, conseillers – Direction du soutien à la gouvernance
Edith-Farah Elassal et Caroline Moulin, conseillères juridiques – Direction des affaires juridiques et des interventions spéciales (DAJIS)
Maude Gervais, agente de recherche – (DAJIS)
Jeescy Pouliot, adjoint exécutif – Vice-protectorat – *Affaires institutionnelles et prévention*

Rédaction
Francine Légaré, conseillère en communication – Direction des communications

Édition
Le présent document est disponible en version électronique sur notre site Web (protecteurducitoyen.qc.ca), section **Enquêtes.**

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN : 978-2-550-90621-6 (imprimé)
978-2-550-90622-3 (PDF)

© Protecteur du citoyen, 2021

Toute reproduction, en tout ou en partie, est permise à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

Message de la protectrice du citoyen **9**

Sommaire **11**

Introduction **15**

1 L'INTERVENTION DU PROTECTEUR DU CITOYEN EN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE DANS LES CHSLD **17**

1.1 Étape 1 : l'enquête terrain 17

1.2 Étape 2 : l'enquête auprès du MSSS, d'experts et d'autres juridictions 18

2 DES FAITS **19**

3 LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE : CONSTATS ET RECOMMANDATIONS **22**

3.1 Conception « hospitalocentriste » : maintien des CHSLD dans l'angle mort des préparatifs / Outiller les CHSLD selon leurs missions et les enjeux propres au modèle québécois 22

3.1.1 Les constats du Protecteur du citoyen **23**

3.1.2 Recommandations **30**

3.2 Des milieux de vie peu au fait des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) à déployer en temps de pandémie / Instaurer une culture de PCI forte dans les CHSLD 30

3.2.1 Les constats du Protecteur du citoyen **31**

3.2.2 Recommandation **36**

3.3 Manque d'équipement de protection individuelle (ÉPI), localement et dans le monde / Assurer un approvisionnement du réseau en ÉPI en revoyant nos approches 36

3.3.1 Les constats du Protecteur du citoyen **37**

3.3.2 Recommandation **40**

3.4 Détecter un virus inconnu et sournois en contexte de pénurie / Déployer rapidement les stratégies ciblées de dépistage 40

3.4.1 Les constats du Protecteur du citoyen **40**

3.5 Confusion dans le recrutement et l'affectation des effectifs en renfort / Planifier la venue de personnel supplémentaire 42

3.5.1 Les constats du Protecteur du citoyen **42**

3.5.2 Recommandations **45**

3.6 Une pénurie de main-d'œuvre connue de longue date / Doter les CHSLD de personnel qualifié et compétent en nombre suffisant 45

3.6.1 Les constats du Protecteur du citoyen 46

3.6.2 Recommandations 50

3.7 Interdiction des visites en CHSLD et conséquences dramatiques / Intégrer les personnes proches aidantes, en reconnaître la contribution **essentielle** 50

3.7.1 Les constats du Protecteur du citoyen 51

3.7.2 Recommandations 53

3.8 Manque de fluidité dans l'application des consignes et impacts négatifs sur l'organisation des services / Mieux communiquer pour rapprocher la réalité « terrain » des autorités et vice-versa, et implanter une forte gestion de proximité dans chaque CHSLD 53

3.8.1 Les constats du Protecteur du citoyen 53

3.8.2 Recommandations 56

3.9 Manque de données en temps opportun : systèmes d'information désuets / Accéder à des informations fiables et de qualité en tout temps 56

3.9.1 Les constats du Protecteur du citoyen 57

3.9.2 Recommandations 58

3.10 Les CHSLD : un modèle à revoir / Humaniser les soins pour les personnes hébergées, et l'environnement de travail pour le personnel 58

3.10.1 Les constats du Protecteur du citoyen 58

3.10.2 Recommandations 60

3.11 Se souvenir 62

3.11.1 Les constats du Protecteur du citoyen 62

3.11.2 Recommandation 62

CONCLUSION 64

Annexe 1: Liste des recommandations 65

Annexe 2 : Évolution de la structure de gouvernance de la pandémie (MSSS) 71

Annexe 3 : Organigramme d'un CIUSSS 73

AVERTISSEMENT

Pour faciliter la consultation à l'écran, les pages blanches du document imprimé ont été retirées. La pagination du fichier demeure toutefois conforme à celle de l'original.

MESSAGE DE LA PROTECTRICE DU CITOYEN

Les causes d'un insoutenable drame humain

Le 10 décembre 2020, j'ai rendu public un rapport d'étape du Protecteur du citoyen sur le déroulement de la crise sanitaire de la COVID-19 dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) durant la première vague de la pandémie : *Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées*.

Étant donné la gravité des faits, nous avions recours pour une première fois à la formule du rapport d'étape. Celui-ci nous a permis de réagir dans l'urgence, tout en réservant pour une phase ultérieure les constats d'une enquête approfondie sur la gestion par le gouvernement de la crise dans les CHSLD. Nous avons alors recueilli les témoignages de personnes qui ont vécu les événements sur le terrain afin de mettre l'accent sur les conséquences de la crise sanitaire lors de la première vague de la pandémie et de définir des priorités d'action. Notre rapport d'étape peut être consulté sur notre site Web. Je vous invite à le lire. Mon équipe y a mis une humanité et une rigueur garantes de la justesse des constats. Les conclusions de l'enquête finale ont alors été annoncées pour l'automne 2021.

Nous y voilà.

Cette fois-ci, l'objectif du rapport final d'enquête est de cibler les causes de ce drame humain qui a plongé des milliers de personnes vulnérables en CHSLD ainsi que le personnel soignant dans un cafouillage sanitaire et administratif entraînant son lot de décès et de tragédies.

Pour ce faire, le Protecteur du citoyen a mené son enquête auprès des autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux, de gestionnaires de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS), de différents experts et d'autres personnes clés dans la prise de décisions. À cet égard, je tiens à dire que si le dévouement du personnel de la santé durant la crise a, à juste titre, été salué, celui des fonctionnaires et des gestionnaires gouvernementaux le mérite également. Leur travail colossal a imposé à un grand nombre d'entre eux et d'entre elles une cadence folle avec le défi constant de contribuer à l'effort de guerre.

Le présent et le futur des CHSLD

L'analyse des causes de la crise nous fait revenir sur la séquence des événements du printemps 2020 et, entre autres, sur d'importantes lacunes systémiques préexistantes et connues de longue date. Cependant, notre rapport final se veut avant tout tourné vers l'avenir des CHSLD pour poser les diagnostics, avancer, et recommander des solutions à mettre en place. C'est là une finalité qui découle du mandat du Protecteur du citoyen, une institution indépendante et impartiale qui veille au respect des droits des personnes qui font affaire avec les services publics. Autrement dit, l'on ne cherche pas à formuler des blâmes. Ce serait ne pas reconnaître le caractère inédit d'une pandémie mondiale.

Aujourd'hui, ce qui presse, c'est de se projeter rapidement dans un futur proche pour donner aux CHSLD et au réseau de la santé et des services sociaux qui les chapeaute les moyens de leurs missions. Je veux parler ici d'une nécessaire robustesse et d'une indispensable agilité des structures et des services à la base même de la capacité de donner des soins appropriés, continus et humains. Ce sont des forces qui ont fait défaut durant la première vague de la pandémie.

Un devoir de mémoire

Plus de 18 mois après la mise sur arrêt du Québec pour cause de COVID-19, le souvenir de la crise dans les CHSLD est encore bien présent. J'estime qu'aux côtés des personnes les plus éprouvées, nous avons le devoir de nous rappeler ce qui s'est passé, et ce, pour que les aînés n'aient plus jamais à vivre une telle déshumanisation des soins en milieu d'hébergement. C'est pourquoi je recommande d'instaurer des actes de commémoration annuelle en mémoire des pertes et des souffrances vécues. Ce doit être aussi l'occasion de souligner l'apport essentiel et généreux de toutes les personnes qui ont porté à bout de bras les services et les soins durant cette période troublée.

Je compte également que le Protecteur du citoyen, chaque année, dans son rapport annuel d'activités déposé à l'Assemblée nationale, fasse le suivi de l'avancement de l'implantation des recommandations du présent rapport. Dans une volonté de veiller à ce que des améliorations durables soient enfin apportées, le Protecteur du citoyen s'assurera, en 2022, 2023 et durant les années suivantes, que les annonces se concrétisent et que les milieux de vie de nos aînés en soient le reflet.

Je termine en citant une déclaration des hautes autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux, en date du 4 mars 2020, démontrant la surprise face au virus : *Rappelons qu'à ce jour, un seul cas a été confirmé au Québec. Le risque global d'être infecté au coronavirus est toujours considéré comme faible au Québec*[1]*.* Cette position exprimait alors la distance que nous avions tous et toutes à l'égard d'un virus inconnu surgi de l'autre bout du monde. Or, l'impensable s'est produit et nous en tirons aujourd'hui des leçons d'humanité. Parmi celles-là, nous sommes plus convaincus que jamais que les personnes disparues durant la crise de la COVID-19 et celles qui ont veillé sur elles souvent au péril de leur propre sécurité doivent demeurer dans nos pensées et dans nos actes.

Marie Rinfret, protectrice du citoyen

[1] MSSS, « *COVID-19 – La ministre McCann fait le point sur la situation au Québec* », Communiqué de presse, 4 mars 2020.

SOMMAIRE

CIBLER LES CAUSES, AGIR, SE SOUVENIR

Le 26 mai 2020, le Protecteur du citoyen a annoncé la tenue d'une enquête spéciale concernant la gestion gouvernementale de la crise dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) lors de la première vague de la pandémie au Québec.

Il a d'abord publié, dès le mois de décembre suivant, un rapport d'étape portant sur la réalité « terrain » des CHSLD durant la crise, un portrait des plus alarmants. Intitulé *Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées* (accessible sur le site Web du Protecteur du citoyen), le rapport donne la parole aux personnes qui ont vécu la crise en première ligne : personnes hébergées, proches de celles-ci, membres du personnel en CHSLD et gestionnaires de CISSS et de CIUSSS. Ces personnes ont témoigné d'un contexte totalement désorganisé et frappé de plein fouet par la COVID-19, menant à des ruptures de soins, à l'isolement et à la multiplication des décès de résidentes et de résidents ainsi qu'à l'épuisement du personnel. Le Protecteur du citoyen inclut dans son rapport cinq priorités d'action pour apporter des correctifs urgents dans la gestion des CHSLD.

Faisant suite à cette première phase des travaux, il publie maintenant un rapport final qui cerne les causes des événements. Pour ce faire, le Protecteur du citoyen a recueilli la version d'autorités gouvernementales et d'experts en gestion d'établissements de santé et de services sociaux, en gériatrie, en gestion de crise, en épidémiologie ainsi qu'en prévention et en contrôle des infections.

LES CAUSES D'UNE CRISE HUMAINE ET SANITAIRE SANS PRÉCÉDENT

Le rapport du Protecteur du citoyen fait ressortir concrètement les nombreux facteurs à l'origine de la crise dans plusieurs CHSLD.

Parmi ceux-là :

Une conception « hospitalocentriste » au cœur de la préparation à la pandémie. Au départ, les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont tenu pour acquis que les hôpitaux allaient être l'épicentre de la crise de la COVID-19. Cette conception était calquée sur ce qui se passait en Italie, pays où les hôpitaux étaient débordés par l'affluence des personnes contaminées. Or, cette réalité ne correspondait pas à ce qui se vivait au Québec. C'est ainsi que les CHSLD ont été appelés à contribuer à l'exercice de délestage de lits hospitaliers, sans pour autant être pourvus de mesures ni de moyens additionnels pour faire face adéquatement aux éclosions à venir. De l'avis du Protecteur du citoyen, cela démontre que les résidentes et résidents de ces milieux de vie n'ont pas été considérés à leur juste potentiel de vulnérabilité au virus.

Les CHSLD dans l'angle mort des préparatifs. Les CHSLD sont à la fois des milieux de vie et de soins complexes. Cette double vocation n'était pas bien comprise par les autorités du MSSS qui ont maintenu les CHSLD dans l'angle mort des priorités de planification. C'est dire que la gestion des risques a été effectuée par une direction ne disposant pas des champs d'expertises nécessaires pour bien évaluer les risques. Le manque de concertation et de coordination a empêché la diffusion de directives véritablement opérationnelles en temps opportun sur le terrain.

La pénurie de personnel. Les CHSLD déjà affectés par un manque chronique de personnel – problème récurrent et connu de longue date – ont été fragilisés encore davantage par l'augmentation subite de leur clientèle et par les soins à assurer à des personnes particulièrement vulnérables. S'est ajoutée à cela la contamination d'une part importante des membres du personnel qui ont dû s'absenter du travail, de façon subite.

La méconnaissance en matière de PCI. Les pratiques et les connaissances concernant la prévention et le contrôle des infections (PCI) n'étaient pas implantées comme elles auraient dû l'être avant l'arrivée de la COVID-19 dans les CHSLD. Prenant les lieux d'assaut, le virus n'a fait que confirmer cette méconnaissance. Une telle lacune n'a pas été détectée et résolue par le MSSS lors de la préparation à la pandémie.

L'absence d'une gouvernance locale. L'absence d'un ou d'une gestionnaire sur place dans de nombreux milieux de vie a conduit à la désorganisation des services en plus de rendre souvent impossible l'implantation du flux des nombreuses consignes sanitaires et directives venant du MSSS.

Le manque d'ÉPI. Au début de la première vague, le personnel de nombreux CHSLD ne disposait pas, en temps opportun, des équipements de protection individuelle (ÉPI) nécessaires pour freiner efficacement la propagation. Cela s'explique notamment par les bris d'approvisionnement en raison de la dépendance du Québec aux manufacturiers étrangers. Une centralisation de l'approvisionnement a été mise en place pour mieux répartir les équipements. Toutefois, l'absence d'un système d'information procurant des données fiables et quotidiennes sur les inventaires a nui à la capacité du MSSS de pourvoir aux besoins de façon efficiente, en contexte de rareté.

Des technologies d'information désuètes. Le manque d'information, loin de se limiter aux ÉPI disponibles, a affecté de nombreuses sphères de la gestion de la pandémie. Aux prises avec des moyens désuets, les autorités ne pouvaient compter sur des données actualisées pour appuyer une prise de décision quotidienne.

LES RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Dans son rapport, le Protecteur du citoyen formule 27 recommandations pour assurer le caractère durable des initiatives entamées et des solutions qui restent à implanter.

Ainsi, considérant l'ampleur de la crise de la première vague et les répercussions dramatiques qui auront marqué le Québec, il recommande au MSSS de mettre en place différents outils au regard de la mission fondamentale du système de santé en matière d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes aînées, en tout temps comme en période de crise.

Il met l'accent par exemple sur l'importance d'une **politique en matière d'évaluation et de gestion des risques** concernant les CHSLD et d'un **plan détaillé de renforcement de la capacité des CHSLD** à appliquer des mesures en matière de PCI. Une **stratégie en matière d'ÉPI** devrait également être élaborée pour solidifier les chaînes d'approvisionnement.

Un **plan provincial de déploiement de main-d'œuvre d'urgence** dans le réseau de la santé et des services sociaux permettrait, lorsque nécessaire, de mieux tirer profit de l'apport de ressources en renfort. Des **protocoles de déploiement de main-d'œuvre supplémentaire en contexte exceptionnel** sont à prévoir avec les ordres professionnels, les fédérations et les associations de professionnels de la santé et des services sociaux, les syndicats et les établissements d'enseignement. Des partenariats avec des interlocuteurs en mesure de déployer des effectifs en renfort de dernier recours devraient aussi être conclus.

Le Protecteur du citoyen mise également sur une **stratégie nationale de lutte à la pénurie de main-d'œuvre** et de promotion des métiers et des professions dans le domaine de la santé et des services sociaux.

On l'a vu, les décisions des autorités ont connu des ratés étant donné des voies de communication inefficaces. Les réformes à apporter doivent donc impérativement s'accompagner de la **mise à jour des systèmes d'information** pour les rendre fiables et performants.

De l'avis du Protecteur du citoyen, le MSSS devrait élaborer et adopter un **plan d'action national** visant à reconnaître **la complexité de la prestation des soins et des services en CHSLD** et à améliorer les milieux de vie (par exemple : des soins et des services plus humains, des conditions de travail adéquates, la stabilité du personnel, la formation continue, l'environnement physique).

De plus, les principes directeurs à respecter en matière de qualité et d'organisation des milieux de vie devraient, selon le Protecteur du citoyen, être encadrés par des **mesures législatives.**

Enfin, un nouveau **comité-conseil et de vigie** devrait être mis sur pied pour apporter au MSSS l'éclairage requis au sujet des mesures concrètes, structurantes et durables à implanter pour améliorer la qualité des services dans les CHSLD.

Se souvenir

Pour conclure, le Protecteur du citoyen recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de proposer l'instauration d'actes de commémoration annuelle des victimes de la COVID-19 dans les CHSLD et des personnes qui ont travaillé directement ou indirectement auprès d'elles. Il importe, selon lui, de garder en mémoire ce que ces personnes ont vécu afin que cela soit le moteur d'actions et de changements durables.

INTRODUCTION

Une enquête spéciale sur des faits troublants

1 Le 26 mai 2020, alarmé par les événements des dernières semaines et par la gravité des lacunes alléguées, le Protecteur du citoyen a annoncé la tenue d'une enquête spéciale concernant la gestion gouvernementale de la crise dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) lors de la première vague de la pandémie au Québec. L'angle sous lequel les problèmes allaient être abordés serait, conformément à son mandat, le respect des droits des usagers et des usagères en CHSLD et la qualité des services.

2 Dès décembre 2020, le Protecteur du citoyen a publié un rapport d'étape portant sur la réalité « terrain » des CHSLD durant la crise, tout en prévoyant qu'un rapport final allait suivre à l'automne 2021 pour, cette fois, cerner les causes de cette crise.

3 Le choix du Protecteur du citoyen de se limiter à une catégorie d'hébergement et aux premiers mois de la crise découle du constat que la grande majorité des décès liés à la COVID-19 a eu lieu dans les CHSLD au cours de la première vague. À cet égard, les données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) indiquent qu'en date du 28 juin 2020, 69 % des personnes décédées de la COVID-19 au Québec vivaient dans des CHSLD ou étaient hébergées sur une unité de soins de longue durée en centre hospitalier, soit 3 901 des 5 658 décès pour la période visée[2]. Par ailleurs, ces milieux d'hébergement accueillent des personnes présentant de lourdes atteintes à leur santé physique et cognitive, de même qu'à leur autonomie, ce qui les place en situation de grande vulnérabilité. Cela explique la décision du Protecteur du citoyen quant à la portée de son enquête.

Pandémie et avalanche de problèmes complexes

4 Le Protecteur du citoyen est un organisme neutre et indépendant qui mène ses enquêtes avec impartialité et intégrité. Face à la crise dans les CHSLD, son analyse requiert donc de tenir compte de la complexité de problèmes qui ont surgi de façon brusque, inédite et globale.

5 Dans la prise en charge d'une telle situation, différentes approches se complètent et s'affrontent. Il en va ainsi des points de vue scientifique, administratif, clinique, politique et populationnel. Tout cela, dans un contexte où chaque heure compte, où les canaux de communication n'ont jamais eu à réagir aussi vite et où le virus inconnu dévoile ses secrets au compte-gouttes.

[2] Données COVID-19 au Québec, *Tableau 2.1 Évolution du nombre cumulatif de décès liés à la COVID-19 au Québec selon le milieu de vie et la date de décès, données au 28 juin 2020 CHSLD-CH*, Institut national de santé publique du Québec, [En ligne] consulté le 8-11-2021.

6 Comme l'a mentionné un témoin lors de l'enquête du Protecteur du citoyen :

> *« Nous étions en présence de deux visions : celle du gestionnaire contraint d'accepter que l'information soit imparfaite, mais qui a besoin de quelque chose pour prendre une décision; celle du scientifique qui dit non, il faut attendre avant d'agir pour avoir un portrait exact. »*

7 Dans la mesure où la nature imprévisible du virus compliquait toute prise de décision, les attentes des citoyens et des citoyennes face à la gestion de la première vague de la crise doivent être réalistes, considérant entre autres des ressources et des moyens limités.

8 Le présent exercice offre avant tout une occasion d'apprendre et de s'améliorer pour donner aux personnes hébergées et à ceux et celles qui en prennent soin, des milieux de vie, de soins et de travail humains et de qualité.

9 Si nous saisissons cette opportunité comme elle doit l'être, les actions concrètes prises en ce sens demeureront l'héritage le plus important de cette crise.

