



PROTECTEUR
DU CITOYEN

Écoute • Rigueur • Respect

RAPPORT D'ÉTAPE DU PROTECTEUR DU CITOYEN

*La COVID-19 dans les 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**

Québec, le 10 décembre 2020

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, signalements ou 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*

Réalisation des entrevues

Brigitte Carrier, Jacinthe D'Amours, Lyne Deschênes, Marise Lapointe, Johanne Savard et Hélène St-Amour, déléguées – Direction des enquêtes en santé et services sociaux

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

Jeescy Pouliot, adjoint exécutif – Vice-protectorat – *Affaires institutionnelles et prévention*

Rédaction

Francine Légaré, conseillère en communication – Direction des communications

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

© Protecteur du citoyen, 2020

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

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	1
1. Mise en contexte.....	3
1.1. Les CHSLD et la première vague sous enquête	3
1.2. Une enquête systémique qui comporte, exceptionnellement, un rapport d'étape	4
1.3. L'état d'avancement des travaux	4
2. Portrait de situation : des lacunes amplifiées par la propagation d'un virus inconnu.....	5
Tableau : première vague, brève chronologie des faits	6
2.1. Les CHSLD ont été l'angle mort de la préparation à la pandémie.....	7
2.2. Face à un virus inconnu, la menace a été sous-estimée	7
2.3. Les équipements de protection individuelle, insuffisants, ont été distribués de façon inégale	8
2.4. La mobilité du personnel a contribué à la propagation du virus	8
2.5. L'interdiction de visite des personnes proches aidantes a suscité anxiété et détresse.....	9
2.6. Des soins et des services ont été reportés ou annulés	9
2.7. Les CHSLD n'étaient pas outillés pour donner des soins de la même intensité qu'à l'hôpital.....	11
2.8. Les renforts en CHSLD sont arrivés tardivement	11
2.9. Le pouvoir décisionnel en CHSLD était éloigné du terrain	11
2.10. Le personnel soignant a été lourdement atteint physiquement et psychologiquement	12
2.11. Voici ce que des CHSLD épargnés par la crise ont fait autrement	13
3. Épicerie de la crise : des faits vécus en CHSLD	13
3.1. L'expérience d'une préposée aux bénéficiaires	13
3.2. L'expérience d'un infirmier auxiliaire.....	13
3.3. L'expérience d'une infirmière	14
3.4. L'expérience de gestionnaires de CIUSSS.....	14
3.5. L'expérience d'une personne proche aidante.....	15
4. Enseignements de la première vague et priorités d'action	15
4.1. Des soins et des services centrés sur la clientèle – L'humanisation des soins et la valorisation des proches aidants	16
4.2. Le personnel – Des effectifs stables et en nombre suffisant	17
4.3. La gestion de proximité – Un leadership local bien présent	18
4.4. La prévention et le contrôle des infections – Les ressources nécessaires en temps opportun	18
4.5. La communication et la collaboration – Des canaux efficaces pour véhiculer des messages clairs	19
Conclusion	21
Remerciements.....	21

SOMMAIRE

Mise en contexte

La crise de la COVID-19 dans les CHSLD durant la première vague a suscité de vives critiques principalement liées à la désorganisation, à la dégradation et à la déshumanisation des soins. Le Protecteur du citoyen a alors annoncé, le 26 mai, qu'il mènerait une enquête indépendante et impartiale sur le déroulement et la gestion par le gouvernement de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD. Ses travaux se poursuivront jusqu'à l'automne 2021. Entretemps, il lui est apparu nécessaire de donner la parole aux témoins – personnes hébergées, personnes proches aidantes, personnel soignant et gestionnaires – qui ont vécu les événements sur le terrain.

Pour ce faire, il s'est appuyé sur :

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

Partant des constats de ces différentes sources, le Protecteur du citoyen tire dès à présent des enseignements de la première vague en CHSLD. Il en dégage des priorités d'action à implanter sans délai pour assurer des soins et des services en CHSLD qui soient à la hauteur des besoins des usagers et usagères et de leurs proches.