1 L'INTERVENTION DU PROTECTEUR DU CITOYEN EN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE DANS LES CHSLD

1.1 Étape 1 : l'enquête terrain

- Documenter les conséquences de la COVID-19 sur les soins et les services en CHSLD et les atteintes aux droits des personnes hébergées;
- Décrire la réalité du terrain qui a mené à l'échec de certains milieux de vie par rapport à leurs missions premières lors de la première vague de la crise;
- Donner la parole aux personnes qui ont vécu la crise en première ligne. Il s'agit de personnes hébergées, de proches de celles-ci, de membres du personnel en CHSLD et de gestionnaires de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS).

10 Son analyse s'est appuyée principalement sur :

- Les observations de 1 355 personnes qui ont répondu à son appel à témoignages;
- 16 mémoires reçus de syndicats, de milieux de la recherche, d'organisations sans but lucratif et de comités d'usagers;
- 250 entretiens avec des personnes hébergées, des proches, des membres du personnel des CHSLD et des gestionnaires de CISSS et de CIUSSS;
- Des plaintes et des signalements traités par ses propres services et par des commissaires aux plaintes et à la qualité des services;
- La consultation d'une imposante documentation.

11 Le rapport d'étape du Protecteur du citoyen a mis l'emphase sur un portrait des plus préoccupants de ce qui s'est passé dans des CHSLD au plus fort de la crise. Qu'il suffise de mentionner que des personnes citées, dont le témoignage a été corroboré par d'autres sources, sont allées jusqu'à évoquer « une médecine de guerre » où « nous ne savions plus où mettre les corps. Des usagers et des usagères mouraient seuls, en détresse et en souffrance ».

12 Dans son rapport d'étape, le Protecteur du citoyen a identifié cinq priorités d'action, soit :

- Centrer les soins et les services en CHSLD sur les besoins des usagers et des usagères en misant sur l'humanisation des soins et la valorisation des personnes proches aidantes;
- Assurer la stabilité des effectifs dans les CHSLD et la présence de membres du personnel en nombre suffisant;
- Poursuivre la mise en place, dans chaque CHSLD, d'un ou d'une gestionnaire de proximité en mesure d'exercer un leadership local fort;
- Implanter dans les CHSLD une culture rigoureuse en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) qui soit connue de tous et de toutes;

- Renforcer les canaux de communication aux plans local, régional et national pour diffuser des informations et des directives claires, et faciliter le partage des meilleures pratiques.

Le rapport d'étape du Protecteur du citoyen, intitulé *Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées* est accessible sur le site protecteurducitoyen.qc.ca.

1.2 Étape 2 : l'enquête auprès du MSSS, d'experts et d'autres juridictions

13 Parmi toutes les secousses, avancées, reculs et changements de cap qui ont jalonné la première vague de la pandémie dans plusieurs CHSLD, qu'est-ce qui a causé une crise sanitaire et humaine tellement grave qu'on en est venu à parler d'une perte de contrôle des éclosions et des décès?

14 Au fil de cette démarche, le Protecteur du citoyen a recueilli la version d'autorités gouvernementales et d'experts en gestion d'établissements de santé et de services sociaux, gériatrie, gestion de crise, approvisionnement, épidémiologie et PCI[3]. Son but : comprendre et mettre en contexte les décisions souvent prises dans l'urgence, entre janvier et juin 2020, pour tenter de maîtriser l'assaut de la COVID-19 dans les milieux de soins et dans les CHSLD. L'objectif était aussi d'obtenir le point de vue de spécialistes sur les connaissances fines et les bonnes pratiques liées à :

- Des aspects cliniques concernant les personnes âgées;
- Des exigences en matière de PCI;
- Des éléments logistiques dans les milieux d'hébergement;
- L'approvisionnement en équipement de protection individuelle (ÉPI).

15 De plus, afin de comprendre et de comparer les pratiques qui, ailleurs, ont pu changer la donne et être un facteur de succès, notamment à l'égard de ces enjeux, le Protecteur du citoyen a analysé les actions de préparation et de gestion de la première vague de la pandémie dans d'autres provinces, plus particulièrement l'Ontario et la Colombie-Britannique.

16 À noter que tous les interlocuteurs et les interlocutrices du Protecteur du citoyen ont apporté leur pleine collaboration tout au long de son enquête.

17 Le Protecteur du citoyen s'est aussi fixé pour but dans le présent rapport de :

- Faire le point sur les actions déjà mises en place par les autorités pour corriger les lacunes observées;

[3] Une trentaine d'entretiens ont été réalisés auprès du MSSS et de différents experts.

- Formuler des recommandations tant pour assurer le caractère durable des initiatives entamées que pour mettre en avant des solutions qui restent à implanter;
- Réitérer la nécessité de rendre les soins et les services d'hébergement plus robustes quant à leurs modes de fonctionnement et de réaction, que ce soit au jour le jour en temps « normal » ou en période de bouleversements;
- Affirmer à titre de valeur phare l'importance de services en CHSLD qui soient plus sécuritaires et plus humains, que ce soit pour les résidents et résidentes ou pour les personnes qui y travaillent.

18 Afin d'éviter d'alourdir le texte, l'on évitera de citer extensivement les entretiens et des documents sur lesquels se base le Protecteur du citoyen. Les constats sont tous étayés et corroborés par plusieurs sources distinctes, et présentent le regard indépendant du Protecteur du citoyen sur les actions et décisions des autorités québécoises lors de la première vague.

19 De même, les citations rapportées dans le présent rapport sont toutes tirées des témoignages recueillis auprès de dirigeants et dirigeantes du MSSS, de gestionnaires de CISSS et de CIUSSS et de différents experts et personnes clés impliqués dans la prise de décisions liées à la gestion de la première vague de la COVID-19.

2 DES FAITS

Chronologie de certains faits de la première vague de la pandémie

2019	
Fin décembre	Éclosions de cas de pneumonie atypique (coronavirus) à Wuhan, en Chine
2020	
Fin janvier	- Mobilisation des instances de sécurité civile du MSSS et dans le réseau de la santé - Recension des inventaires d'ÉPI dans les établissements à la demande du MSSS - Développement du test de dépistage par le Laboratoire de santé publique du Québec (Institut national de santé publique du Québec) - Début de l'enquête épidémiologique du Directeur national de santé publique (dépistage, traçage)
27 février	Premier cas dépisté de contamination à la COVID-19 au Québec
29 février	Début de la semaine de relâche
Février - mars	- Préparation des milieux hospitaliers : protocoles, dépistage, trajectoires, chambres et équipements

	- Mise en place d'un groupe tactique par le MSSS pour développer une stratégie d'approvisionnement en ÉPI - Préparation d'une stratégie ministérielle d'utilisation des ÉPI en contexte de pénurie
2 mars	Premier cas de contamination à la COVID-19 confirmé en CHSLD au Québec
4 mars	Point de presse de la ministre de la Santé et des Services sociaux : le risque d'être infecté au coronavirus est toujours considéré comme faible au Québec
9 mars	- Annonce de l'ouverture de cliniques désignées COVID-19 en prévision d'une hausse du nombre de tests de dépistage - Aucune transmission communautaire au Québec n'est encore détectée par la Santé publique - Mise à jour du *Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza* par le comité de sécurité civile du MSSS - Prise en compte de la situation italienne quant au débordement dans les hôpitaux : accélération de la préparation des hôpitaux, notamment selon une stratégie de délestage des activités
11 mars	L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrète la pandémie à l'échelle internationale
12 mars	- Transmission par le MSSS aux CISSS et aux CIUSSS du *Guide pour l'adaptation de l'offre de service en centre d'hébergement et de soins de longue durée en situation de pandémie COVID-19* - Directive à portée non rétroactive du MSSS concernant l'isolement obligatoire du personnel du réseau de la santé ayant voyagé à partir du 12 mars
13 mars	Déclaration de l'état d'urgence sanitaire au Québec
14 mars	Interdiction des visites non essentielles en CHSLD, incluant les proches aidants, sauf pour des raisons humanitaires
15 mars	Lancement de la plateforme *Je contribue* pour permettre aux personnes intéressées de fournir leur soutien dans le cadre des moyens déployés
16 mars	Transmission des premières directives du MSSS en matière de PCI aux CHSLD
Autour du 20 mars	- Début de l'accélération des transferts des usagers et des usagères en niveau de soins alternatifs (NSA)[4] des hôpitaux vers les CHSLD pour libérer des lits - Début des éclosions dans les CHSLD
21 mars	Arrêté ministériel 2020-007 modifiant certaines dispositions des conventions collectives et autorisant la suspension des conditions de travail afin de permettre notamment les réaffectations de personnel et l'annulation des vacances

[4] NSA : usagers ne nécessitant plus de soins actifs de l'hôpital et demeurant en attente d'une place dans une ressource d'hébergement ou de réadaptation.

23 mars	- Transmission communautaire probable, surtout dans la région de Montréal - Début du confinement général - Nouvelles priorités de dépistage incluant les résidents et les résidentes de CHSLD symptomatiques, qui s'ajoutent aux voyageurs et voyageuses et à leurs contacts symptomatiques
29 mars	Ajout de ressources en CHSLD pour contrôler les allers et venues (agents de sécurité)
30 mars	Rappel au personnel du réseau de la santé d'utiliser les ÉPI avec parcimonie et seulement lorsque c'est nécessaire
4 avril	Annonce par les autorités sanitaires que la transmission communautaire du virus s'étend désormais à l'ensemble du Québec
9 avril	- Avis de l'INSPQ : port du masque obligatoire par le personnel dans tous les CHSLD - Rappel par le MSSS des consignes concernant les transferts des personnes infectées en CHSLD vers les hôpitaux, notamment que les usagers et les usagères en CHSLD doivent demeurer dans leur milieu de vie si leur état de santé le permet
10-11 avril	Prise de conscience des autorités administratives et politiques de la crise dans les CHSLD et annonces du gouvernement : - Enquête au CHSLD Herron - Visites d'évaluation dans les CHSLD privés non-conventionnés - Interventions visant le soutien des CHSLD dans l'implantation des mesures de PCI (déploiement d'équipes) - Annonce d'une réaffectation des ressources humaines dans les CHSLD - Fourniture d'ÉPI à l'ensemble du personnel des CHSLD - Fin des admissions d'usagers et d'usagères NSA en CHSLD - Mise à jour de la priorisation du dépistage : entre autres, les usagers et les usagères ainsi que le personnel des milieux d'hébergement doivent désormais se faire dépister dès qu'un nouveau cas positif non isolé est identifié
Mi-avril	- Dépistages massifs dans certains CHSLD affectés par des éclosions majeures - Retrait important de membres du personnel et de gestionnaires en raison de résultats du dépistage ou de symptômes de la COVID-19 - Des équipes d'Hydro-Québec et de Revenu Québec viennent en renfort pour communiquer avec les personnes inscrites sur le site *Je contribue* - Organisation, déploiement et intégration du personnel en renfort : o Délestage de personnel d'autres programmes-services o Demande du premier ministre aux médecins spécialistes de venir prêter main-forte dans les CHSLD o Venue d'étudiants et d'étudiantes ainsi que d'enseignants et d'enseignantes du domaine de la santé o Venue d'intervenants et d'intervenantes d'entreprises d'économie sociale

	- Accueil des personnes proches aidantes connues du CHSLD pour fournir du soutien et répondre à certains besoins de base qui étaient offerts avant la pandémie, sous réserve de conditions particulières comme l'obtention d'un test de dépistage négatif - Le premier ministre du Québec réclame l'assistance des Forces armées canadiennes - Opération de convergence des ressources par le MSSS : déplacement d'équipes cliniques en provenance de régions froides vers les régions chaudes
20 avril	Début du déploiement des Forces armées canadiennes dans des CHSLD
Mai	En CHSLD, l'on observe une stabilisation de la situation, le retour progressif du personnel et le retour des personnes proches aidantes significatives
11 mai	Accueil des personnes proches aidantes qui apportent une aide et un soutien significatif sous réserve de précautions particulières. Si un CHSLD veut se soustraire aux nouvelles directives, il doit recevoir au préalable l'autorisation du MSSS.
15 mai	Tout le personnel des CHSLD publics et privés est testé, incluant les travailleurs et travailleuses asymptomatiques
16 mai	Lancement de l'initiative *On vous écoute* par le MSSS pour permettre aux travailleurs et aux travailleuses de la santé de s'exprimer sur ce qui se passe sur le terrain
2 juin	Début de la campagne de recrutement massif pour combler 10 000 postes de préposées et préposés aux bénéficiaires dans les CHSLD
18 juin	Accueil dans les CHSLD des visiteurs en plus des personnes proches aidantes qui apportent une aide ou un soutien significatif
19 juin	Annonce par le gouvernement du plan de déconfinement des CHSLD
29 juin	Fin du déploiement des Forces armées canadiennes dans les CHSLD
6 juillet	Déploiement des équipes de la Croix-Rouge dans certains CHSLD
18 août	Dévoilement du plan d'action en prévision d'une deuxième vague par le MSSS

3 LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE : CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

3.1 Conception « hospitalocentriste » : maintien des CHSLD dans l'angle mort des préparatifs / Outiller les CHSLD selon leurs missions et les enjeux propres au modèle québécois

« Les attentes en CHSLD étaient de valoriser l'approche milieu de vie. Ce qui s'est passé avec la COVID-19, c'est comme de changer la commande du repas en pleine course. »

« À cette époque, on voyait ce qui se passait en Italie. Les hôpitaux ne fournissaient pas. On est allés avec l'information dont on disposait à ce moment-là. »

« En début de pandémie à la COVID-19, nous avons pu constater à nouveau que les préoccupations, les ressources et l'équipement de protection ont été dirigés vers les centres hospitaliers plutôt que dans les CHSLD. »

« Normalement, en épidémiologie, en présence d'un virus, on ne fait pas seulement copier ce qui se fait ailleurs. On observe le comportement du virus, on analyse l'impact que cela aura sur notre société en fonction des caractéristiques de notre population. Cela a été une erreur de se baser sur l'Italie. »

3.1.1 Les constats du Protecteur du citoyen

Une conception « hospitalocentriste » et un scénario italien au cœur de la préparation

20 Au Québec, le programme-services[5] Santé physique, présent principalement dans les hôpitaux, monopolise à lui seul la plus large part du budget des programmes-services en santé, soit 37,1%[6]. Cela explique, dans une certaine mesure, l'influence de cette mission auprès des autorités. Il est en effet important, pour la collectivité, que les traumas et les maladies graves qui affectent la population soient soignés, dans les meilleurs délais, par des professionnels et des professionnelles hautement qualifiés au moyen d'équipements à la fine pointe de la technologie. Le fait de concentrer de telles ressources et expertises du réseau de la santé et des services sociaux dans les milieux hospitaliers correspond à une conception parfois qualifiée d'« hospitalocentriste »[7].

21 En février et en mars 2020, avant même que la COVID-19 se propage au Québec, l'Europe a été durement frappée par le virus. Les médias étrangers et locaux ont alors vite témoigné du débordement et de la panique des services hospitaliers. L'Italie, à l'avant-plan, était confrontée à une augmentation exponentielle de cas de contamination nécessitant une intervention médicale en soins aigus. Or, selon ce qui était rapporté, de plus en plus de personnes se voyaient refuser l'accès aux hôpitaux italiens, faute de ressources pour les accueillir.

22 Au même moment, l'état de Washington, aux États-Unis, et la province de la Colombie-Britannique, au Canada, voyaient des éclosions survenir dans les milieux d'hébergement

---

[5] Au Québec, le système de santé et de services sociaux se découpe en programmes-services et en programmes-soutien. Il existe présentement 9 programmes-services, soit Santé publique, Services généraux – activités cliniques et d'aide, Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Déficience physique, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, Jeunes en difficulté, Dépendances, Santé mentale et Santé physique. https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/programmes-services-et-programmes-soutien/ , [en ligne] consulté le 8-11-2021.

[6] Pour le programme Santé physique, 37,1 %, et 16,5 % pour le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées. Source: MSSS, *Comptes de la santé 2018-2019 2019-2020 2020-2021*, 2021, p. 20, Tableau 14, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

[7] Selon le thésaurus de l'activité gouvernementale, le terme hospitalocentrisme se rapporte « à une vision du système de santé axé sur l'hôpital qui remplit alors les fonctions que pourraient assumer d'autres types d'établissements offrant des services médicaux généraux de proximité », http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=17279, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

pour aînés, et ce, avant que le Québec soit touché, à la fin février et au tout début du mois de mars 2020. Cela ne semble pas avoir influencé la stratégie du MSSS dans sa préparation à la pandémie.

23 Les autorités sanitaires québécoises rapportent qu'elles ne disposaient que d'informations fragmentaires et changeantes sur le virus et sa transmission. Les mécanismes québécois de sécurité civile, mobilisés au MSSS et dans son réseau depuis janvier 2020, s'affairaient déjà à une préparation axée sur le dépistage, la recherche d'ÉPI et la capacité du réseau de la santé à soigner, dans ses hôpitaux, les usagères et les usagers atteints. Anticipant des problèmes analogues à ceux de l'Italie quand la COVID-19 atteindrait le Québec, les hautes autorités du MSSS ont décidé au début mars 2020 de :

- Libérer, selon une procédure d'urgence, des milliers de lits dans les hôpitaux, notamment par des transferts de personnes hospitalisées vers les CHSLD;
- Protéger ainsi la capacité hospitalière en cas de déferlement du virus parmi la population;
- Renforcer la capacité opérationnelle des départements de soins intensifs;
- Mettre en place un protocole de prise en charge d'usagers et d'usagères susceptibles de présenter une forme grave de troubles respiratoires dans les urgences des centres hospitaliers.

24 Ces actions démontrent clairement que pour les hautes autorités du MSSS, advenant une crise, les hôpitaux allaient en être l'épicentre. En conséquence, les moyens déployés les ont visés prioritairement. Cette vision des choses n'a fait que confirmer la place déjà accordée aux centres hospitaliers dans la hiérarchie des moyens. Un leadership fort a été exercé, en premier lieu, par la direction générale du MSSS responsable des soins hospitaliers[8]. Elle a mis en place, au début du mois de mars, un comité réunissant de multiples acteurs et experts de la santé (le comité directeur clinique). À ce moment, la direction générale du MSSS responsable des CHSLD[9] n'y était pas conviée.

25 Puis, vinrent les effets du confinement généralisé au Québec. À l'étonnement de plusieurs, l'on observa que le flot attendu de victimes de la COVID-19 dans les hôpitaux ne se produisait pas avec l'intensité prévue, les CHSLD étant le terrain principal des éclosions et des décès.

26 Dans un premier temps, cela a pu donner le sentiment aux autorités que la situation était sous contrôle. C'était là toutefois un portrait faussé induit par le manque de données en temps réel concernant l'ensemble du réseau de soins. À un certain moment, les autorités, mal secondées par les renseignements transmis, ont minimisé la flambée dans les CHSLD.

---

[8] La Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP).
[9] La Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) comprend les directions suivantes : Secrétariat aux aînés, Direction de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance et l'isolement social, Direction du vieillissement actif, Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial, Direction de la qualité des milieux de vie, Direction du soutien à domicile.

Les CHSLD : grands absents des scénarios de planification

27 Alors que l'attention du Québec était tournée vers l'Italie, au moment de l'élaboration de la stratégie en réponse à la pandémie, aucune analyse des risques adaptée au modèle d'hébergement québécois et à ses particularités n'a été réalisée. C'est ainsi que les CHSLD n'ont été pris en compte par aucun scénario.

28 Le MSSS soutient que l'urgence d'agir explique cette omission. De l'avis du Protecteur du citoyen, l'oubli relève également d'une planification clinique en vase clos faite par les différentes directions, selon leur mode de fonctionnement habituel, et ce, malgré l'activation de comités liés à la sécurité civile.

La structure de gouvernance de la pandémie

29 On a en effet pu constater une mobilisation rapide des instances de sécurité civile par la mise en place d'un comité stratégique devant agir comme coordonnateur de la réponse à la pandémie au sein du MSSS. Or, d'après les informations obtenues, ce comité n'avait pas le mandat de prendre des orientations concernant les différentes missions cliniques du réseau. Cela était fait par chacune des directions cliniques[10] du MSSS, au sein de comités ou de cellules de crises distinctes. Les instances de sécurité civile, prioritairement mandatées pour appuyer et soutenir les directions générales, n'ont donc pas pu jouer un rôle qui aurait consisté à éliminer les fonctionnements en vase clos pour permettre l'élaboration d'orientations cliniques concertées.

30 Le même comité a néanmoins permis de faire évoluer, au courant de la première vague, l'Annexe COVID-19 du *Plan actualisé de lutte contre une pandémie d'influenza* du MSSS. Cette annexe ne contenait pas, dans sa première version de mars 2020, de mesures particulières relatives aux CHSLD. Elle énonçait plutôt une stratégie et des actions touchant l'ensemble de la population, et non spécifiquement les personnes hébergées dans une installation du réseau de la santé. On y prévoyait aussi une structure de gouvernance adaptée à la gestion d'une pandémie. Il est révélateur de constater que la direction générale responsable des CHSLD (DGAPA)[11] n'apparaissait pas dans cette structure dans la première version du document. Par ailleurs, parallèlement à la mobilisation des mécanismes en sécurité civile, qui ne sont pas décisionnels, la structure de gouvernance habituelle du MSSS était active par ses instances stratégiques et de coordination qui continuaient de jouer leurs rôles respectifs (Comité de direction (CODIR), Comité de gestion du réseau (CGR))[12].

---

[10] Les directions générales du MSSS ayant une vocation clinique sont la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP), la Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA), la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (DGPPFC) et la Direction générale de la santé publique (DGSP). À l'opposé, les autres directions générales ont plutôt une vocation de soutien ou administrative.

[11] Consulter l'Annexe 2 pour voir le schéma de la gouvernance.

[12] Le CODIR est la structure décisionnelle au sein du MSSS. Le CGR est en contact avec les présidents-directeurs généraux des CISSS et des CIUSSS.

31 De plus, les directions générales du MSSS maintenaient des rencontres régulières avec leurs tables consultatives sectorielles respectives[13].

32 Au-delà de l'ensemble des acteurs et des comités de la sphère administrative du MSSS, il y avait une cellule de crise du gouvernement qui définissait les grandes orientations touchant tous les secteurs de la société et à laquelle participaient notamment le premier ministre, le directeur national de la Santé publique, les ministres de la Santé et des Services sociaux et de la Sécurité publique, ainsi que différents conseillers. Le sous-ministre de la santé et certains sous-ministres adjoints du MSSS ont aussi participé aux rencontres, sur invitation.

33 Pour sa part, face à la pandémie, la DGAPA devait réaliser une évaluation des risques dans la préparation des milieux de vie. Or, en temps normal, il ne lui revient pas de se prononcer ou d'avoir une expertise particulière concernant la prévention et le contrôle des infections ou encore les soins médicaux aux aînés. Sa mission consiste plutôt à s'assurer que les personnes en CHSLD y trouvent un milieu de vie de qualité. L'expertise de la DGAPA se situe, notamment, dans la connaissance fine des particularités des différents milieux de vie sous sa gouverne (CHSLD, RPA et RI-RTF) et de la clientèle aînée.

34 Malgré son absence d'expertise en matière de PCI, cette direction était d'avis que les milieux de vie étaient habitués à faire face à des éclosions de grippe et de gastroentérite. Aussi, elle n'estimait pas que la pandémie serait très longue. Il y avait une inquiétude pour les personnes âgées en CHSLD, mais les informations obtenues lors de l'enquête du Protecteur du citoyen ne démontrent aucune action concrète et spécifique de préparation des CHSLD sur le terrain avant la mi-mars 2020.

35 Finalement, selon le Protecteur du citoyen, la population hébergée dans les CHSLD n'a pas été considérée à son juste potentiel de vulnérabilité à la COVID-19. En d'autres termes, le fait que les CHSLD aient avant tout été considérés comme des milieux de vie et que la gestion des risques ait été effectuée par une direction ne disposant pas des compétences cliniques pour faire une évaluation complète des risques, les CHSLD ont été placés à l'écart en termes de déploiement de mesures et d'outils pour renforcer leurs zones de faiblesse.

Transferts hôpitaux-CHSLD : la fragilisation des milieux de vie

36 Les hôpitaux québécois comptent généralement un certain nombre d'usagers et d'usagères considérés en « niveau de soins alternatif » (NSA). Cela signifie que ces personnes occupent un lit dans une unité de soins hospitaliers, mais que leur état ne requiert pas le niveau de services qui leur sont donnés dans cette unité. Elles sont habituellement en attente d'une place dans une ressource d'hébergement ou de réadaptation. En plus du plan de délestage des chirurgies, c'est aussi cette clientèle qui a été visée lors de la libération des lits entre la mi-mars et la fin mars 2020. Elles ont été

[13] Par exemple, la Table Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), regroupant les directeurs du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées des établissements qui chapeautent notamment les CHSLD.

transférées, entre autres, dans les CHSLD, avec l'inconfort pour bon nombre d'entre elles d'un déménagement précipité, sans l'accompagnement de leurs proches.

37 L'objectif était de libérer 80 % des lits NSA pour renforcer la capacité hospitalière.

38 Au sein du MSSS, la DGAPA a coordonné ces transferts, ce qui fait partie de ses attributions habituelles. Or, au moment de libérer autant de lits dans les hôpitaux, cette stratégie a fragilisé des CHSLD en les plaçant en surcapacité pour la prise en charge de personnes âgées vulnérables. Au surplus, ces dernières allaient devenir de plus en plus fréquemment des cibles du virus.

39 Selon des données du MSSS obtenues en cours d'enquête, entre le 1er mars et le 31 mars 2020, on constate une augmentation significative de 31 % des admissions en CHSLD comparativement aux autres périodes mensuelles de l'année 2019-2020. Cela représente 1714 personnes admises en CHSLD, dont 865 personnes provenaient des hôpitaux. Normalement, 1311 personnes sont admises en CHSLD, en moyenne à chaque période[14].

40 Dès la mi-mars, les transferts d'usagers et d'usagères dans les CHSLD ont suscité des inquiétudes : manque d'ÉPI, problèmes pour y implanter des aires de confinement et des zones froides et chaudes, contamination de résidents et de résidentes, retrait de membres du personnel victimes du virus. En pareil contexte, les mesures prévues dans le *Guide pour l'adaptation de l'offre de service en CHSLD*[15], transmis au réseau de la santé et des services sociaux le 12 mars 2020, ainsi que les directives qui ont suivi en matière de PCI pouvaient difficilement être mises en œuvre.

41 Certains acteurs du réseau, préoccupés par la situation, sont allés jusqu'à interpeller, entre la mi-mars et la fin mars 2020, les hautes autorités du MSSS, et considèrent aujourd'hui qu'ils n'ont pas été entendus, en ce que la stratégie de délestage des activités hospitalières demeurait la priorité. Alors que des éclosions commençaient à émerger dans des milieux de vie, ces personnes estiment que les transferts auraient dû cesser dès la fin mars, le temps que les CHSLD s'organisent pour mieux faire face aux événements. Dans l'intervalle, il y avait encore une certaine marge de manœuvre étant donné que les usagers et usagères NSA pouvaient demeurer dans les hôpitaux durant quelques jours supplémentaires en raison du nombre de lits encore disponibles. En effet, en date du 29 mars, environ 6 000 lits étaient disponibles dans les hôpitaux du Québec, en raison des

[14] Système d'information pour la coordination régionale des admissions (SICRA), Données du Mécanisme d'accès à l'hébergement de chacune des régions, Tableau *Admission en hébergement pour une place en CHSLD 2019-2020;* Tableau *Admission en hébergement pour une place en CHSLD-Localisation au moment de l'admission 2018-2019 P13 à 2019-2020 P02 & 2019-2020 P13 à 2020-2021 P12.*

[15] MSSS, *Guide pour l'adaptation de l'offre de service en centre d'hébergement et de soins de longue durée en situation de pandémie COVID-19*, 12 mars 2020, [en ligne] consulté le 8-11-2021. Ce guide prévoyait principalement les activités pouvant être délestées en CHSLD lors d'un éventuel manque de personnel, ainsi que des orientations très générales de préparation à une pandémie, telles que la mise à jour des niveaux de soins chez les usagers et les usagères ainsi que la mise en place de stations de désinfection des mains et de distribution de matériel de protection.

actions de délestage des services, dont les chirurgies et les transferts d'usagers et d'usagères.

42 Ce n'est que le 11 avril, alors que la perte de contrôle en CHSLD acculait le MSSS au pied du mur, qu'ont cessé les nouvelles admissions d'usagers et d'usagères NSA en CHSLD. Selon certains, la DGAPA, malgré son implication auprès des comités de sécurité civile, n'avait pas d'influence, d'expertise et d'écoute au sein du MSSS pour renverser la stratégie qui était déjà en train de se mettre en place en préparation à la pandémie. La situation a toutefois changé lorsque, vers la mi-avril, la crise a pris de l'ampleur et que plusieurs milieux de vie ont été hors de contrôle, multipliant les éclosions et les décès.

43 Pour le MSSS, le délestage des lits répondait à une logique qui s'applique aussi en temps normal, à savoir que si des personnes n'ont pas besoin d'être soignées à l'hôpital, on doit, autant que possible, les diriger vers des services adaptés à leur état. C'est un raisonnement auquel souscrit le Protecteur du citoyen dans la gestion habituelle des hôpitaux. Il faut également tenir compte qu'on prévoyait que les hôpitaux seraient les premiers touchés par la propagation du virus. Dans cette éventualité, l'on pouvait vouloir réduire les risques que les usagers et les usagères NSA, par définition des personnes fragilisées, contractent la COVID-19, ceci en les gardant à distance du milieu hospitalier.

44 **Ce n'est donc pas d'avoir dégagé une telle disponibilité des lits dans les hôpitaux qui est remise en cause. Le problème est plutôt de ne pas avoir bien évalué la capacité des CHSLD à jouer le rôle radicalement différent qu'on en attendait dans un contexte de pandémie, et de ne pas les avoir outillés et protégés adéquatement à la lumière de leur manque de robustesse pour faire face à de telles conditions, considérant aussi la grande vulnérabilité des personnes qui y résident.**

45 Des correctifs ont été apportés au cours de la crise et en préparation à la deuxième vague, entre autres, en matière d'évaluation de la capacité de prise en charge des CHSLD dans les trajectoires de délestage. De plus, le Protecteur du citoyen a constaté l'abandon de modes de fonctionnement en vase clos et la mise en place d'une collaboration et d'une coordination plus fluides entre les différentes missions du MSSS. Par exemple, un sous-comité, auquel participe la DGAPA, et relevant du comité directeur clinique COVID-19 de la direction générale responsable des soins hospitaliers, a été créé en préparation à la deuxième vague. Ce sous-comité a pour mandat l'encadrement de la couverture médicale en CHSLD[16]. S'ajoute à cela que la prolifération des éclosions en CHSLD a mené à la mise en place de rencontres quotidiennes entre la DGAPA et la Direction générale de la santé publique (DGSP). Tous s'entendent pour dire qu'une fois instaurées, ces collaborations étroites ont été bénéfiques. La situation critique des CHSLD a été un catalyseur de cette

[16] Il a permis notamment la transmission au réseau le 13 avril 2020 du Guide pour la prise en charge des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, [en ligne] consulté le 28-10-2021. Des directives en matière de couverture médicale dans les milieux de vie pour aînés en contexte de pandémie de COVID-19 ont été émises en décembre 2020, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

collaboration. Ces façons de faire doivent devenir un réflexe dans un contexte de gestion de crise ou de toute situation nécessitant une cohésion des expertises.

Gestion des risques dans les milieux de vie en temps de crise : le MSSS a-t-il l'expertise nécessaire ?

46 La mission relative à l'hébergement en soins de longue durée est-elle bien soutenue par le MSSS, en termes de ressources et d'expertise, en cas de situation à haut risque? La question s'est posée en cours d'enquête. Différents acteurs, à l'intérieur comme à l'extérieur du MSSS, ont fait part de leurs doutes.

47 Le Protecteur du citoyen retient de leurs témoignages qu'une expertise externe au MSSS est, en temps normal, fréquemment sollicitée et pertinente lors de l'élaboration de politiques ou d'orientations en matière de santé et de services sociaux. Or, en contexte d'urgence, cette façon de faire n'a pas permis d'orienter des décisions cruciales en temps opportun, notamment en matière de gestion des risques pour les CHSLD alors qu'on parlait de l'émergence possible du virus.

48 Ce n'est qu'à la deuxième semaine d'avril, avec la confirmation de la crise en CHSLD, que la ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre responsable des aînés ont présenté des mesures renforcées de protection dans les milieux de vie. Par la même occasion, elles ont mis en place un comité consultatif d'experts pour guider le MSSS et les milieux de vie du réseau public. Ces précautions s'avéraient tardives et insuffisantes pour plusieurs CHSLD. Tel que mentionné, la DGAPA n'avait pas l'expertise requise en PCI. De leur côté, la Direction générale de la santé publique et la direction générale responsable des soins hospitaliers ne connaissaient pas bien ces milieux de vie et leurs clientèles.

49 L'enquête rend compte d'actions de la DGAPA visant la rédaction ou la mise à jour de documents de soutien en matière de PCI ou d'organisation des services, transmis aux établissements à la mi-mars 2020 et suivis de nombreuses mises à jour quotidiennes. Par ailleurs, ces documents, de nature générale, n'ont pas permis d'avoir un impact concret et opérationnel sur le terrain. Ce constat est corroboré par les nombreux témoignages reçus lors de l'enquête du Protecteur du citoyen auprès des personnes ayant vécu la crise dans les CHSLD. La nécessité de concerter des expertises se trouvant au sein de différentes directions du MSSS a rendu difficile la transmission rapide de directives coordonnées et opérationnelles en temps opportun.

50 De plus, pour être pleinement efficaces et efficientes, ces directives auraient dû être plus rapidement accompagnées de moyens et de ressources tenant compte de la fragilité préexistante de ces milieux.

51 Finalement, ayant questionné plusieurs intervenants et intervenantes au regard de l'application du principe de précaution[17], le Protecteur du citoyen constate que ce principe

[17] « Lorsque le risque est marqué par la complexité, l'incertitude ou l'ambiguité, il est utile d'ajuster les approches de gestion en conséquence (section 3.1.2.3). En particulier, « Le principe de précaution vise à permettre aux décideurs de prendre des mesures de protection lorsque les preuves scientifiques relatives à un

n'est pas compris et partagé comme faisant partie intégrante du processus de gestion des risques. Le Protecteur du citoyen considère que ce principe devrait s'inscrire, de façon systématique, au centre de toute démarche d'évaluation et de gestion des risques.

3.1.2 Recommandations

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-1 Mettre en place une politique en matière d'évaluation et de gestion des risques concernant les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Cette politique devrait avoir pour buts :

- D'outiller les directions générales du MSSS de l'expertise médicale, clinique et scientifique nécessaire à l'évaluation de la gestion des risques de façon adéquate et globale, et ce, afin d'anticiper les impacts sur les clientèles visées;
- De prévoir des trajectoires sécuritaires pour les usagers et les usagères qui doivent être relocalisés en contexte d'urgence et de crise, ceci afin de répondre adéquatement et rapidement à leurs besoins;
- De placer formellement le principe de précaution au centre de la démarche d'évaluation et de gestion des risques.

R-2 Formaliser les mécanismes de concertation et de communication entre les directions générales du MSSS en contexte de crise ou de toute autre situation nécessitant une cohésion des expertises afin d'écarter les fonctionnements en vase clos et de favoriser la compréhension et la cohérence globale des actions.

3.2 Des milieux de vie peu au fait des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) à déployer en temps de pandémie / Instaurer une culture de PCI forte dans les CHSLD

« Il y avait une méconnaissance du rôle et des responsabilités entre deux entités pour la mise en place des mesures de prévention et de contrôle des infections en CHSLD. Est-ce que cela relevait de la Direction des soins infirmiers ou de la Santé publique ? Quand on fait un mixte des deux, on est dans une tempête parfaite. »

« La prévention et le contrôle des infections, cela fait partie de la vie de tout le monde dans les milieux de soins. Mais tant et aussi longtemps que tu n'as pas été infecté, ça ne t'intéresse pas. Mais là, il faut que cela devienne un mode de vie. »

danger pour l'environnement ou la santé humaine sont incertaines et que les enjeux sont importants » (Service de recherche du parlement européen (EPRS), 2015, p.1) », dans La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2016, p. 61. Voir aussi le texte de l'INSPQ « *Le principe de précaution* », [en ligne] consultés le 8-11-2021.

3.2.1 Les constats du Protecteur du citoyen

Des CHSLD pris d'assaut, des pratiques en PCI méconnues

52 Bien que la pandémie de COVID-19 soit un évènement inédit, les établissements de santé du Québec ont connu antérieurement des épisodes de crise liés à des infections nosocomiales, dont la crise du C-difficile qui a donné lieu au rapport Aucoin en 2005[18]. Plusieurs considèrent que ces événements ont marqué un point tournant qui a généré plusieurs avancées en matière de PCI. Donnant suite à ce rapport, des investissements de 21,5 millions de dollars ont été faits pour mieux outiller les établissements et mieux camper les rôles, les responsabilités et l'imputabilité en matière de PCI.

53 Toutefois, il semble qu'une fois la crise passée, et le sentiment d'urgence estompé, l'on ait souvent le réflexe – c'est humain – de passer à autre chose et de faire de la place à d'autres préoccupations. En l'occurrence, la réforme du réseau de la santé de 2015 et sa vaste restructuration ont été un coup dur pour la gestion et l'expertise en PCI dans les établissements. Par exemple, des infirmières ont quitté des postes liés à la PCI pour d'autres types d'affectation, et des postes de gestion ont été retranchés. Une centralisation de la gestion et de l'expertise en PCI s'est alors produite, ce qui a constitué un recul de l'avis d'experts. Certains questionnent aussi le véritable niveau de responsabilité et d'imputabilité de la prévention et du contrôle des infections au sein des établissements.

54 Le Protecteur du citoyen prend acte du développement de nouvelles pratiques telles que des programmes de surveillance des maladies nosocomiales et le monitorage de l'hygiène des mains, la publication d'un cadre de référence[19], la parution de guides, tels que le guide de prise en charge des éclosions d'influenza dans les milieux de vie[20], et la présence d'une expertise de pointe au sein des CISSS et CIUSSS. Néanmoins, les constats suivants s'imposent :

- L'expertise PCI s'est principalement développée dans les milieux hospitaliers plutôt qu'en CHSLD, dû au fait que les hôpitaux sont des milieux de soins aigus appelant au maintien d'un environnement hautement aseptisé;
- Les ratios d'infirmières spécialisées en PCI étaient insuffisants pour couvrir adéquatement les hôpitaux et les autres missions d'un établissement, comme les CHSLD;
- Les pratiques et les connaissances en matière de PCI n'étaient pas implantées comme elles auraient dû l'être pour faire face à un virus d'une telle force dans

[18] MSSS, *D'abord, ne pas nuire… Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité-Rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales* (Rapport Aucoin), 2005, [en ligne] consulté le 8-11-2021.
[19] MSSS, *Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec-Les infections nosocomiales,* 2017. (Première édition 2006, révision 2017), [en ligne] consulté le 8-11-2021.
[20] MSSS, *Guide d'intervention influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Prévention, surveillance et contrôle, Groupe de travail provincial sur l'influenza en milieu fermé,* 2006, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

les CHLSD au printemps 2020, soit avant l'arrivée de la COVID-19. Cette lacune n'avait pas été détectée par le MSSS lors de la préparation à la pandémie en raison de la confusion entourant le partage de la responsabilité PCI et du manque de données ou d'indicateurs en la matière;

- Aucune mesure de renforcement n'a été déployée dans les CHSLD en matière de PCI avant la crise;
- Au cours de la première vague, les CHSLD ont reçu à peu près au même moment que les hôpitaux des directives similaires, par exemple pour l'instauration des zones chaudes et froides. Ils n'avaient toutefois pas la même capacité de les mettre en place efficacement, en raison notamment d'enjeux de gouvernance, de connaissances, de ressources disponibles et d'expertise locale;
- Il revenait aux CISSS et aux CIUSSS de soutenir les milieux d'hébergement privés, et ce, en vertu de leur responsabilité populationnelle. Cette responsabilité et la teneur du soutien attendu n'étaient cependant ni clairement établies ni vraiment comprises de part et d'autre au début de la pandémie.

55 Selon les informations obtenues dans le cadre des échanges entre le Protecteur du citoyen et des instances de la Colombie-Britannique, cette dernière a été très proactive en début de pandémie quant à la préparation des établissements de soins de longue durée en matière de PCI. Dès la première éclosion survenue dans un centre de soins de longue durée, vers le 7 mars 2020, des équipes ont rapidement été déployées dans les centres de soins de longue durée aux prises avec une éclosion. Un guide détaillé et répondant spécifiquement aux enjeux de ces milieux en matière de PCI, a aussi été produit, dès la mi-mars. La rapidité de l'implication et du support des autorités régionales de santé publique quant à la mise en place des mesures PCI a été identifiée comme un bon coup dans la gestion de la pandémie par les autorités britanno-colombiennes. Le Protecteur du citoyen considère que ces mesures démontrent une anticipation et une capacité du réseau de la santé de répondre aux enjeux d'implantation des mesures PCI dans les milieux de soins de longue durée.