Portrait de situation

Il ressort des témoignages et des différentes démarches et recherches du Protecteur du citoyen que :

- Les CHSLD ont été l'angle mort de la préparation à la pandémie, alors que les efforts se sont massivement concentrés sur les hôpitaux;
- Face à un virus inconnu, la menace – virulence de la COVID-19, potentiel de contagion et de morbidité, impact sur les personnes âgées et sur le personnel en CHSLD, impératifs du dépistage – a été nettement sous-évaluée par les autorités;
- Les équipements de protection individuelle, insuffisants, ont été distribués de façon inégale;
- La mobilité du personnel a contribué à la propagation du virus;
- La mise à l'écart des personnes proches aidantes a porté un dur coup à la santé mentale et physique des personnes hébergées;
- Des soins et des services parmi ceux de première nécessité – hygiène, aide à l'alimentation et à la mobilité, hydratation – ont été reportés ou annulés;
- Les CHSLD n'étaient pas outillés pour donner des soins de la même intensité qu'à l'hôpital; or, c'est ce qu'on attendait d'eux au plus fort de la crise;
- Les renforts par du personnel extérieur sont arrivés tardivement en CHSLD;
- Le pouvoir décisionnel en CHSLD était éloigné du terrain des éclosions.

Par ailleurs, on retiendra que le personnel soignant – dont le dévouement a été unanimement salué – a été lourdement atteint physiquement et psychologiquement. À cet égard, les chiffres sont parlants : entre le 1^{er} mars et le 14 juin 2020, 13 581 travailleurs et travailleuses de la santé ont été atteints de la COVID-19, soit 25 % des cas rapportés durant la première vague. Onze en sont morts. Nombre d’entre eux ont été affectés moralement par la crise sanitaire, par la souffrance et par les décès qu’ils ont eus sous les yeux durant de nombreuses semaines.

Agir maintenant

Dans son rapport d’étape, le Protecteur du citoyen met l’accent sur cinq priorités d’action pour :

1. Centrer les soins et les services en CHSLD sur les besoins des usagers et usagères en misant sur l’humanisation des soins et la valorisation des personnes proches aidantes;
2. Assurer la stabilité des effectifs dans les CHSLD et la présence de personnel en nombre suffisant;
3. Poursuivre la mise en place, dans chaque CHSLD, d’une ou d’un gestionnaire de proximité en mesure d’exercer un leadership local fort;
4. Implanter dans les CHSLD une culture rigoureuse en matière de prévention et de contrôle des infections qui soit connue de tous et toutes;
5. Renforcer les canaux de communication, tant au plan local et régional que national, pour diffuser des informations et des directives claires et faciliter le partage des meilleures pratiques.

Le rapport conclut que les enseignements de la pandémie sont clairs et concrets. Aucun retard ne saurait maintenant être acceptable dans la prise de décisions qui permettent de passer à l’action. Les droits et la dignité des personnes vivant en CHSLD doivent être au cœur des enjeux.

À l’instar de l’ensemble de la population québécoise, le Protecteur du citoyen remercie aussi l’ensemble des intervenantes et intervenants qui, en dépit d’une flambée dont le présent rapport se fait l’écho, sont restés en place pour tenter de n’abandonner personne.

1. MISE EN CONTEXTE

1. Dès les débuts de la pandémie de la COVID-19, en mars 2020, et tout au long des mois qui ont suivi, la situation alarmante dans plusieurs centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a été vivement dénoncée. Des personnes hébergées et des proches ont déploré la situation auprès du Protecteur du citoyen. Principalement, ils ont fait état du manque de personnel et des lacunes majeures dans les soins de base, de la multiplication des éclosions et des décès parmi la clientèle, de la mise à l'écart des proches aidants et de l'isolement des personnes hébergées, de l'absence d'information aux familles ainsi que de la dégradation des conditions de vie. Des enquêtes ont alors été annoncées par différentes instances.
2. De son côté, le Protecteur du citoyen a fait savoir, le 26 mai 2020, qu'il mènerait une enquête impartiale et indépendante sur le déroulement et la gestion gouvernementale de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD. Un rapport d'étape serait déposé à l'automne suivant, et un rapport final à l'automne 2021.
3. De l'avis du Protecteur du citoyen, face à l'ampleur des problèmes et à la complexité des défis, les enquêtes qu'ont annoncées différentes organisations ont leur pertinence pour mettre au jour les problèmes et les avenues de solution. À l'issue de ces enquêtes, l'amélioration des milieux de vie de type CHSLD passera nécessairement par des constats complémentaires et une action concertée.
4. Le Protecteur du citoyen, quant à lui, s'est donné pour objectif, dans le cadre du présent rapport d'étape, de faire partie de la solution, notamment en donnant la parole aux personnes qui ont vécu la crise sur le terrain et affronté ce que plusieurs ont qualifié de perte de contrôle et de déshumanisation des soins en CHSLD. Ces personnes ont été nombreuses à s'adresser au Protecteur du citoyen. Elles ont été les déclencheurs de son enquête, en cohérence avec sa mission qui consiste, entre autres, à traiter des plaintes et des signalements pour établir si les services publics respectent les droits des personnes dont ils sont la raison d'être. Ajoutons à cela qu'un appel à témoignages et à mémoires du Protecteur du citoyen a suscité l'intérêt de nombreux participants et participantes.
5. En accordant la plus grande attention aux uns et aux autres, l'enquête du Protecteur du citoyen vise à documenter le déroulement de la crise, son impact sur les services, la nature des préjudices, les réactions des structures de soins et le fonctionnement de la chaîne décisionnelle.