Les CHSLD : des entités avec une double mission

56 L'identification des CHSLD comme des entités vouées uniquement à leur mission de milieu de vie les a privés d'une expertise et d'une préparation adéquate en matière de PCI. Pour résumer, plusieurs ont dit que « l'approche milieu de vie » venait en contradiction avec les mesures de PCI. Ceci illustre bien les divergences qui existent entre deux conceptions qui devraient pourtant être indissociables, soit le CHSLD à la fois milieu de vie et milieu de soins. Selon cette optique, les CHSLD doivent être en mesure de faire coexister ces deux volets. Pour ce faire, ils doivent être vus comme des entités qui :

- Sont propices aux éclosions;
- Accueillent des personnes parmi les plus vulnérables;
- Doivent être dotés de ressources en prévention et contrôle des infections omniprésentes, mais discrètes;
- Doivent se prêter à un dialogue constructif entre les intervenants et intervenantes responsables des différentes missions.

57 Se greffe à cela la difficulté d'intégrer plus solidement les meilleures pratiques de base en PCI alors que le personnel est surchargé et en nombre insuffisant, même en temps normal. Lors de la première vague de la crise, la désorganisation et l'absence d'une gouvernance locale dans certains milieux ont rendu impossible l'implantation du flux des nombreuses directives venant du MSSS. Il en est question plus loin dans ce rapport.

58 Par ailleurs, d'un milieu de vie à un autre, l'on observe une disparité importante quant à l'accès à de la formation en PCI[21]. Seuls certains établissements ont une orientation en PCI et des modules de formation en continu. En général, la formation, tant académique du personnel que celle donnée de façon continue en milieu de travail, est déficiente. S'ajoute un constant roulement de personnel qui compromet l'acquisition, l'intégration et le maintien de connaissances en matière de PCI. En période de COVID-19, il va pourtant de soi que ces notions doivent être déjà intégrées aux fonctionnements quotidiens.

59 Selon des experts entendus lors de l'enquête du Protecteur du citoyen, l'implantation d'une culture PCI solide dans les milieux de vie requiert des actions au plan du rôle des infirmières spécialisées en cette matière, afin que cela devienne la responsabilité de tous et toutes. Souvent appelées à pallier la faiblesse des acquis en matière de PCI en constituant des équipes peu au fait des notions essentielles, ces infirmières seraient alors davantage appelées à jouer leur véritable rôle en fonctionnant de concert avec les gestionnaires des milieux de vie. Ce faisant, elles définiraient avec eux, en amont, un contexte de travail et un environnement imprégnés des pratiques actualisées en matière de PCI.

60 À l'opposé de cette vision des choses, le fonctionnement qui semble prévaloir actuellement confie la responsabilité des apprentissages et de l'implantation des pratiques uniquement aux infirmières spécialisées en matière de PCI.

61 Enfin, le manque de données et d'indicateurs présentant un état de situation général et local en matière de PCI dans les CHSLD n'a pu soutenir l'application des mesures.

Des retards à rattraper à vitesse « grand V »

62 C'est donc en pleine crise, constatant que plusieurs CHSLD avaient perdu le contrôle des éclosions au début avril 2020, qu'il a fallu, précipitamment, remédier aux lacunes et redresser la situation.

63 Des équipes en provenance de différents établissements ou des directions régionales de santé publique, ont été déployées pour apporter leur soutien. Des membres des Forces armées canadiennes, de la Croix-Rouge et d'Ambulance Saint-Jean ont également fourni leur aide aux CHSLD, ainsi que des effectifs spécialisés en matière de contrôle des infections surnommés « SWAT ». À ce moment, les besoins, tant des CHSLD publics que privés, ainsi que ceux des RPA, dépassaient substantiellement les ressources normalement affectées à la PCI dans les établissements et au sein des directions de santé

[21] *Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 au printemps 2020,* Institut national de santé publique du Québec, 2020, p. 23, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

publique. C'est pourquoi de grands hôpitaux non fusionnés ou même des organismes externes ont été mis à contribution.

64 En avril et en mai 2020, la formation *Prévention et contrôle des infections : formation de base en contexte de la COVID-19,* d'une durée de trois heures, a été élaborée et mise en ligne via la plateforme Environnement numérique d'apprentissage. Elle s'adresse au nouveau personnel ou à ceux et celles qui auraient besoin de rafraîchissement sur ces notions.

65 Par ailleurs, à la même période, le MSSS est passé à l'action dans le cadre de mesures plus structurantes, entre autres, l'élaboration et le déploiement du *Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie*[22]*.* Le Protecteur du citoyen constate que les objectifs de ce plan constituent une reconnaissance des lacunes constatées dans son rapport d'étape portant sur la première vague.

66 Le MSSS a également mis en place une formation « Champions PCI » dans les milieux de vie. Du même souffle, il a créé, en juin 2020, la Direction de la PCI dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation en santé et services sociaux. Un travail de collaboration s'est instauré entre cette direction et les autres directions générales du MSSS, telle que la DGAPA, notamment concernant l'instauration des mesures PCI dans les nouvelles maisons des aînés. Cette collaboration devra perdurer dans le temps et se systématiser.

67 Étant donné les failles constatées, il a aussi implanté un système de traitement de données permettant une vigie des éclosions dans les milieux de vie.

68 Les ratios d'infirmières spécialisées en PCI dans les CISSS et les CIUSSS ont été augmentés en tenant compte notamment de leurs responsabilités populationnelles et à l'égard des milieux privés d'hébergement. En septembre 2020, une demande de financement pour le rehaussement des ratios d'infirmières en PCI a été acceptée par le Conseil du trésor, et ce, pour les exercices financiers 2020-2021 et 2021-2022.

69 Ces investissements doivent, de l'avis du Protecteur du citoyen, être récurrents pour assurer la pérennité d'une culture PCI forte dans les CHSLD et les autres milieux de vie. D'ailleurs, une augmentation des ratios de 20 % était recommandée depuis 2017, conjointement par la direction générale adjointe en protection de la santé publique du MSSS, par la direction nationale en soins et services infirmiers du MSSS et par la Table nationale en prévention des infections nosocomiales[23].

---

[22] MSSS, *Plan d'action pour renforcer et assurer l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation*, 18 août 2020, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

[23] *Faire face aux défis actuels et futurs en prévention et contrôle des infections (PCI) dans les établissements de soins : proposition d'ajustement des ratios d'infirmières en PCI, ministère de la Santé et des Services sociaux*, novembre 2017 (document de travail).

70 Enfin, le *Guide des éclosions pour les CHSLD et les résidences pour aînés*[24] a été transmis à l'ensemble du réseau des soins et des services à l'automne 2020.

La PCI : élevée au rang d'une gouvernance de haut niveau

71 À l'issue de la crise de la première vague, une nouvelle forme de gouvernance en PCI, cette fois partagée entre le MSSS et les CISSS et CIUSSS, s'est mise en place. Le Protecteur du citoyen a constaté une réelle volonté du MSSS de maintenir les discussions cliniques entre experts PCI. Par-delà les initiatives implantées, les autorités responsables ont surtout donné au Protecteur du citoyen l'assurance que l'on ne retournera jamais à une absence de gouvernance et d'imputabilité en PCI.

72 Les nouvelles avenues privilégiées et en cours de mise en place par le MSSS sont :

- Un véritable changement de culture organisationnelle, en matière de gouvernance et d'imputabilité;
- Une prise en charge des orientations par la haute direction des établissements au moyen de la désignation d'une personne gestionnaire formellement responsable de son application dans les meilleures conditions au sein des établissements;
- Une direction ministérielle en matière de PCI dans les milieux de vie créée pour s'assurer de l'application des orientations et pour supporter les établissements;
- Un sous-comité consacré à la PCI au sein du comité de gestion du réseau assurant la coordination entre le MSSS et les CISSS et CIUSSS.

L'avènement de changements durables

73 Le Protecteur du citoyen salue les mesures de rattrapage prises afin de mieux encadrer et appliquer la PCI. Parallèlement aux actions posées par le MSSS, l'un des enjeux de taille demeure leur pérennité. Ainsi, il est opportun d'avoir créé une direction ministérielle responsable de la PCI dans les CHSLD. Mais, à l'issue de l'enquête du Protecteur du citoyen, des interrogations subsistent :

- Prévoit-on munir cette direction des outils et des ressources nécessaires pour lui permettre de réaliser sa mission?
- Comment cette direction va-t-elle s'assurer que les CHSLD maintiennent de bonnes pratiques une fois la crise passée? Selon le Protecteur du citoyen, cela requiert le maintien d'une vigie et des suivis réguliers auprès des établissements;
- Comment éviter l'approche en vase clos malgré la création d'une direction distincte de la DGAPA?

[24] MSSS, *Guide de gestion des éclosions - Volet organisationnel, À l'intention des centres d'hébergement et de soins de longue durée et des résidences privées pour aînés*, 2020, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

3.2.2 Recommandation

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-3 Élaborer et mettre en œuvre un plan détaillé de renforcement de la capacité des CHSLD à appliquer des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections. Le plan devrait notamment inclure des mesures concernant :

- La sensibilisation du personnel, des personnes hébergées et de leurs proches aidants à la responsabilité partagée de veiller au respect des bonnes pratiques de PCI;
- La formation continue des équipes de soins;
- Le respect de ratios adéquats de personnel infirmier en PCI au sein des CHSLD;
- Le rôle de la personne conseillère en PCI en fonction dans chaque CHSLD;
- L'application des bonnes pratiques;
- Les indicateurs de suivi de la performance et la reddition de comptes sur les cibles prévues;
- L'atténuation des effets négatifs des mesures PCI sur certaines clientèles hébergées et vulnérables;
- Le développement d'un système de traitement des données permettant d'avoir un portrait exact en tout temps et en temps réel des éclosions dans les CHSLD;
- La révision de la démarche d'évaluation de la qualité des milieux de vie afin de mettre l'accent sur la PCI;
- Le renforcement de la nouvelle direction PCI au sein du MSSS afin de pérenniser son influence et ses actions.

3.3 Manque d'équipement de protection individuelle (ÉPI), localement et dans le monde / Assurer un approvisionnement du réseau en ÉPI en revoyant nos approches

« Il faut augmenter nos stocks d'ÉPI et notre capacité de réaction, quitte à perdre un peu d'argent là-dedans. Et il faut faire une révision aux deux ou trois ans pour être prêt à toute éventualité. C'est la base. »

« Nos lois et nos règlements en matière d'approvisionnement doivent changer pour favoriser l'approvisionnement local. »

3.3.1 Les constats du Protecteur du citoyen

Rien à l'horizon : on ne stocke pas plus qu'à l'habitude

74 Il faut savoir qu'en période régulière, le MSSS ne gère pas lui-même l'approvisionnement et la distribution du matériel requis par les CISSS et les CIUSSS. Il ne dispose pas non plus de données centralisées sur les stocks d'équipements dans le réseau. Les CISSS et les CIUSSS utilisent différents systèmes d'information qui ne communiquent pas entre eux.

75 En situation de crise, un tel fonctionnement fait obstacle à la prise rapide de décisions concertées et cohérentes.

76 De plus, normalement, les achats ne sont pas faits dans le but de disposer d'importants surplus. C'est plutôt le principe du « *juste à temps* » qui prévaut, ici comme au plan mondial. Les CISSS et les CIUSSS ne font donc pas de réserves et évitent ainsi des coûts liés, par exemple, à l'entreposage et à la gestion des inventaires.

77 Enfin, avant la pandémie, le Québec ne comptait aucune entreprise manufacturière fabriquant des ÉPI. Il dépendait donc totalement de chaînes d'approvisionnement à l'étranger.

78 En janvier 2020, lors de la mobilisation des instances de sécurité civile du MSSS, une des premières préoccupations a été de dénombrer les inventaires d'ÉPI disponibles dans le réseau. Cet exercice a dû se faire manuellement étant donné l'absence de données centralisées. Il a alors été établi, selon un état de situation officiel de la sécurité civile du MSSS daté du 29 janvier 2020, que les réserves réparties dans les différents CISSS et CIUSSS étaient suffisantes pour répondre aux besoins usuels des deux prochaines années. Selon les informations disponibles, il n'était pas indiqué, à ce moment, de procéder à des achats massifs. Certains CISSS ou CIUSSS disposant d'une meilleure expertise en matière d'approvisionnement et d'un plus grand pouvoir d'achat ont, quant à eux, fait certaines réserves.

79 Rappelons qu'à la fin janvier 2020, la transmission du coronavirus apparaissait circonscrite à la Chine. La stratégie retenue a plutôt consisté à négocier des contrats ouverts avec les fournisseurs, afin que les CISSS et les CIUSSS, ainsi que les grands hôpitaux, s'assurent eux-mêmes de maintenir des stocks suffisants. Par ailleurs, certaines provinces canadiennes, comme l'Alberta et le Manitoba, ont eu accès à des informations leur permettant, dès décembre 2019 et janvier 2020, de poser des actions stratégiques en matière d'approvisionnement. Des experts recommandent d'ailleurs, au Québec, le développement d'une expertise fine en approvisionnement, qui permettrait de mieux anticiper les perturbations des chaînes d'approvisionnement, à l'aide de prédicteurs[25].

[25] *Gestion des équipements de protection dans le réseau québécois de la santé : chronologie des évènements, constats et recommandations*, Martin Beaulieu et Jacques Roy, collab. Sylvain Landry et Claudia Rebolledo, Centre sur la productivité et la prospérité- Fondation Walter J. Somers, HEC Montréal, 2021, p. 16, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

Le virus gagne du terrain, on centralise l'approvisionnement en ÉPI

80 L'approche initiale a évidemment dû être revue en février 2020 quand l'OMS a déclaré une pénurie mondiale d'ÉPI et une situation internationale qui laissait entrevoir des besoins accrus.

81 Au Québec, comme ailleurs, des commandes ont été passées, mais des difficultés sont apparues quant à leur réception. C'est ainsi que d'importantes quantités d'ÉPI ne pouvaient plus être acheminées aux instances du réseau de la santé selon le calendrier établi avec le fournisseur. Le contexte international est décrit par les experts comme le « far west » sur le plan de l'approvisionnement en ÉPI. L'application de toute règle habituelle du commerce international ou la fiabilité de toute entente avec des fournisseurs étaient frappées d'une grande incertitude.

82 Sur le terrain, dans les CISSS et les CIUSSS, des consignes ont commencé à circuler vers le 21 février 2020 pour une utilisation efficiente et judicieuse des ÉPI. Pour bien des intervenants et intervenantes en CHSLD, cela a signifié que le matériel était mis sous clé, rationné, insuffisant et mal utilisé. Les CISSS et les CIUSSS ont constaté une surutilisation et des vols sont survenus.

83 L'approvisionnement en matériel est vite devenu un défi de taille. À compter du 20 mars 2020, le MSSS a décidé d'en centraliser le contrôle pour un partage adéquat entre les établissements. C'était là un rôle nouveau, et ce, en l'absence de tout système automatisé d'information sur les inventaires d'ÉPI dans les CISSS et les CIUSSS. Cette lacune a entraîné des délais quant à la cueillette de données et à la prise de décisions stratégiques. Ces délais étaient tout simplement incompatibles avec l'urgence d'une crise sanitaire.

84 L'ensemble du portrait a mis en évidence la dépendance du Québec et du Canada en matière d'ÉPI par rapport à la production aux États-Unis, en Europe et en Asie.

85 Au cours de la première vague, des compagnies québécoises appuyées par des efforts coordonnés de différents ministères ont modifié leur production manufacturière pour produire des ÉPI. Par la suite, des experts ont fait consensus quant à la pertinence d'une solution hybride : en matière d'ÉPI, une certaine réserve allait être nécessaire dans l'avenir, combinée à des options de production locale.

86 Le MSSS a rapidement élaboré une stratégie d'approvisionnement, en février 2020, et ce, en fonction des informations dont il disposait. Au cours des jours et des semaines suivants, cette stratégie a évolué en cohérence avec le contexte mondial. Malgré cela, il n'a pas été possible de solidifier les chaînes d'approvisionnement, en raison notamment de la dépendance du Québec aux manufacturiers étrangers.

87 Néanmoins, la centralisation de l'approvisionnement a permis une meilleure répartition des équipements, selon de nouvelles priorités d'allocation. L'on tenait compte désormais de l'ensemble des points de distribution dont étaient responsables les CISSS et les CIUSSS, par exemple les milieux privés d'hébergement. Encore une fois, des délais de coordination entre l'augmentation des besoins et l'augmentation des allocations sont survenus.

88 Tout compte fait, la stratégie québécoise, axée sur la centralisation des approvisionnements est perçue par les experts comme une bonne pratique en période de pandémie[26]. Elle est aussi identifiée par le MSSS comme un bon coup. La stratégie ontarienne, où chaque établissement a été laissé à lui-même, a quant à elle, accentué l'effet de concurrence pour l'accès aux ÉPI[27].

89 Des problèmes liés à la distribution n'ont pas manqué de se poser étant donné que la nouvelle logistique devait se mettre en place en contexte de crise. Comme mentionné, l'absence d'un système d'information procurant des données fiables et quotidiennes sur les inventaires d'ÉPI a considérablement nui à la capacité du MSSS de s'assurer que les établissements et leurs installations disposaient du nécessaire.

Faute d'ÉPI en quantité suffisante : un risque accru de transmission par le personnel

90 La pénurie appréhendée d'ÉPI a véritablement compromis la capacité des autorités à prendre toutes les précautions requises, au moment voulu, pour la protection du personnel en CHSLD et des résidents et résidentes. Cela s'est clairement reflété dans les directives transmises aux CISSS et aux CIUSSS dès la troisième semaine de février et au cours du mois de mars 2020 concernant l'emploi « judicieux » des ÉPI. Le mot d'ordre était sans contredit d'en surveiller l'utilisation pour la réduire au minimum, plutôt que de prendre des précautions supplémentaires. Le MSSS a expliqué que ce choix a été fait dans un contexte d'imprévisibilité des volumes requis d'EPI pour faire face à la progression inconnue de la pandémie et aux difficultés d'approvisionnement.

91 Dans un contexte de propagation communautaire d'un virus aussi menaçant, la sécurité des soins et des services aux personnes hébergées en CHSLD est intimement liée à la santé et à la sécurité du personnel qui intervient auprès d'elles. Or, ces travailleurs et travailleuses, dont la santé et la sécurité ont été mises à mal[28], en raison du manque de matériel de protection approprié et du manque de formation sur son utilisation, étaient aussi à risque de contaminer les personnes hébergées. On prend donc ici toute la mesure de l'importance de disposer des ressources suffisantes pour protéger adéquatement les personnes qui sont en première ligne et les personnes proches aidantes, tous et toutes constituant la pierre angulaire de la capacité du système à assurer des soins sécuritaires aux personnes les plus vulnérables.

---

[26] Bohmer, R.M.J.; Pisano, G.P.; Tsai, T.C. « How Hospitals Can Manage Supply Shortages as Demand Surges », Harvard Business Review, 3 avril 2020, dans *Gestion des équipements de protection dans le réseau québécois de la santé : chronologie des évènements, constats et recommandations*.

[27] *Gestion des équipements de protection dans le réseau québécois de la santé : chronologie des évènements, constats et recommandations*, précité note 26.

[28] Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints par la COVID-19 au printemps 2020, précité note 21.

3.3.2 Recommandation

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-4 Mettre en place une stratégie en matière d'ÉPI visant à solidifier les chaînes d'approvisionnement, mettant en avant notamment les actions suivantes :

- Constituer, maintenir et gérer une réserve provinciale donnant une marge de manœuvre advenant une hausse subite des besoins ou une rupture soudaine des chaînes d'approvisionnement internationales;
- Proposer, en collaboration avec le Secrétariat du Conseil du trésor, des mesures législatives et réglementaires permettant le maintien d'une production et un approvisionnement local pour certains produits considérés comme stratégiques.

3.4 Détecter un virus inconnu et sournois en contexte de pénurie / Déployer rapidement les stratégies ciblées de dépistage

« Notre capacité de dépistage avait des limites. Pendant un bout de temps, la priorité pour le dépistage était mise sur les personnes symptomatiques et les voyageurs. Cela nous a pris plusieurs semaines avant d'ouvrir les tests à d'autres catégories de personnes. »

« Les personnes en niveau de soins alternatif (NSA) qu'on sortait des hôpitaux pour les envoyer dans les CHSLD n'étaient pas testées, car à ce moment-là, les critères de dépistage étaient les suivants : retour de voyage, présence de symptômes, contact étroit avec un cas positif. »

3.4.1 Les constats du Protecteur du citoyen

Un virus plus rapide que la capacité de le détecter

92 Tout comme l'approvisionnement en ÉPI, le dépistage du coronavirus est rapidement devenu une préoccupation de premier plan des autorités de santé publique du Québec, et ce, dès le mois de janvier 2020.

93 Différentes actions ont été prises dès que des données en provenance de la Chine ont rendu possible le développement d'un test.

94 En début de pandémie, l'analyse des tests de dépistage pour identifier les personnes porteuses de la COVID-19 était effectuée au Laboratoire de santé publique du Québec et une confirmation devait être réalisée au Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg. À partir du 9 mars 2020, le laboratoire québécois a cessé d'envoyer ses résultats au Manitoba, le test développé au Québec étant jugé suffisamment fiable pour éviter cette autre étape.

95 Au cours des semaines qui ont suivi, et avec la hausse de la propagation, la nécessité d'augmenter la cadence des tests et d'en transmettre les résultats le plus rapidement

possible est devenue prioritaire pour tenter de contrôler cette propagation. Les groupes ciblés ont d'abord été les personnes symptomatiques et celles revenant de voyage.

96 Or, le virus a été plus rapide que la capacité des services sanitaires québécois à en suivre la trace pour avoir un portrait juste de la situation épidémiologique.

- Comme on le sait maintenant, la COVID-19 peut se transmettre d'une personne à une autre par quelqu'un qui ne présente aucun symptôme :
  - Pré-symptomatique, cette personne en est aux tout premiers jours de l'infection et les signes ne se manifesteront que plus tard;
  - Asymptomatique, elle est atteinte par le virus, mais n'en développe aucun effet.

97 L'une comme l'autre, ces personnes peuvent être à l'origine d'une éclosion à leur insu.

98 Au casse-tête d'un coronavirus inconnu, contagieux et potentiellement mortel s'est donc ajouté cet autre volet que n'ont pas immédiatement reconnu et confirmé les milieux scientifiques, d'où des chaînes de transmission pour lesquelles l'on n'avait pas toutes les explications.

99 Par ailleurs, l'augmentation de la capacité de dépistage passait inévitablement par une décentralisation des analyses vers plusieurs laboratoires. Il n'en demeure pas moins qu'il fallait organiser et coordonner cette décentralisation, ce qui a nécessité du temps et de l'équipement.

100 Des problèmes de disponibilité de certains équipements et ressources sont rapidement apparus : écouvillons, tubes, embouts de pipette, matériel de laboratoire. Alors qu'en temps normal, les achats se faisaient en quantités limitées, la demande, tout à coup, explosait. Parallèlement, l'industrie, entre autres en Chine, ne parvenait plus à suivre le rythme.

101 En mars 2020, les autorités sanitaires québécoises ne disposaient d'aucune infrastructure d'information leur permettant d'effectuer une vigie sanitaire efficace, essentielle à la gestion d'une pandémie. Il a fallu développer un premier système à la hâte, puis un suivant. Tout cela a amené son lot de confusion quant à la façon de déclarer les cas et les décès, ce qui a pu affecter la fiabilité des données.

102 Des décisions qui devaient être guidées par l'évolution du portrait épidémiologique, par exemple la confirmation de la transmission communautaire, se sont donc prises sur la base d'un portrait approximatif. L'adaptation des priorités de dépistage à une crise et à des paramètres en changement constant a pu être retardée.

103 Le 23 mars 2020, l'apparition des premières éclosions en CHSLD a conduit les autorités sanitaires à accorder une priorité de dépistage aux milieux de vie pour les personnes âgées. Or, la directive n'a pu être appliquée simultanément sur le terrain. À cette date, la capacité de dépister était encore limitée, ce qui explique que le virus ait pu s'introduire dans plusieurs de ces milieux de vie. De nombreuses voix ont dénoncé les délais de plusieurs jours avant d'obtenir le résultat des tests, laissant des personnes âgées vulnérables et leurs proches dans l'incertitude et l'insécurité.

104 Considérant le portrait de situation, le Protecteur du citoyen est d'avis que le MSSS a pris des moyens adéquats pour organiser le dépistage et en accélérer la cadence. La priorisation des personnes hébergées a été annoncée rapidement et le déploiement des moyens sur le terrain a suivi son cours. La mise en place des décisions par les CISSS et les CIUSSS a toutefois été tributaire de ressources limitées. L'organisation locale du dépistage s'est grandement améliorée dès l'été 2020 et lors de la préparation à la deuxième vague.

3.5 Confusion dans le recrutement et l'affectation des effectifs en renfort / Planifier la venue de personnel supplémentaire

« On recueillait des noms par « Je contribue ». Mais quand on avait besoin de ces personnes, on n'avait pas la structure pour traiter le flot. Les gens étaient frustrés, ils n'étaient pas appelés. »

3.5.1 Les constats du Protecteur du citoyen

105 En mars 2020, à l'aube de la pandémie, les CHSLD ne disposaient d'aucune marge de manœuvre sur le plan des ressources humaines et ce problème était connu des autorités depuis plusieurs années. Plus encore, l'on observait des périodes sporadiques de « découverture » (quarts de travail non couverts par du personnel en nombre suffisant), plus particulièrement à certains moments de l'année, par exemple pendant et après la relâche scolaire.

106 Lors des préparatifs en vue de la pandémie, le MSSS n'a élaboré aucun scénario chiffré anticipant le phénomène de l'absentéisme lié au virus. Des plans de délestage de certaines activités en milieu hospitalier avaient été élaborés par les CISSS et les CIUSSS, mais le volume d'activité pouvant faire l'objet d'un tel délestage en CHSLD était limité.

107 Au surplus, l'absentéisme parmi le personnel s'est aggravé à toute vitesse, de sorte que le MSSS a dû réagir promptement pour faire converger de façon urgente des renforts dans les sites de crise. De plus, non seulement fallait-il assurer la couverture des soins dans les installations du réseau public, mais l'on devait aussi porter secours à des personnes hébergées dans des installations privées en grande difficulté.

Des appels à l'aide, des secours à la rescousse, beaucoup d'improvisation

108 Des actions ont été prises rapidement. En premier lieu, la plate-forme *Je contribue* a été mise en ligne le 15 mars 2020. Cette application numérique n'a pas eu l'efficacité escomptée parce qu'elle n'avait pas été conçue selon les paramètres d'un système de dotation.

109 De son côté, la direction du MSSS responsable de la planification de la main-d'œuvre, qui agit normalement comme donneuse d'orientations, s'est vue du jour au lendemain investie d'une mission opérationnelle. Or, d'une part, ses effectifs étaient insuffisants et, d'autre part, elle ne disposait pas des systèmes d'information pouvant la supporter dans cette affectation. Comment s'enquérir, en temps réel, des besoins immédiats de main-d'œuvre des employeurs que sont les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sans système centralisé de données? Faute de mieux, les fonctionnaires du MSSS devaient actualiser quotidiennement par téléphone et par courriels des données extraites manuellement par les CISSS et les CIUSSS selon leurs propres moyens et depuis des systèmes différents.

110 Parallèlement, des acteurs du réseau de la santé et les autorités politiques ont lancé à plusieurs reprises des appels au volontariat. Un élan de solidarité s'est alors manifesté à travers plusieurs initiatives locales ou régionales. Certaines ont été particulièrement salutaires pour des milieux sous pression. Chaque contribution s'est d'ailleurs avérée précieuse, que ce soit celle de professionnels en provenance du réseau de l'éducation, de médecins, de fonctionnaires d'autres ministères ou d'organismes publics, ou encore de personnes de la société civile. Des équipes arrivant de régions moins touchées ont convergé vers l'épicentre de la crise. Les déplacements ont toutefois été limités en raison de l'incertitude entourant l'évolution de la pandémie, et de la pénurie de personnel et d'ÉPI qui touchait tous les établissements.

111 Un arrêté ministériel[29] a aussi contraint des membres du personnel à travailler dans les CHSLD selon des conditions de travail imposées. Bien que justifiée par le contexte, cette mesure, prolongée dans le temps, a contribué à une certaine démobilisation. Les travailleurs et les travailleuses étaient contraints d'œuvrer à un endroit qu'ils n'avaient pas choisi, dans des conditions difficiles et risquées, en plus d'être privés de vacances. De plus, le délestage et l'organisation des équipes de renfort ne s'est pas fait dans l'optique de permettre à des professionnels de mettre à profit leurs compétences pour assurer de meilleurs soins aux personnes âgées. L'on ne faisait que parer au plus urgent et cela empêchait les autorités d'optimiser les compétences et les ressources du réseau.

Le déploiement de renforts exceptionnels

112 À la mi-avril 2020, de façon évidente, les mesures mises en place ne suffisaient pas étant donné la perte de contrôle des éclosions. Les autorités politiques ont demandé l'intervention des Forces armées canadiennes dans les CHSLD les plus touchés. La coordination de ces effectifs en renfort a été confiée à la cellule opérationnelle de sécurité civile du MSSS. Des démarches administratives ont aussitôt été entamées avec le ministère de la Sécurité publique du Québec et le gouvernement fédéral.

[29] *Arrêté ministériel numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 mars 2020,* [en ligne] consulté le 8-11-2021.

113 Le défi à relever a alors été d'arrimer les ressources militaires, déployées en équipes fixes, avec les besoins changeants des milieux de vie en désorganisation, coordination qui a connu des ratés. Ainsi, des délais liés à certaines exigences des Forces armées canadiennes, comme des visites des lieux et de la formation, n'ont pu être évités, ce qui a retardé l'arrivée d'équipes prêtes à intervenir dans les CHSLD. Des enjeux similaires se sont posés avec les personnes dépêchées sur les lieux par la Croix-Rouge.

114 En pleine crise, il s'est donc avéré complexe d'entretenir la mobilisation des renforts tout en répondant aux besoins des CHSLD qui fluctuaient au gré de la propagation du virus parmi la clientèle et le personnel. S'est ajoutée la fréquente absence de gestionnaires sur place, ce qui privait les nouvelles recrues de l'encadrement nécessaire.

115 À la lumière de ces considérations, le Protecteur du citoyen conclut que malgré les délais qui ont retardé l'arrivée de renforts opérationnels dans les milieux en crise et qui, par conséquent, ont pu causer un décalage entre les effectifs et les besoins, les actions ont été prises de façon diligente par les autorités, plus spécifiquement la DGAPA et les établissements qui ont collaboré pour prioriser les milieux de vie nécessitant des renforts.

116 Il convient cependant de souligner l'absence d'ententes préalables et permanentes entre le MSSS et des organismes externes, par exemple les Forces armées canadiennes ou la Croix-Rouge. L'enquête a révélé que de tels arrangements auraient permis de gagner un temps précieux. D'ailleurs, des accords existent entre le ministère de la Sécurité publique du Québec et la Croix-Rouge pour la prise en charge de personnes sinistrées[30].

117 Des pourparlers ont aussi été nécessaires avec des syndicats et les fédérations médicales, concernant le déploiement de leurs membres en CHSLD. Des conditions négociées à l'avance devraient s'appliquer dans de tels contextes d'urgence.

[30] https://www.croixrouge.ca/dans-votre-collectivite/quebec/services-en-cas-de-sinistre-et-d-urgence.

3.5.2 Recommandations

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-5 Mettre en place un plan provincial de déploiement de main-d'œuvre d'urgence dans le réseau de la santé et des services sociaux, incluant les ressources privées que les CISSS et les CIUSSS doivent soutenir. Ce plan comprendrait, entre autres :

- La détermination des besoins pour le maintien des services essentiels;
- Une séquence de délestage et de déploiement de ressources en renfort qui proviennent de différents organismes de paliers local, régional et national;
- Un modèle de déploiement de ressources visant à optimiser les compétences cliniques de professionnels du réseau, dépêchés en petits groupes d'intervention interdisciplinaires de type « S.W.A.T. team » ayant comme mandat de prévenir, dans les milieux de soins et milieux de vie, la détérioration physique et psychologique chez les usagers et les usagères.

R-6 Établir, avec les ordres professionnels, les fédérations et les associations de professionnels de la santé et des services sociaux, les syndicats et les établissements d'enseignement des protocoles de déploiement de main-d'œuvre supplémentaire en contexte exceptionnel.

R-7 Établir des partenariats en vue du déploiement d'effectifs de renfort de dernier recours avec des organisations de la société civile ayant une telle mission.

3.6 Une pénurie de main-d'œuvre connue de longue date / Doter les CHSLD de personnel qualifié et compétent en nombre suffisant

« Très vite, la consigne a été donnée d'éviter la mobilité du personnel autant que possible, sauf en cas de bris de service. Quand tu n'as plus de noms sur la liste de rappel, qu'est-ce qui est le plus important ? »

« La pénurie de main-d'œuvre, ce n'est pas une responsabilité des CISSS et des CIUSSS. C'est une responsabilité d'État qui doit, entre autres, avoir une stratégie de recrutement à l'international. »

« Le MSSS a un rôle de leader à jouer : planifier avec les ordres professionnels, les établissements, le ministère de l'Enseignement supérieur, l'Immigration. Ce sont différents leviers. »

« Ça fait longtemps qu'on sait qu'il manque du personnel dans les CHSLD, que le personnel n'est pas assez payé, particulièrement au privé. On a ajouté des ressources dans la dernière année, mais je ne suis pas fier de voir ce qui se passe dans nos CHSLD. On va commencer par gérer la crise actuelle, mais quand la crise va être sous contrôle, je veux qu'on revoie toutes nos façons de faire. » (Le premier

ministre du Québec, lors de l'annonce des 31 décès au CHSLD Herron, le 11 avril 2020).

3.6.1 Les constats du Protecteur du citoyen

118 Le problème aigu du manque de personnel dans le réseau de la santé et des services sociaux était connu des autorités gouvernementales et sanitaires depuis plusieurs années. Il a fait l'objet de nombreuses mises en garde, notamment de la part du Protecteur du citoyen ainsi que de multiples groupes et acteurs à même de mesurer le décalage entre les ressources humaines et les besoins du terrain. Comme l'un des interlocuteurs du Protecteur du citoyen l'a indiqué en cours d'enquête, en parlant tant des autorités que de l'ensemble de la société : « On regardait ailleurs ».

Une pénurie de personnel chronique, criante, balayée sous le tapis

119 Parmi les instances particulièrement touchées par la pénurie de personnel et le manque de stabilité de la main-d'œuvre se trouvent les CHSLD. Cela s'est avéré encore plus alarmant dès les débuts de la première vague de la pandémie de COVID 19 et cette réalité a été prise en compte rapidement. Toutefois, tel que déjà mentionné, en février et en mars, les efforts en amont étaient axés sur l'augmentation de la capacité hospitalière en soins intensifs. À ce stade, faute d'informations précises et fiables, la clientèle des CHSLD n'a pas été associée au risque le plus élevé de contamination, d'aggravation et de décès dus à la COVID-19.

120 Le réseau de la santé et des services sociaux est donc entré dans la pandémie doublement affaibli, à la fois par le manque récurrent de personnel et par les absences liées au virus. Comme bien d'autres, la direction générale du MSSS responsable des ressources humaines ne disposait d'aucune donnée centralisée pour gérer quotidiennement et de façon agile toute question concernant le personnel. Elle ne pouvait pas davantage guider les décisions du gouvernement quant à l'impact de certaines mesures sur les services en CHSLD, comme l'interdiction de la mobilité de la main-d'œuvre, le retrait des travailleurs et travailleuses ayant voyagé durant la relâche scolaire ou le déploiement d'effectifs d'urgence.

Une mobilité que le MSSS ne pouvait empêcher

121 Le Protecteur du citoyen a questionné les dirigeants et les dirigeantes du MSSS afin de connaître l'approche privilégiée et la stratégie déployée pour limiter la mobilité du personnel soignant entre les installations dans un but de freiner la propagation du virus.

122 La réponse obtenue a porté sur les circonstances décrites et soupesées par le MSSS, ce dernier expliquant ainsi qu'il n'était pas en mesure d'interdire formellement cette mobilité.

- D'abord, le MSSS soutient qu'il ne disposait d'aucune donnée chiffrée, ceci complexifiant toute décision sur la mobilité pour prévenir la contamination.
- Il craignait aussi le risque de générer des ruptures de soins.
- Un mot d'ordre des hautes autorités a été donné au MSSS de ne pas contraindre les libertés individuelles des travailleurs et travailleuses en les forçant à se

limiter à une seule installation, et ce, par crainte de compromettre la rétention du personnel. Ceci a d'ailleurs de quoi surprendre, lorsque l'on met en perspective cette position et l'adoption de l'arrêté ministériel 2020-007[31] qui suspendait l'application des conventions collectives et qui, avec le recul, a eu le même impact sur le plan de la rétention.

- Au retour de la semaine de relâche, le MSSS ne pouvait, selon lui, retirer le personnel ayant voyagé, et ce, même si la Santé publique le recommandait. Privé des informations nécessaires quant au nombre de travailleurs et de travailleuses ayant voyagé, il ne pouvait pas prévoir l'impact de ce type de décision sur la capacité du réseau à maintenir les soins. Il n'a donc pu qu'encourager de limiter la mobilité dans la mesure du possible[32]. À noter qu'au cours des dernières années, un des moyens pour contrer la pénurie de main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux a été la mobilité du personnel.
- Le recours aux agences privées de placement de personnel, devenu une solution incontournable pour combler des quarts de travail incomplets, a contribué à cette problématique de mobilité de personnel, en contexte de pandémie.

123 Alors qu'au Québec, les visiteurs et visiteuses en CHSLD ont été identifiés comme le plus grand risque de contamination dans ces milieux de vie et que des mesures drastiques d'interdiction des visites non essentielles ont été prises le 14 mars 2020[33], la Colombie-Britannique a, quant à elle, adopté une approche différente. Là-bas, les mouvements de personnel ont été identifiés comme hautement risqués sur le plan de la propagation du virus, et ont donc été rapidement et formellement interdits. Dès le 25 mars 2020, la médecin hygiéniste en chef de cette province, soit l'équivalent du directeur national de santé publique au Québec, a émis une ordonnance (*single-site order*) selon laquelle le personnel devait dès lors travailler dans un seul milieu[34]. Cela a permis à la fois de hausser les conditions salariales de l'ensemble des membres du personnel, peu importe qu'ils œuvrent dans une ressource publique ou privée, et de recueillir des données de gestion des ressources humaines nécessaires à l'application de cette ordonnance[35].

---

[31] *Arrêté ministériel numéro 2020-007*, précité note 29.

[32] Dans une directive aux CHSLD en date du 3 avril 2020, le MSSS demandait d'éviter, *dans la mesure du possible,* que les membres du personnel travaillent dans plus d'un CHSLD afin de prévenir la contamination d'une installation à l'autre (mobilité de la main-d'œuvre).

[33] Gouvernement du Québec, *Avis de suspension des visites dans tous les centres hospitaliers, CHSLD, RPA, RI-RTF*, repris dans *l'Arrêté numéro 2020-009 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 23 mars 2020*, [En ligne] consultés le 8-11-2021.

[34] Ordonnance annoncée le 25 mars 2020 : https://news.gov.bc.ca/files/1.25.2021_LTC_COVID-19_Response_Review.pdf, p. 12.
Ordonnance du 26 mars 2020 : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/covid-19/archived-docs/pho_order_long_term_care_facility_movement_march_26_2020.pdf
Ordonnance du 27 mars 2020 : https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/office-of-the-provincial-health-officer/covid-19/archived-docs/pho_order_long_term_care_facility_movement_march_27_2020.pdf

[35] BC Care providers association Review to the response to COVID-19 in seniors care and living, A dialogue with care providers, november 16 2020, Wynona Giannasi, MPA, CE, Jennifer Hystad, MSc, CE.

124 Ainsi, il apparaît que les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Québec ont pris des décisions différentes, basées sur les renseignements dont ils disposaient et selon le contexte qui leur était propre. Finalement, selon les informations obtenues par le Protecteur du citoyen, la transmission communautaire moins importante en Colombie-Britannique lors de la première vague a pu être un facteur ayant contribué à limiter les éclosions dans les milieux d'hébergement.

125 L'on sait maintenant, d'après des enquêtes épidémiologiques et selon plusieurs acteurs consultés par le Protecteur du citoyen, que les transferts de personnel entre les installations et les unités ont favorisé les éclosions au Québec. D'ailleurs, le MSSS reconnaît cet état de fait[36]. Selon lui, le risque que présentaient les mouvements de personnel a été contrebalancé avec celui de ne pas être en mesure d'assurer une continuité des soins et des services dans le réseau. Au moment de prendre ces décisions, des facteurs importants étaient méconnus, comme les modes de transmission du virus.

126 En décembre 2020, le MSSS a émis une directive[37] sur la stabilisation de la main-d'œuvre des milieux de vie publics et privés conventionnés relevant des CISSS et des CIUSSS. Cette directive donnait suite au *Plan d'action pour une deuxième vague*[38] du MSSS qui visait à établir les principes directeurs encadrant la mobilité de la main-d'œuvre afin de réduire le risque de transmission de la COVID-19 par le personnel dans les différents milieux de vie. Par cette directive, des normes quant à des exceptions encadrent désormais la mobilité de la main-d'œuvre dans les milieux de vie. Ces mesures devraient continuer de s'appliquer après la pandémie et à long terme.