1.1. Les CHSLD et la première vague sous enquête

6. L'enquête du Protecteur du citoyen se concentre sur les CHSLD publics et privés et sur la première vague de la pandémie, soit de mars à juin 2020. Pourquoi limite-t-il son enquête à une catégorie d'hébergement et aux premiers mois de la crise?
7. Il importe de rappeler que la grande majorité des décès liés à la COVID-19 a eu lieu dans des CHSLD au cours de la première vague¹. En comparaison, les décès ont été moins nombreux dans les autres types de ressources, résidences privées pour aînés et ressources intermédiaires. Foyers d'éclosions et de décès, des CHSLD ont donc été, durant la première vague, au cœur d'événements qui appellent à des changements urgents.

¹ Les données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) indiquaient, en date du 30 juin 2020, que 69 % des personnes décédées jusqu'alors de la COVID-19 au Québec vivaient dans des CHSLD (soit 3 890 des 5 629 décès).

8. 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 très grande vulnérabilité. Ceci explique le choix du Protecteur du citoyen quant à la portée de son enquête, laquelle permettra de tirer des constats applicables aux autres types d'hébergement pour les aînés et aux vagues subséquentes.

1.2. Une enquête systémique qui comporte, exceptionnellement, un rapport d'étape

9. Les enquêtes du Protecteur du citoyen ne prévoient habituellement pas la publication d'un rapport d'étape. Il y a recours cette fois étant donné l'ampleur de la crise et la nécessité d'y consacrer une enquête échelonnée sur plusieurs mois, alors même qu'il est nécessaire d'en témoigner dès maintenant et d'envisager dans l'immédiat des priorités d'action.
10. Dès le début de la pandémie, les plaintes que recevait le Protecteur du citoyen étaient, le plus souvent, liées à des enjeux systémiques. Par exemple, plusieurs proches de personnes hébergées dénonçaient le fait de ne pas pouvoir aller leur porter assistance, ou encore l'impossibilité d'obtenir des informations adéquates. Les autorités responsables étaient déjà saisies des différents motifs évoqués en contexte de crise aiguë. Pour le Protecteur du citoyen, il s'avérait donc approprié de produire un portrait d'ensemble, lequel allait nécessiter une analyse fouillée, en plus d'agir de façon ciblée sur des situations individuelles lorsque cela était possible. Il a alors identifié les thèmes principaux de son enquête, soit :
 - La prévention et le contrôle des éclosions de COVID-19 dans les CHSLD;
 - Le maintien d'une prestation adéquate de soins et de services dans les CHSLD.
11. Le présent rapport d'étape permet de présenter les buts de l'enquête, l'avancement des travaux, les points de vue de témoins et de personnes directement affectées par cette crise, les principaux enseignements à tirer de la première vague ainsi que des priorités d'action, ceci dans une optique constructive axée sur les améliorations à apporter.

1.3. L'état d'avancement des travaux

12. Les activités réalisées à ce jour sont les suivantes :
 - La constitution d'un échantillon de CHSLD publics et privés, au nombre de dix, situés dans diverses régions du Québec²;
 - Le déploiement d'une enquête terrain dans ces centres d'hébergement et auprès des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) qui les chapeautent;
 - Une analyse des plaintes et des signalements reçus par le Protecteur du citoyen depuis le début de la pandémie dans les CHSLD;
 - Une analyse des plaintes et des signalements reçus par des commissaires aux plaintes et à la qualité des services;
 - Des entretiens exploratoires avec des interlocuteurs et interlocutrices du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
 - Un appel à témoignages auprès des personnes hébergées en CHSLD, de leurs proches ainsi que du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de l'ensemble du Québec ayant œuvré en CHSLD entre mars et juin 2020, et un traitement quantitatif des données obtenues;

² Montréal, Laval, Capitale-Nationale et Mauricie-Centre-du-Québec.

- Une invitation à des organismes, associations et experts à soumettre leurs constats et recommandations, par voie de mémoire, concernant la gestion