La nécessité d'un arrêté ministériel comme principale marge de manœuvre

127 Tel que mentionné, les autorités gouvernementales ont adopté, le 21 mars 2020, l'arrêté ministériel 2020-007[39] visant à modifier différentes dispositions nationales et locales des conventions collectives en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'arrêté concerne, entre autres, la suspension des congés incluant les vacances, ainsi que les mouvements de personnel, les aménagements du temps de travail et l'embauche de personnel additionnel. Par ailleurs, le décret déclarant l'état d'urgence sanitaire à la grandeur du territoire québécois permet au MSSS de prendre toutes les mesures requises pour s'assurer que le réseau de la santé et des services sociaux dispose des ressources humaines nécessaires.

128 Dans les semaines qui ont suivi, des bonifications salariales ont été accordées à des catégories de personnel soignant et d'assistance dans les établissements publics et privés. On voulait ainsi tenter d'attirer du nouveau personnel et de retenir la main-d'œuvre en contexte de crise sanitaire.

---

[36] MSSS, *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague,* émission : 18-08-2020, p. 40 et 42, [en ligne] consulté le 8-11-2021.
[37] MSSS, *Directive sur la stabilisation de la main-d'œuvre des milieux de vie publics et privés conventionnés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux* - Directive ministérielle DGGMO-001, Émission : 23-12-2020, p. 41-42 et 67, [en ligne] consulté le 8-11-2021.
[38] MSSS, *COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague,* précité note 36.
[39] *Arrêté ministériel 2020-007*, précité note 29.

La main-d'œuvre comme pierre angulaire du réseau de soins

129 De l'avis du Protecteur du citoyen, non seulement a-t-on fait face, durant la première vague, au manque habituel de personnel, mais la nature des soins requis en CHSLD n'a pas été nécessairement bien comprise par les autorités du MSSS et des établissements de santé responsables de répartir les ressources. Il faut savoir que les interventions en CHSLD sont souvent vues comme un soutien aux activités de la vie quotidienne. À l'inverse, des experts considèrent que les soins infirmiers en CHSLD peuvent souvent s'apparenter à ceux des soins en milieu hospitalier en termes d'intensité, d'incertitude et de variabilité[40]. Or, cette complexité, clairement mise en évidence par la situation vécue dans les CHSLD touchés par la première vague de la pandémie, doit être reconnue.

130 Le Protecteur du citoyen insiste sur le caractère primordial de la main-d'œuvre comme pierre angulaire de la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à offrir des soins et des services de qualité. Dès lors, le MSSS doit négocier des conditions de travail qui permettront une gestion de la main-d'œuvre qui soit sécuritaire, humaine et efficiente dans un environnement de travail adéquat. Le problème du manque de personnel est de nature systémique et il est de la responsabilité de l'État d'y apporter des solutions.

131 Le Protecteur du citoyen est conscient que des initiatives ont été menées pour lutter contre la pénurie de main-d'œuvre depuis le début de la crise sanitaire, dont la formation de nouvelles cohortes de préposés et préposées aux bénéficiaires. La démarche doit se poursuivre, être élargie à tous les corps d'emploi et mener rapidement à une plus grande robustesse des ressources.

132 Il faut agir rapidement pour pallier et prévenir les impacts présents et futurs du manque de main-d'œuvre en santé et services sociaux. Il faut aussi s'assurer de retenir les nouvelles et nouveaux arrivés dans le réseau. Il est impératif d'agir et d'identifier les leviers et les stratégies fortes d'attraction, de rétention et de recrutement national et international.

133 Il est essentiel qu'un apport important en ressources humaines puisse donner une réelle marge de manœuvre au réseau de la santé et des services sociaux, et ce, tant en temps normal qu'en contexte d'urgence. Les mesures prises doivent être incitatives, persuasives, concrètes et immédiates.

134 Enfin, il est crucial de prendre soin du personnel. C'est pourquoi un soutien durable doit être fourni au personnel ayant été victime, de façon collatérale, de la pandémie. Le maintien de mesures de soutien en santé mentale en place pour le personnel ayant vécu la crise de la COVID-19 et le développement de nouvelles ressources sont importants afin de reconnaître les impacts dommageables de la crise sur celui-ci, comme la détresse et l'épuisement. De telles initiatives sont essentielles pour répondre aux besoins du personnel et favoriser sa rétention.

---

[40] INSPQ, *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, État des pratiques, septembre 2020, p. 28 et 41, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

3.6.2 Recommandations

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-8 Initier une stratégie nationale de lutte à la pénurie de main-d'œuvre et de promotion des métiers et des professions dans le domaine de la santé et des services sociaux. Cette stratégie aurait notamment comme objectifs de :

- Recueillir des données permettant d'établir un portrait exhaustif des besoins de personnel, au moyen d'un exercice de planification de la main-d'œuvre, et ce, dans les installations publiques et privées d'hébergement;
- Réduire l'absentéisme dans le réseau;
- Déployer des stratégies d'attraction et de rétention du personnel en collaboration avec divers partenaires;
- Mettre en place des stratégies de recrutement massif de personnel sur le plan national et international, comprenant des mesures incitatives et facilitant l'accès à la formation;
- Réduire, en vue de l'éliminer, la dépendance des établissements à la main-d'œuvre en provenance d'agences privées de placement de personnel;
- Examiner les champs d'exercice professionnel concernés et les activités réservées;
- Mettre à jour les stratégies existantes[41].

R-9 Maintenir les mesures d'aide et de soutien déjà en place et en développer de nouvelles. Le but poursuivi est de :

- Répondre aux besoins du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ayant vécu la crise de la COVID-19;
- Reconnaître les impacts dommageables de cette crise sur le personnel concerné, tels la détresse et l'épuisement;
- Assurer la rétention du personnel visé.

3.7 Interdiction des visites en CHSLD et conséquences dramatiques / Intégrer les personnes proches aidantes, en reconnaître la contribution essentielle

« L'objectif au départ était d'interrompre les visites pendant une très courte période pour prendre un pas de recul et voir à quoi on faisait face. Mais cela s'est prolongé et c'est là qu'on a sous-estimé l'apport considérable qu'avaient les proches aidants ».

[41] À titre d'exemple, le *Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux*, MSSS, février 2020, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

« Ces gens-là doivent être vus comme des collaborateurs et des partenaires, et non comme des personnes qui viennent sur place pour voir ce qui n'est pas correct. »

3.7.1 Les constats du Protecteur du citoyen

135 Le 14 mars 2020, le gouvernement du Québec a annoncé la suspension des visites aux personnes hébergées afin de les protéger en réduisant les contacts avec l'extérieur. La mesure concernait non seulement les CHSLD, mais aussi les hôpitaux, les résidences privées pour aînés ainsi que les ressources intermédiaires et de type familial (RPA, RI, RTF).

136 Les hautes autorités faisaient ainsi écho à des données en provenance de la Chine selon lesquelles les personnes de 70 ans et plus étaient particulièrement à risque de développer la forme grave de la maladie.

D'abord une interdiction de courte durée

137 Des gestionnaires ont confié au Protecteur du citoyen que la décision d'interdire les visites avait été prise à contrecœur étant donné les retombées qu'on pouvait anticiper sur les résidents et les résidentes.

138 Une telle mesure a d'abord été adoptée dans une perspective de très court terme. L'on en était encore à penser que l'offensive de la COVID-19 ne durerait pas. Or, l'interdiction des visites s'est prolongée bien au-delà des premières prévisions. Tant le monde des soins que l'entièreté de la société ont alors été témoins de la profonde détresse de personnes hébergées pour qui la présence des proches représentait, au-delà du réconfort, un lien vital.

139 Deux semaines après l'interdiction formelle des visites, une directive en provenance du sous-ministre de la Santé a été transmise aux présidents-directeurs généraux des CISSS et des CIUSSS pour demander qu'on rétablisse un contact entre les personnes hébergées et leurs proches. Les consignes visaient à diminuer chez les résidents et les résidentes confinés le stress lié à l'isolement en contexte de pandémie.

140 Les orientations à mettre en place au plus tard le 1er avril 2020 étaient les suivantes :

- Recourir à des moyens de communication pour maintenir la liaison entre les proches et les résidents et résidentes au moyen, par exemple, d'appareils téléphoniques ou d'outils technologiques de communication;
- Identifier des employés et employées, bénévoles ou autres, qui entreraient en communication avec les familles et les proches pour les informer de l'état de santé et de bien-être du résident ou de la résidente, et ce, sur une base régulière.

141 Au cours de ces semaines éprouvantes, les membres du personnel des CHSLD ont déployé des trésors d'ingéniosité pour mettre la technologie au service des retrouvailles à distance. Cela ne s'est toutefois pas fait selon la même intensité dans tous les milieux. Certains CHSLD ont pris des semaines à déployer de tels outils, tenant compte aussi que les intervenants et intervenantes étaient débordés par les soins de base. Des personnes âgées ont donc, plus que d'autres, été coupées de tout contact.

Reprise ou report des visites?

142 À la mi-avril 2020, les autorités responsables ont cherché à instaurer un équilibre entre les avantages et les inconvénients de l'arrêt des visites. D'un côté, les autorités politiques souhaitaient répondre aux attentes de la population en soupesant les risques. De l'autre côté, les autorités administratives et les milieux de vie n'étaient pas tous à l'aise avec le retour des personnes proches aidantes en contexte de crise, en période de désorganisation et faute de ressources suffisantes pour ce faire. Se mesuraient donc, d'une part, des enjeux de santé mentale et d'assistance aux aînés et, d'autre part, des impératifs de protection de leur sécurité et de leur santé physique.

143 Des discussions entre la Santé publique et la DGAPA ont mené à une ouverture prudente et graduelle des visites des personnes proches aidantes. Néanmoins, certains milieux de vie ont continué de se montrer réfractaires, craignant de nouvelles éclosions. Le MSSS a dû maintenir sa ligne et imposer la présence des proches, à des conditions strictes, comme un test de dépistage attestant la non-contamination. Des difficultés d'application de cette condition ont rapidement mené à sa levée.

144 Le Protecteur du citoyen en conclut qu'étant donné les ravages de la propagation de la COVID-19, la décision d'interdire, à court terme, les visites dans les milieux de vie pouvait se justifier. Le réflexe de protéger les aînés en écartant temporairement les personnes proches aidantes tenait compte du fait que ces dernières étaient des vecteurs de contagion potentiels. D'autres provinces ont fait face à ces enjeux, notamment l'Ontario et la Colombie-Britannique, qui ont dû, elles aussi à un certain moment, se résoudre à interdire les visites.

145 Les conséquences de cette mesure démontreront plus tard qu'on a sous-estimé la précieuse contribution des personnes proches aidantes. Autrement dit, au plus fort de la crise, les CHSLD ont été privés de l'aide compétente de personnes qui connaissaient leurs proches respectifs et le milieu de vie. Heureusement, les directives pour les proches aidants et les visiteurs ont été modifiées au fil des semaines. Graduellement, à partir de la mi-avril, les personnes proches aidantes ont été mieux outillées pour revenir sur les lieux. En mai et juin 2020, avec le déconfinement graduel, elles y ont été plus présentes.

146 La première vague aura prouvé, hors de tout doute, que les personnes proches aidantes en CHSLD doivent être accueillies au sein de l'équipe de soins et disposer des outils qui leur permettent de jouer leur rôle.

3.7.2 Recommandations

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-10 Reconnaître la contribution des personnes proches aidantes en CHSLD et les intégrer à titre de partenaires au sein du milieu de vie. Pour ce faire, leur fournir un encadrement adéquat et un soutien efficace, entre autres, par de la formation continue et une consolidation de leur collaboration avec l'équipe de soins et d'assistance.

R-11 S'assurer que l'accès des proches aidants en CHSLD ne soit jamais interdit, mais plutôt encadré, à moins d'une situation exceptionnelle et de courte durée, en veillant à les soutenir et à les impliquer en tant que partenaires essentiels, et ce, en respect de leur volonté et de leur capacité d'engagement.

R-12 Encourager les échanges à distance entre les personnes hébergées et leurs proches aidants et membres de leur famille, au moyen d'outils technologiques.

3.8 Manque de fluidité dans l'application des consignes et impacts négatifs sur l'organisation des services / Mieux communiquer pour rapprocher la réalité « terrain » des autorités et vice-versa, et implanter une forte gestion de proximité dans chaque CHSLD

« La directive n'était pas encore descendue sur le terrain à tous les niveaux au sein des CISSS et des CIUSSS que déjà il y avait un changement dans la directive. »

« Il était difficile de faire descendre les consignes en temps réel et d'organiser la mise en œuvre rapide des changements. On tricotait le tapis en marchant dessus. »

« Il faut s'organiser pour devenir plus agiles. Cela doit faire partie de l'ADN des établissements et des milieux de vie. »

« Ce n'est pas pour rien qu'on parle d'avoir un gestionnaire dans chaque CHSLD. C'est pour s'assurer que les directives soient bien appliquées sur le terrain. »

3.8.1 Les constats du Protecteur du citoyen

147 De l'avis de plusieurs, la désorganisation dans de nombreux CHSLD durant la première vague de la pandémie est liée à la distance structurelle et décisionnelle entre ces installations et les autorités du réseau de la santé et des services sociaux. La réforme du système de santé de 2015 a créé de plus grandes structures sans les doter de gestionnaires en nombre suffisant[42].

[42] À titre d'exemple, voir l'Annexe 3 qui illustre la structure organisationnelle d'un CIUSSS.

148 Cela peut expliquer, en partie, que la réalité de la crise telle que vécue sur le terrain ne se rendait pas jusqu'aux hautes autorités pour rendre compte, au jour le jour, d'indicateurs concrets quant aux conséquences des événements et aux besoins quotidiens. Parallèlement, les consignes sanitaires et les directives du MSSS ne rejoignaient pas les intervenants et intervenantes en CHSLD avec l'efficacité et la rapidité que l'urgence de la situation commandait.

149 Or, l'on était en contexte d'évolution constante sur le plan :

- Des connaissances concernant le virus;
- De la prise en compte des nouvelles données sur la COVID-19;
- Des décisions prises en urgence;
- De la disponibilité des ressources humaines et matérielles;
- De l'adaptation des ressources et des services aux priorités dictées notamment par la multiplication des cas positifs, des foyers d'éclosion et des décès.

Cafouillage dans l'application des directives provenant du haut de la pyramide décisionnelle

150 Dans la précipitation, la transmission des informations et des consignes concernant les meilleures pratiques a, de l'avis de nombreux témoins, reflété un réel cafouillage à un moment où la communication « verticale » – à partir des experts et des autorités du MSSS et des CISSS et CIUSSS jusqu'au terrain – aurait dû mieux outiller et sécuriser le personnel des CHSLD ainsi que les personnes hébergées et leurs proches. En pareilles circonstances, l'objectif premier doit être de véhiculer un message clair, uniforme, adapté, et ce, pour éviter toute confusion ou impression de contradiction.

151 L'absence, dans plusieurs CHSLD, d'un gestionnaire local faisait en sorte que l'information provenant du haut de la pyramide décisionnelle, transmise à une cadence accélérée, perdait bien souvent de son impact, voire de son sens, faute de supervision par une personne nommée à ce titre qui en aurait assuré l'application. Sans gestion de proximité, l'adaptation des ressources pour tenter de mieux contrôler la crise a tardé.

152 Le manque de direction locale a souvent entraîné une perte de clarté dans le partage des tâches et une démobilisation du personnel, celui-ci affecté par le manque de leadership et d'imputabilité au sein même des CHSLD frappés de plein fouet. Ce sentiment de démobilisation était d'ailleurs aussi répandu chez la main-d'œuvre régulière qui assistait impuissante à la dégradation dramatique de son environnement de travail, que parmi le personnel remplaçant qui ne se sentait ni encadré, ni soutenu.

153 Un fossé a aussi été constaté entre le MSSS et les CISSS et CIUSSS. D'une part, le MSSS se donne pour mission de donner de grandes orientations plutôt que d'intervenir sur le plan opérationnel. D'autre part, les établissements revendiquent leur autonomie pour définir les moyens d'action. Entre les deux, l'écart a pu alourdir la prise de décision et nuire à l'agilité des fonctionnements. Somme toute, la crise sanitaire a renforcé une approche de gestion « descendante » (top-down), conception qui a émergé au tournant de

la réforme de 2015, et de centralisation des pouvoirs. Cela a généré une certaine paralysie des milieux de vie constamment bombardés d'orientations revues et modifiées.

154 Le Protecteur du citoyen estime que les CHSLD ne disposaient d'aucune structure de gouvernance locale leur permettant d'appliquer de façon optimale les directives qui leur étaient acheminées et de prendre des décisions de nature organisationnelle, éclairées et adaptées en temps opportun. D'où l'importance d'implanter une gestion de proximité, opérationnelle en tout temps, pour bien identifier la réalité et les enjeux propres à chaque milieu de vie.

155 Chaque CHSLD doit disposer d'une autonomie de gestion, par la mise en place d'une gouvernance forte distincte, afin de placer les personnes hébergées et leurs proches au cœur des décisions qui les concernent.

156 À l'automne 2020, le MSSS a exigé que les CISSS et les CIUSSS intègrent dans chaque CHSLD sous leur gouverne une personne ayant comme mandat d'agir à titre de gestionnaire responsable. Il y a aussi eu des ajouts de chefs d'unité par la révision à la hausse des ratios de personnel clinico-administratif. Le Protecteur du citoyen estime que c'est un pas dans la bonne direction afin de renforcer la gestion de proximité. Cela dit, une fois en place, la personne qui agit à titre de gestionnaire local doit disposer d'une réelle capacité d'agir et de l'autorité requise pour ce faire.

157 Des outils doivent donc être développés pour :

- Permettre la gestion de proximité;
- Renforcer l'imputabilité;
- Maintenir la qualité des services au sein du CHSLD;
- Assurer la reddition de comptes.

158 De plus, un plan de relève de la gestion locale doit être élaboré en cas d'imprévu.

159 Les particularités et la complexité de la mission des CHSLD doivent également être mieux connues et reconnues. Dès lors, il importe de mener une réflexion sur la pertinence de décentraliser, dans une certaine mesure, la mission des soins de longue durée au sein des CISSS et des CIUSSS, ce qui permettrait d'en reconnaître le caractère unique.

3.8.2 Recommandations

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-13 Reconnaître la mission et le caractère unique des CHSLD au sein des CISSS et des CIUSSS par une gouvernance distincte afin de donner aux milieux de vie une autonomie plus large et une capacité accrue de s'adapter aux enjeux qui leur sont propres, notamment en donnant au gestionnaire responsable un statut et des conditions d'exercice d'encadrement lui permettant de faire preuve d'un leadership fort, fondé sur les particularités du milieu de vie.

R-14 Réviser les approches de gestion en CHSLD afin de favoriser une proximité et un fonctionnement d'équipe entre le gestionnaire responsable, les intervenants et intervenantes, les résidents et résidentes et leurs proches.

R-15 Effectuer un suivi des engagements[43] pris par les autorités des CISSS et des CIUSSS envers les CHSLD découlant des deux éditions du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD tenues en 2016 et en 2018, et en exiger une reddition de comptes.

R-16 Exiger que les CISSS et CIUSSS développent, en collaboration avec les gestionnaires concernés, des plans locaux de crise et de relève du personnel de gestion dans les CHSLD en cas d'urgence ou d'événements exceptionnels, et qu'ils en fassent la mise à jour régulièrement.

R-17 Prendre les moyens afin de véhiculer des messages clairs, uniformes, et adaptés au moyen de canaux de communication bien identifiés aux plans local, régional et national afin de faciliter la compréhension commune et d'éviter toute confusion.

3.9 Manque de données en temps opportun : systèmes d'information désuets / Accéder à des informations fiables et de qualité en tout temps

« L'information sur le terrain ne montait pas comme elle aurait dû pour alimenter le gouvernement dans sa prise de décision. Malheureusement, en temps de pandémie, si la qualité de l'information n'est pas là, cela implique des délais dans les décisions et cela peut être fatal. C'est une question d'heure. »

« Les systèmes de gestion du MSSS ont des lacunes. Si la question n'est pas bien posée, la bonne information n'est pas générée. »

« On est en train de passer du fax aux feuilles Excel, et des feuilles Excel à des systèmes d'information qui se tiennent. »

[43] https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/engagements-du-forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/,[en ligne] consulté le 9-11-2021.

« Ce qu'on veut, c'est de l'information en temps réel. C'est de ça qu'on a besoin. On n'a pas les moyens d'attendre trois semaines pour avoir une réponse quand on doit prendre des décisions de gestion. C'est aussi simple que ça. »

3.9.1 Les constats du Protecteur du citoyen

160 Phénomène souvent dénoncé, la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux en 2015 n'a pas été suivie des changements requis sur le plan informatique. Par la suite, des tentatives d'informatisation du réseau ont été freinées par la promesse de l'avènement de programmes d'ensemble plus performants. Les vraies réformes ont tardé et tardent toujours.

Des requêtes remplies à la main, des retards

161 Faute d'un système d'information centralisé, le MSSS en a été réduit à devoir se fier aux CISSS et aux CIUSSS pour remplir des requêtes manuellement et obtenir des informations qui ne leur parvenaient pas en temps opportun. Cela a été le cas, par exemple, pour des renseignements liés aux ressources humaines, aux éclosions, à la gestion du matériel, aux inventaires d'équipements et aux informations de nature épidémiologique.

162 En pleine crise sanitaire, l'on a pu mesurer les conséquences désastreuses qu'entraînait le manque de moyens de communication :

- Difficulté à avoir un portrait juste pour faire le bon diagnostic, notamment en ce qui a trait aux données épidémiologiques;
- Manque de données sur la préparation de la pandémie;
- Manque de données pour assister la gestion de la crise, notamment en matière de gestion des ressources humaines et des approvisionnements.

163 À la lumière de l'expérience de la première vague – même si la désuétude des modes de communication avait déjà été constatée bien avant la crise – l'on réalise encore davantage l'importance de pouvoir obtenir, en temps réel, les données qui guident la gestion quotidienne. Ainsi, que l'on soit en période normale ou en temps de crise, les données pertinentes doivent être disponibles et à jour, et ce, afin d'apporter rapidement des solutions adaptées aux besoins. Des systèmes efficients pourraient également renforcer les mécanismes d'imputabilité et de reddition de comptes des gestionnaires et des décideurs publics.

164 Au cours de son enquête, le Protecteur du citoyen a constaté que des états de situation factuels quotidiens concernant la COVID-19 avaient été préparés par des équipes de la sécurité civile du MSSS. Or, il a aussi observé que le fait de documenter la prise de décisions ou d'orientations n'était pas monnaie courante. Des personnes devant poser des gestes déterminants en étaient réduites à se fier à leur propre mémoire, à leur intuition ou à des impressions, sans autre appui.

3.9.2 Recommandations

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-18 Se doter de systèmes intégrés d'information qui permettent d'obtenir en tout temps et en temps réel des renseignements centralisés pour guider la gestion quotidienne, notamment en matière de ressources humaines, de surveillance et de vigie sanitaire, ainsi que d'approvisionnements.

R-19 Documenter dans des systèmes d'information performants et à jour, dans un souci de transparence et d'imputabilité, les actions, les décisions importantes et les avis des autorités en temps de crise afin d'aider à la prise de décision, à la justification de ces décisions et à leur suivi.

3.10 Les CHSLD : un modèle à revoir / Humaniser les soins pour les personnes hébergées, et l'environnement de travail pour le personnel

« Lorsque la crise sanitaire sera résorbée, il faudra repenser le réseau d'hébergement et mettre l'emphase sur le respect de la dignité des personnes. »

3.10.1 Les constats du Protecteur du citoyen

165 La crise aiguë qui a frappé les CHSLD lors de la première vague de la pandémie a démontré, à travers un accablant portrait de situation, l'urgence d'humaniser à la fois les soins aux résidents et résidentes et les conditions de travail du personnel.

166 C'est là une priorité pour s'assurer que les milieux de vie répondent aux critères de qualité selon les données probantes établies[44] et pour maintenir un équilibre agile et constant entre les exigences du milieu de vie et celles du milieu de soins. Ce sont précisément les lacunes de cette cohabitation qui ont empêché les CHSLD de s'adapter au contexte de la pandémie, que ce soit en termes de PCI ou encore de capacité à donner des soins essentiels, notamment les soins de confort en fin de vie.

Repenser les milieux de vie, entièrement et dès maintenant

167 Frappés par la crise, ces milieux ont affiché un manque flagrant de robustesse qui doit être corrigé, entre autres, par l'ajout de ressources humaines, matérielles et financières. Il faut également rehausser la qualité des soins et services et leur suivi grâce à des mécanismes efficaces de contrôle. Or, il faut s'assurer que les fondations soient solides.

[44] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie-État des connaissances*, Coup d'œil, 9-10-2018; INESSS, *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, Repères, 22-09-2020, [en ligne] consultés le 8-11-2021.

168 Différentes mesures s'imposent dans une vision d'avenir des CHSLD et le présent rapport en énumère plusieurs. S'y ajoutent des initiatives et des redressements nécessaires, comme :

- Établir des liens forts entre les CISSS et CIUSSS et les milieux d'hébergement publics et privés de leur territoire. Cela implique de formaliser ou de renforcer entre eux des processus de communication et de soutien mutuel;
- Mettre en place des indicateurs de qualité et un mécanisme de reddition de comptes;
- Impliquer la communauté locale et encourager la participation citoyenne dans chaque CHSLD;
- Diffuser davantage les meilleures pratiques gérontologiques et gériatriques en CHSLD;
- S'assurer que les personnes hébergées et leurs proches soient soutenus dans leur parcours de soins et de services de longue durée par des intervenants pivots;
- Prévoir le réaménagement et la transformation de certains milieux de vie pour s'assurer que les environnements physiques soient sécuritaires et adaptés aux besoins des personnes hébergées.

169 Plus spécifiquement, pour les CHSLD privés :

- S'assurer de normes de qualité des services similaires en CHSLD publics et privés pour contrer la disparité des conditions de vie des usagers et des usagères;
- Assurer un encadrement de la qualité des soins et des leviers d'action dans les milieux privés.

170 Au cours de l'enquête, le MSSS a informé le Protecteur du citoyen de démarches en cours concernant les CHSLD privés non conventionnés, et de son intention de mieux les encadrer et de mieux les soutenir pour une meilleure équité de traitement pour les personnes hébergées. Le MSSS vise également à rehausser la qualité des soins et services et des milieux de vie, en général.

171 Le Protecteur du citoyen encourage toute action pour contrer les disparités des conditions de vie des usagers et des usagères en CHSLD. Un accès à des soins et à des services de qualité comparable devrait être un impératif, peu importe le milieu de vie.

Les ressources nécessaires pour apporter les changements

172 Il y a urgence de mettre en œuvre des mesures concrètes, structurantes et durables pour améliorer l'avenir des CHSLD. Le MSSS doit y allouer les ressources nécessaires, proposer un calendrier approprié et accorder un poids réel aux changements pour qu'ils se matérialisent. Les correctifs doivent être efficaces, durables, centrés sur l'humain et adaptables en période exceptionnelle.

Une politique dont on devra mesurer les retombées

173 Le Protecteur du citoyen tient à saluer la toute première *Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée – Des milieux de vie qui nous ressemblent*[45], rendue publique le 15 avril 2021. Ce document a été élaboré avec le concours du comité ministériel d'experts en matière d'hébergement de longue durée, dont la DGAPA assurait le leadership. Il met en avant une vision et des principes directeurs qui structureront un plan d'action pour la mise en œuvre de cette politique essentielle et attendue.

174 Si le Protecteur du citoyen donne son plein appui à la nouvelle politique, il tient à rappeler que sa réelle valeur ne se confirmera que si les principes qu'elle énonce se répercutent dans des actions concrètes. Les orientations ministérielles en matière de soins de longue durée demeurent encore à implanter pleinement dans certains milieux. La politique d'hébergement n'accomplit ses visées que si elle devient, dans un avenir rapproché, le levier et le guide qu'on en attend.

3.10.2 Recommandations

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-20 Élaborer un plan d'action national comprenant des mesures concrètes, structurantes et durables visant à reconnaître la complexité de la prestation des soins et des services en CHSLD et à améliorer les milieux de vie et leur qualité selon les données probantes. Le plan d'action devrait porter notamment sur :

- L'offre et l'organisation de soins et de services humains et donnés dans des conditions de travail adéquates, qu'il s'agisse de soins de longue durée, de base, aigus, ou palliatifs;
- La stabilité du personnel selon une formule d'équipes consacrées à une seule installation privilégiant les emplois à temps plein et la limitation de la main-d'œuvre provenant d'agences extérieures;
- Des ratios de personnel suffisants pour une approche personnalisée répondant aux besoins des personnes hébergées et permettant une charge de travail adéquate;
- La composition interdisciplinaire des équipes;
- La formation continue du personnel;
- Les conditions d'hébergement en CHSLD publics et privés;
- Le programme de PCI;
- Des pratiques de gestion de proximité et participative favorisant l'autonomie décisionnelle, l'implication des membres du personnel et la reconnaissance de leurs compétences;

[45] Gouvernement du Québec, *Des milieux de vie qui nous ressemblent - Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*, 2021, [en ligne] consulté le 8-11-2021.

- La reddition de comptes et la désignation de personnes responsables;
- L'environnement physique.

R-21 Adopter des mesures législatives définissant les principes directeurs à respecter en matière de qualité et d'organisation des milieux de vie, et en fixer les modalités d'application par voie réglementaire.

R-22 Renforcer les mécanismes de contrôle et de suivi de la qualité des milieux de vie afin de déceler les manquements et d'appliquer les correctifs requis en temps opportun, et ce, en instaurant certaines mesures, comme :

- Augmenter la fréquence des visites non annoncées d'évaluation de la qualité dans les CHSLD;
- Prioriser les observations directes dans le milieu de vie dans le cadre des évaluations de la qualité;
- Réviser les mécanismes de reddition de comptes afin d'assurer l'efficacité du suivi;
- Consacrer les ressources supplémentaires nécessaires au renforcement de ces mécanismes de contrôle et de suivi de la qualité.

R-23 Mettre en place un comité-conseil et de vigie permanent composé d'acteurs et d'experts du domaine des soins de longue durée pour :

- Conseiller le MSSS sur les mesures concrètes, structurantes et durables à implanter à court, moyen et long terme pour améliorer la qualité des soins et des services en CHSLD;
- Suivre l'implantation des mesures du plan d'action national visant à reconnaître la complexité de la prestation des soins et services en CHSLD et à améliorer la qualité de ces soins et services;
- Évaluer l'opportunité de mener des études sur les modes de financement du continuum de soins et services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

R-24 S'assurer que les CISSS et les CIUSSS augmentent la présence d'intervenants et d'intervenantes pivots dans les CHSLD afin de soutenir les équipes et contribuer à la mise en œuvre d'une trajectoire harmonieuse et sécuritaire des résidents et des résidentes, de leur admission jusqu'à la fin de leur vie.

R-25 Diffuser davantage les meilleures pratiques gérontologiques et gériatriques; favoriser le partage et le transfert de connaissances entre les CISSS et CIUSSS et les centres de recherche spécialisés dans le vieillissement.

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au ministre de la Santé et des Services sociaux :

R-26 Suivre les retombées de tout rapport d'enquête concernant la crise de la COVID-19 dans le secteur des soins de longue durée adressé au MSSS; et rendre compte annuellement et publiquement, au cours des cinq prochaines années, de l'état d'avancement de ce suivi d'implantation des recommandations.

3.11 Se souvenir

3.11.1 Les constats du Protecteur du citoyen

Un rappel des faits, chaque année

175 En mars 2020, la COVID-19 prenait d'assaut de nombreux CHSLD et y multipliait ses victimes dans des conditions révoltantes. Des personnes hébergées, leurs proches et le personnel de ces milieux de vie ont alors été plongés dans la déroute générale de services dont les failles étaient pourtant connues bien avant la crise.

176 Aujourd'hui, l'heure n'est pas à reculer dans le temps, mais bien à se tourner vers l'avenir, un avenir qui se souvient de la souffrance de personnes âgées fragiles qui ont été prises dans le tourbillon d'un système à bout de souffle et de ressources.

177 Aimer et respecter les personnes qui nous ont précédés dans leur parcours de vie exige que nous nous souvenions ensemble de cet épisode tragique dans les CHSLD et, plus largement, de notre impuissance collective à sauver des vies alors que tout flambait.

3.11.2 Recommandation

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au ministre de la Santé et des Services sociaux :

R-27 Proposer l'instauration d'actes de commémoration annuelle des victimes de la COVID-19 et des personnes qui ont travaillé directement ou indirectement auprès d'elles afin de garder en mémoire ce qu'elles ont traversé dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie, rappelant les pertes et les souffrances vécues par ces personnes durement éprouvées.

Suivi des recommandations :

Le Protecteur du citoyen demande au ministère de la Santé et des Services sociaux de lui faire parvenir, au plus tard le 14 janvier 2022, un plan de travail indiquant les actions choisies et l'échéancier proposé pour la mise en œuvre de chacune des recommandations du présent rapport.

De plus, le Protecteur du citoyen demande au ministère de la Santé et des Services sociaux de lui faire un suivi de l'état d'avancement de l'implantation des recommandations au 1er mars 2022, puis, selon un échéancier à convenir.

Le Protecteur du citoyen entend faire état de ces suivis dans son rapport annuel d'activités, et ce, jusqu'à l'implantation, à sa satisfaction, des recommandations.

CONCLUSION

LE STATU QUO N'EST PAS UNE OPTION

178 L'on a souvent dit, lors de commentaires et d'analyses de la pandémie, que les CHSLD étaient restés dans l'angle mort des préparatifs en vue de la pandémie de la COVID-19. En réalité, au-delà des CHSLD, ce sont leurs résidents et résidentes qui ont été mis de côté au moment de fortifier les remparts contre le virus. Quels que soient l'avenir et les possibilités d'un autre bouleversement mondial, cette situation ne doit plus jamais se reproduire. Les décideurs et décideuses doivent s'y engager et respecter leur promesse.

179 Par ailleurs, les travailleurs et travailleuses en milieu de soins de longue durée ont vécu, de façon injuste et disproportionnée, les conséquences de l'inaction des pouvoirs publics face aux lacunes dans les CHSLD, constatées bien avant la COVID-19 et exacerbées durant cette première vague. Ils ont été, tout comme les personnes hébergées, des victimes d'une conception des milieux de vie sans égard à la complexité de la mission de ceux-ci.

180 Dans leur intérêt et dans l'intérêt des personnes hébergées, le milieu de travail des CHSLD doit remonter dans l'estime générale pour que les femmes et les hommes qui font profession de veiller à la santé et au mieux-être des aînés y gagnent en valorisation. Elles et ils ont été des héros au plus fort d'une crise sans précédent. Pour elles et eux, le statu quo est impensable, comme il l'est pour les personnes qui résident dans ces milieux de vie et leurs proches.

181 La réalisation du présent rapport a douloureusement fait revivre, par les témoignages recueillis, des moments hors du contrôle des meilleures volontés pour lutter contre la montée du virus. En même temps, cela a été un travail mobilisateur que de pouvoir contribuer à assurer de meilleurs lendemains aux personnes qui ont gagné le droit de vieillir au calme et avec dignité, dans des milieux de vie qui nous ressemblent et nous respectent. Souhaitons qu'ils nous rassemblent aussi autour des défis à relever.

ANNEXE 1: LISTE DES RECOMMANDATIONS

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au MSSS :

R-1 Mettre en place une politique en matière d'évaluation et de gestion des risques concernant les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Cette politique devrait avoir pour buts :

- D'outiller les directions générales du MSSS de l'expertise médicale, clinique et scientifique nécessaire à l'évaluation de la gestion des risques de façon adéquate et globale, et ce, afin d'anticiper les impacts sur les clientèles visées;
- De prévoir des trajectoires sécuritaires pour les usagers et les usagères qui doivent être relocalisés en contexte d'urgence et de crise, ceci afin de répondre adéquatement et rapidement à leurs besoins;
- De placer formellement le principe de précaution au centre de la démarche d'évaluation et de gestion des risques.

R-2 Formaliser les mécanismes de concertation et de communication entre les directions générales du MSSS en contexte de crise ou de toute autre situation nécessitant une cohésion des expertises afin d'écarter les fonctionnements en vase clos et de favoriser la compréhension et la cohérence globale des actions.

R-3 Élaborer et mettre en œuvre un plan détaillé de renforcement de la capacité des CHSLD à appliquer des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections. Le plan devrait notamment inclure des mesures concernant :

- La sensibilisation du personnel, des personnes hébergées et de leurs proches aidants à la responsabilité partagée de veiller au respect des bonnes pratiques de PCI;
- La formation continue des équipes de soins;
- Le respect de ratios adéquats de personnel infirmier en PCI au sein des CHSLD;
- Le rôle de la personne conseillère en PCI en fonction dans chaque CHSLD;
- L'application des bonnes pratiques;
- Les indicateurs de suivi de la performance et la reddition de comptes sur les cibles prévues;
- L'atténuation des effets négatifs des mesures PCI sur certaines clientèles hébergées et vulnérables;
- Le développement d'un système de traitement des données permettant d'avoir un portrait exact en tout temps et en temps réel des éclosions dans les CHSLD;
- La révision de la démarche d'évaluation de la qualité des milieux de vie afin de mettre l'accent sur la PCI;
- Le renforcement de la nouvelle direction PCI au sein du MSSS afin de pérenniser son influence et ses actions.

R-4 Mettre en place une stratégie en matière d'ÉPI visant à solidifier les chaînes d'approvisionnement, mettant en avant notamment les actions suivantes :

- Constituer, maintenir et gérer une réserve provinciale donnant une marge de manœuvre advenant une hausse subite des besoins ou une rupture soudaine des chaînes d'approvisionnement internationales;
- Proposer, en collaboration avec le Secrétariat du Conseil du trésor, des mesures législatives et réglementaires permettant le maintien d'une production et un approvisionnement local pour certains produits considérés comme stratégiques.

R-5 Mettre en place un plan provincial de déploiement de main-d'œuvre d'urgence dans le réseau de la santé et des services sociaux, incluant les ressources privées que les CISSS et les CIUSSS doivent soutenir. Ce plan comprendrait, entre autres :

- La détermination des besoins pour le maintien des services essentiels;
- Une séquence de délestage et de déploiement de ressources en renfort qui proviennent de différents organismes de paliers local, régional et national;
- Un modèle de déploiement de ressources visant à optimiser les compétences cliniques de professionnels du réseau, dépêchés en petits groupes d'intervention interdisciplinaires (de type S.W.A.T. team) ayant comme mandat de prévenir, dans les milieux de soins et milieux de vie, la détérioration physique et psychologique chez les usagers et les usagères.

R-6 Établir, avec les ordres professionnels, les fédérations et les associations de professionnels de la santé et des services sociaux, les syndicats et les établissements d'enseignement des protocoles de déploiement de main-d'œuvre supplémentaire en contexte exceptionnel.

R-7 Établir des partenariats en vue du déploiement d'effectifs de renfort de dernier recours avec des organisations de la société civile ayant une telle mission.

R-8 Initier une stratégie nationale de lutte à la pénurie de main-d'œuvre et de promotion des métiers et des professions dans le domaine de la santé et des services sociaux. Cette stratégie aurait notamment comme objectifs de :

- Recueillir des données permettant d'établir un portrait exhaustif des besoins de personnel, au moyen d'un exercice de planification de la main-d'œuvre, et ce, dans les installations publiques et privées d'hébergement;
- Réduire l'absentéisme dans le réseau;
- Déployer des stratégies d'attraction et de rétention du personnel en collaboration avec divers partenaires;
- Mettre en place des stratégies de recrutement massif de personnel sur le plan national et international, comprenant des mesures incitatives et facilitant l'accès à la formation;
- Réduire, en vue de l'éliminer, la dépendance des établissements à la main-d'œuvre en provenance d'agences privées de placement de personnel;
- Examiner les champs d'exercices professionnels concernés et les activités réservées;
- Mettre à jour les stratégies existantes .

R-9 Maintenir les mesures d'aide et de soutien déjà en place et en développer de nouvelles. Le but poursuivi est de :

- Répondre aux besoins du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ayant vécu la crise de la COVID-19;
- Reconnaître les impacts dommageables de cette crise sur le personnel concerné, tels la détresse et l'épuisement;
- Assurer la rétention du personnel visé.

R-10 Reconnaître la contribution des personnes proches aidantes en CHSLD et les intégrer à titre de partenaires au sein du milieu de vie. Pour ce faire, leur fournir un encadrement adéquat et un soutien efficace, entre autres, par de la formation continue et une consolidation de leur collaboration avec l'équipe de soins et d'assistance.

R-11 S'assurer que l'accès des proches aidants en CHSLD ne soit jamais interdit, mais plutôt encadré, à moins d'une situation exceptionnelle et de courte durée, en veillant à les soutenir et à les impliquer en tant que partenaires essentiels, et ce, en respect de leur volonté et de leur capacité d'engagement.

R-12 Encourager les échanges à distance entre les personnes hébergées et leurs proches aidants et membres de leur famille, au moyen d'outils technologiques.

R-13 Reconnaître la mission et le caractère unique des CHSLD au sein des CISSS et des CIUSSS par une gouvernance distincte afin de donner aux milieux de vie une autonomie plus large et une capacité accrue de s'adapter aux enjeux qui leur sont propres, notamment en donnant au gestionnaire responsable un statut et des conditions d'exercice d'encadrement lui permettant de faire preuve d'un leadership fort, fondé sur les particularités du milieu de vie.

R-14 Réviser les approches de gestion en CHSLD afin de favoriser une proximité et un fonctionnement d'équipe entre le gestionnaire responsable, les intervenants et intervenantes, les résidents et résidentes et leurs proches.

R-15 Effectuer un suivi des engagements pris par les autorités des CISSS et des CIUSSS envers les CHSLD découlant des deux éditions du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD tenues en 2016 et en 2018, et en exiger une reddition de comptes.

R-16 Exiger que les CISSS et CIUSSS développent, en collaboration avec les gestionnaires concernés, des plans locaux de crise et de relève du personnel de gestion dans les CHSLD en cas d'urgence ou d'événements exceptionnels, et qu'ils en fassent la mise à jour régulièrement.

R-17 Prendre les moyens afin de véhiculer des messages clairs, uniformes, et adaptés au moyen de canaux de communication bien identifiés aux plans local, régional et national afin de faciliter la compréhension commune et d'éviter toute confusion.

R-18 Se doter de systèmes intégrés d'information qui permettent d'obtenir en tout temps et en temps réel des renseignements centralisés pour guider la gestion quotidienne, notamment en matière de ressources humaines, de surveillance et de vigie sanitaire, ainsi que d'approvisionnements.

R-19 Documenter dans des systèmes d'information performants et à jour, dans un souci de transparence et d'imputabilité, les actions, les décisions importantes et les avis des autorités en temps de crise afin d'aider à la prise de décision, à la justification de ces décisions et à leur suivi.

R-20 Élaborer un plan d'action national comprenant des mesures concrètes, structurantes et durables visant à reconnaître la complexité de la prestation des soins et des services en CHSLD et à améliorer les milieux de vie et leur qualité selon les données probantes. Le plan d'action devrait porter notamment sur :

- L'offre et l'organisation de soins et de services humains et donnés dans des conditions de travail adéquates, qu'il s'agisse de soins de longue durée, de base, aigus, ou palliatifs;
- La stabilité du personnel selon une formule d'équipes consacrées à une seule installation privilégiant les emplois à temps plein et la limitation de la main-d'œuvre provenant d'agences extérieures;
- Des ratios de personnel suffisants pour une approche personnalisée répondant aux besoins des personnes hébergées et permettant une charge de travail adéquate;
- La composition interdisciplinaire des équipes;
- La formation continue du personnel;
- Les conditions d'hébergement en CHSLD publics et privés;
- Le programme de PCI;
- Des pratiques de gestion de proximité et participative favorisant l'autonomie décisionnelle, l'implication des membres du personnel et la reconnaissance de leurs compétences;
- La reddition de comptes et la désignation de personnes responsables;
- L'environnement physique.

R-21 Adopter des mesures législatives définissant les principes directeurs à respecter en matière de qualité et d'organisation des milieux de vie, et en fixer les modalités d'application par voie réglementaire.

R-22 Renforcer les mécanismes de contrôle et de suivi de la qualité des milieux de vie afin de déceler les manquements et d'appliquer les correctifs requis en temps opportun, et ce, en instaurant certaines mesures, comme :

- Augmenter la fréquence des visites non annoncées d'évaluation de la qualité dans les CHSLD;
- Prioriser les observations directes dans le milieu de vie dans le cadre des évaluations de la qualité;
- Réviser les mécanismes de reddition de comptes afin d'assurer l'efficacité du suivi;

- Consacrer les ressources supplémentaires nécessaires au renforcement de ces mécanismes de contrôle et de suivi de la qualité.

R-23 Mettre en place un comité-conseil et de vigie permanent composé d'acteurs et d'experts du domaine des soins de longue durée pour :

- Conseiller le MSSS sur les mesures concrètes, structurantes et durables à implanter à court, moyen et long terme pour améliorer la qualité des soins et des services en CHSLD;
- Suivre l'implantation des mesures du plan d'action national visant à reconnaître la complexité de la prestation des soins et services en CHSLD et à améliorer la qualité de ces soins et services;
- Évaluer l'opportunité de mener des études sur les modes de financement du continuum de soins et services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

R-24 S'assurer que les CISSS et les CIUSSS augmentent la présence d'intervenantes et d'intervenants pivots dans les CHSLD afin de soutenir les équipes et contribuer à la mise en œuvre d'une trajectoire harmonieuse et sécuritaire des résidents et des résidentes, de leur admission jusqu'à la fin de leur vie.

R-25 Diffuser davantage les meilleures pratiques gérontologiques et gériatriques; favoriser le partage et le transfert de connaissances entre les CISSS et CIUSSS et les centres de recherche spécialisés dans le vieillissement.

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande ce qui suit au ministre de la Santé et des Services sociaux :

R-26 Suivre les retombées de tout rapport d'enquête concernant la crise de la COVID-19 dans le secteur des soins de longue durée adressé au MSSS; et rendre compte annuellement et publiquement, au cours des cinq prochaines années, de l'état d'avancement de ce suivi d'implantation des recommandations.

R-27 Proposer l'instauration d'actes de commémoration annuelle des victimes de la COVID-19 et des personnes qui ont travaillé directement ou indirectement auprès d'elles afin de garder en mémoire ce qu'elles ont traversé dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie, rappelant les pertes et les souffrances vécues par ces personnes durement éprouvées.

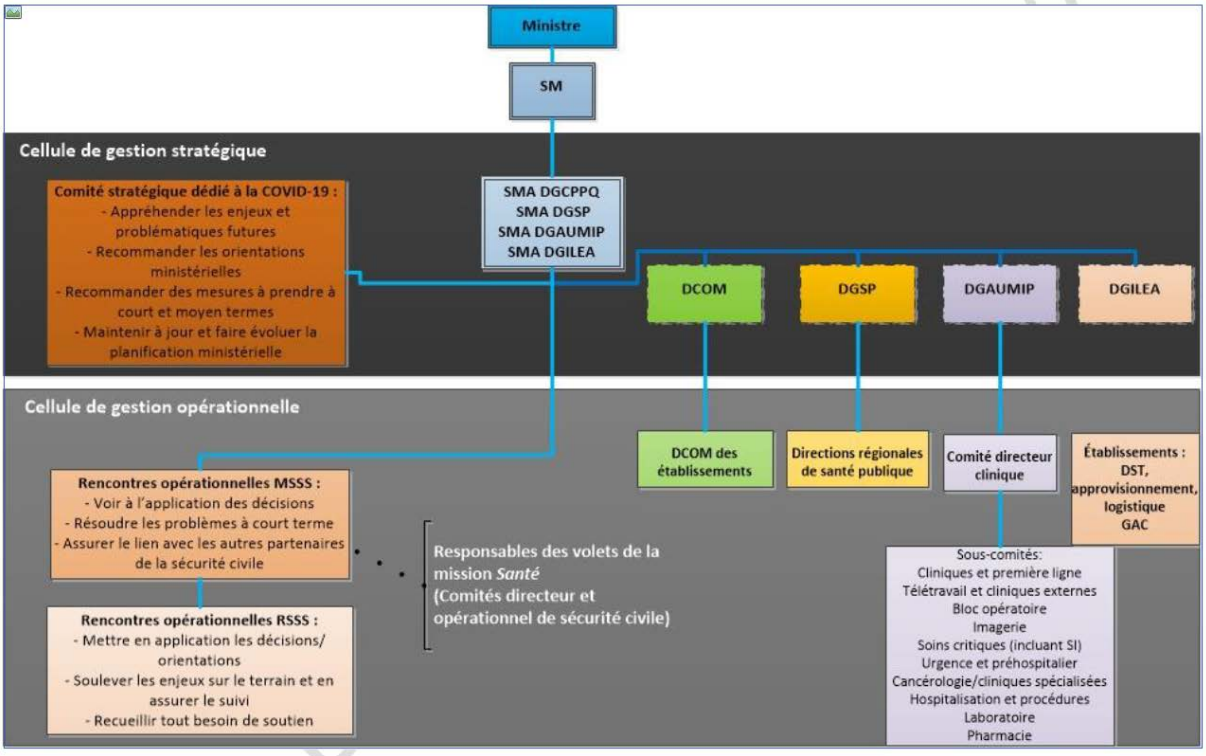
Suivi des recommandations :

Le Protecteur du citoyen demande au ministère de la Santé et des Services sociaux de lui faire parvenir, au plus tard le 14 janvier 2022, un plan de travail indiquant les actions choisies et l'échéancier proposé pour la mise en œuvre de chacune des recommandations du présent rapport.

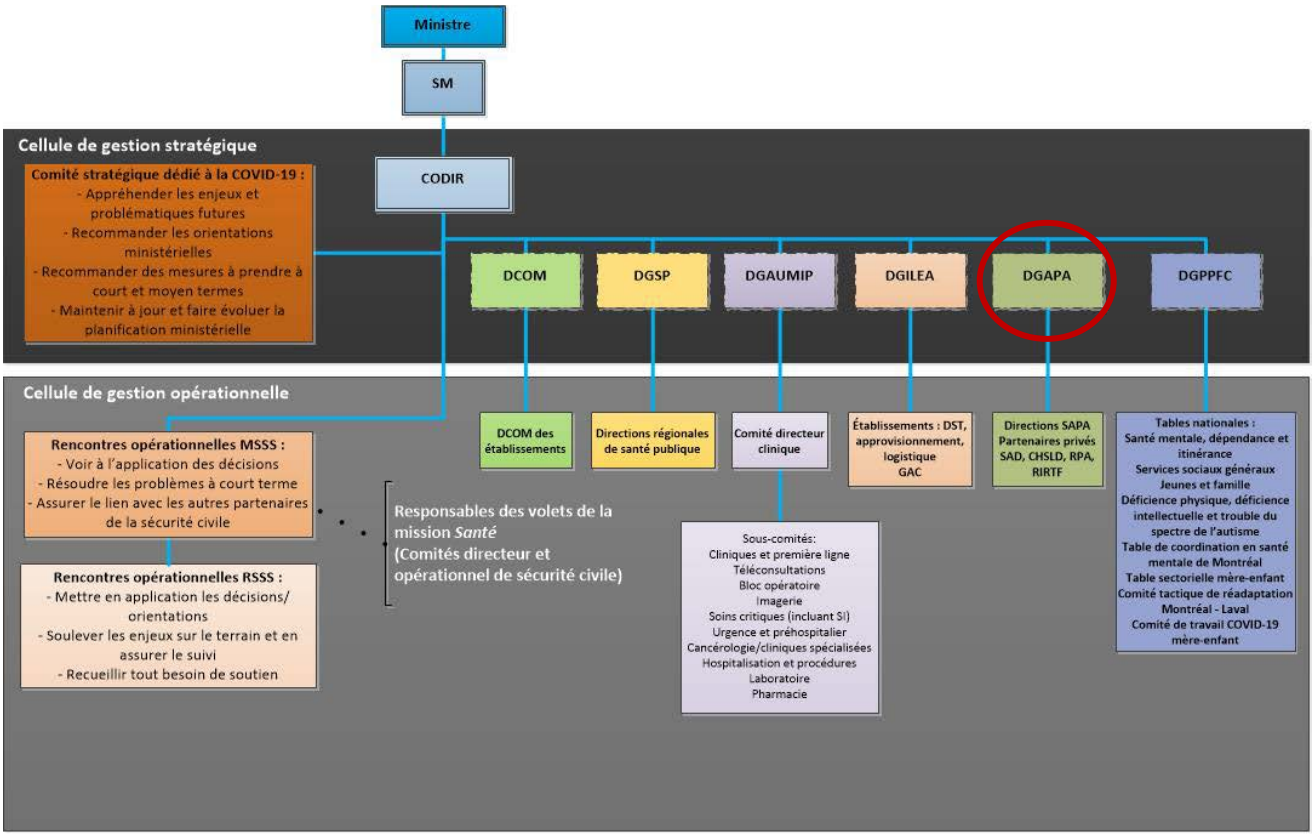
De plus, le Protecteur du citoyen demande au ministère de la Santé et des Services sociaux de lui faire un suivi de l'état d'avancement de l'implantation des recommandations au 1er mars 2022, puis, selon un échéancier à convenir.

Le Protecteur du citoyen entend faire état de ces suivis dans son rapport annuel d'activités, et ce, jusqu'à l'implantation, à sa satisfaction, des recommandations.

ANNEXE 2 : ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA PANDÉMIE (MSSS)



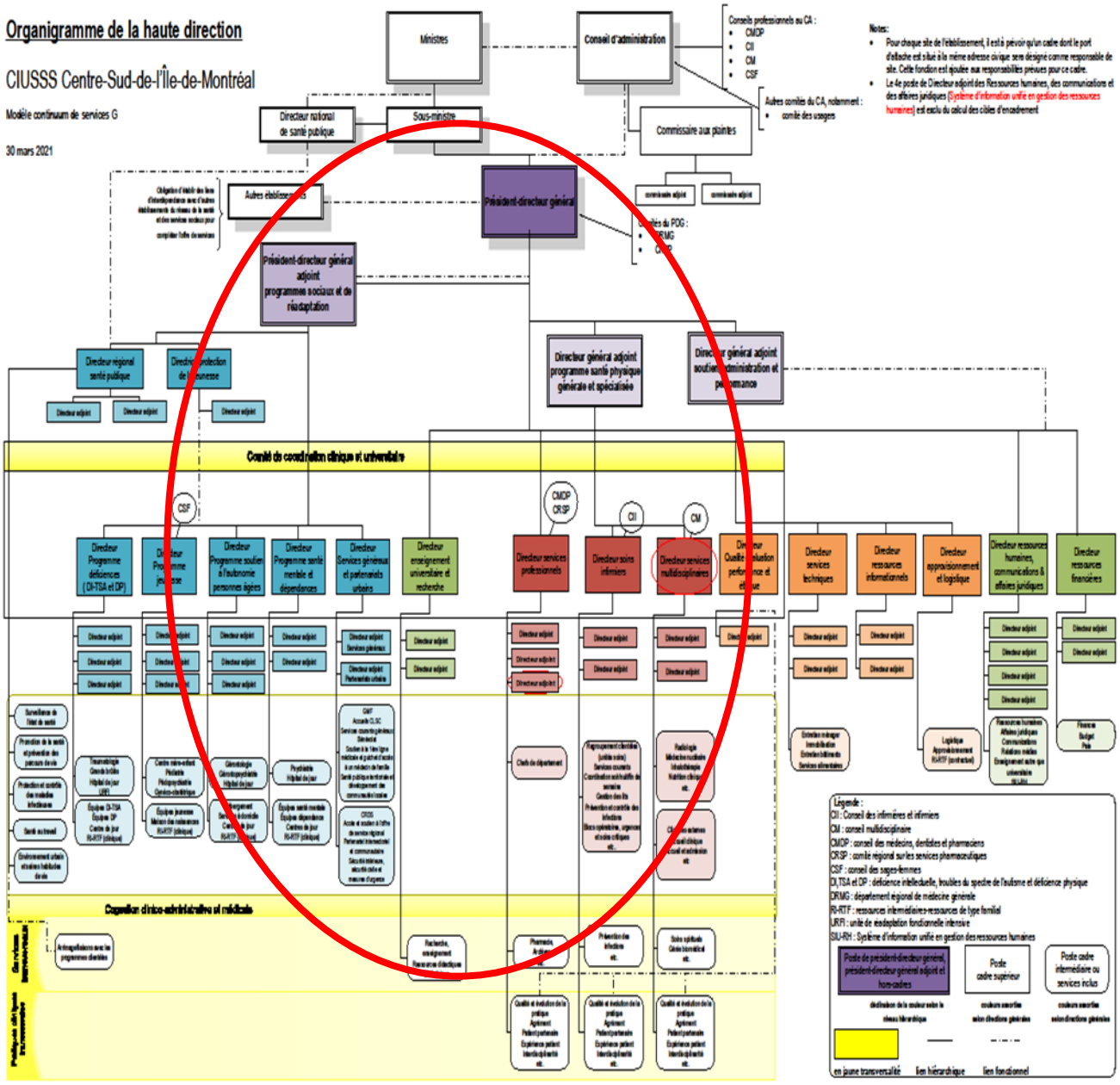
Version de mars 2020 : Absence de la direction générale responsable des CHSLD (DGAPA)



Version de juillet 2020 : Ajout de la direction générale responsable des CHSLD (DGAPA)

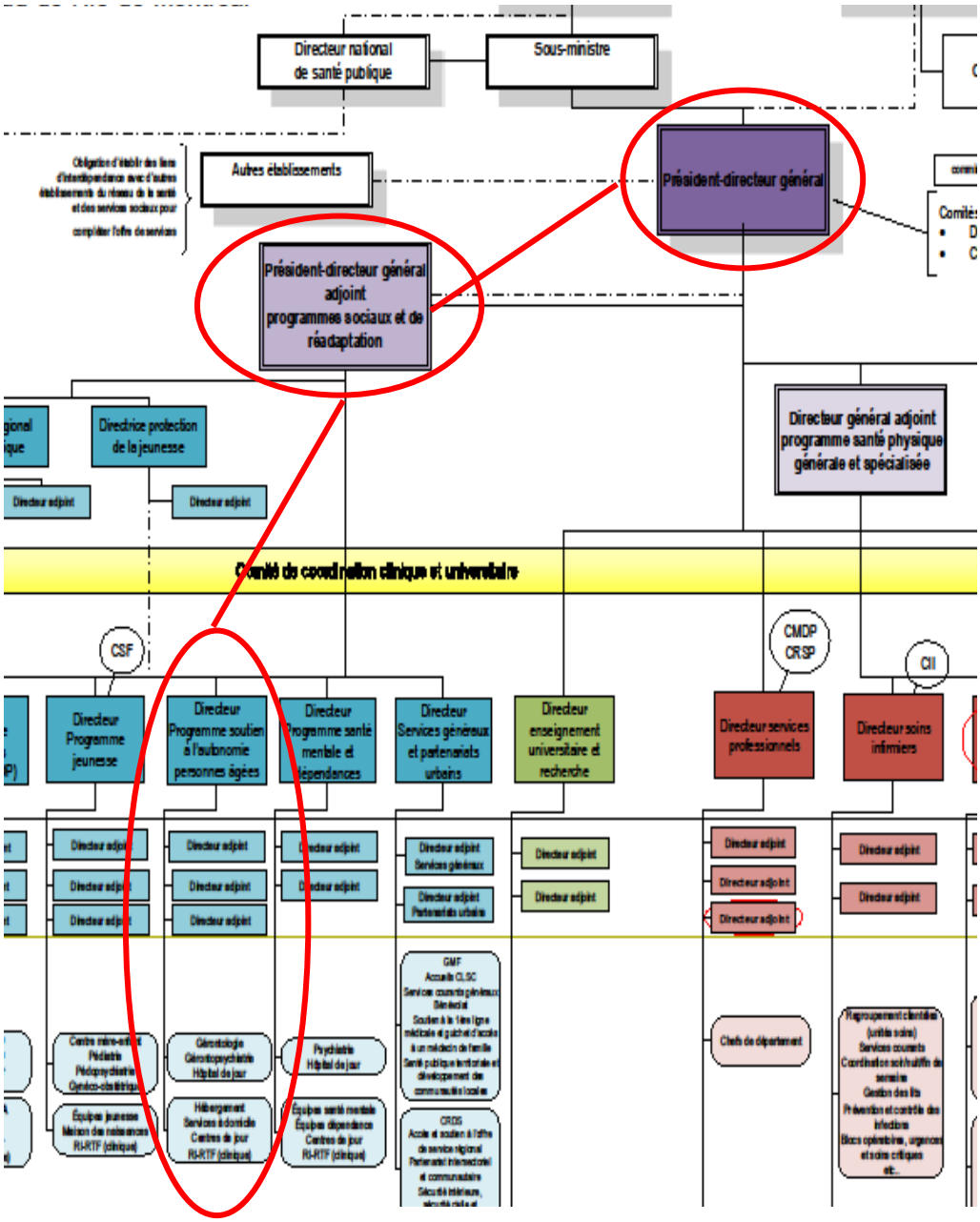
ANNEXE 3 : ORGANIGRAMME D'UN CIUSSS

Organigramme d'un CIUSSS[46]



Voir agrandissement page suivante

[46] À titre d'illustration, nous reproduisons ici l'organigramme du CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 30 mars 2021, [en ligne], consulté le 10-09-2021.



Paliers hiérarchiques

1. Président-directeur général (PDG)
2. Président-directeur général adjoint (PDGA)
3. Directeur du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
4. Directeur adjoint à l'hébergement
5. Coordonnateurs de sites (1 pour 2 CHSLD ou plus)

PROTECTEUR DU CITOYEN

Écoute · Rigueur · Respect

Bureau de Québec
800, place D'Youville, 19e étage
Québec (Québec) G1R 3P4
Téléphone : 418 643-2688

Bureau de Montréal
1080, côte du Beaver Hall
10e étage, bureau 1000
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Téléphone : 514 873-2032

protecteurducitoyen.qc.ca
Téléphone sans frais : 1 800 463-5070
Télécopieur : 1 866 902-7130
protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca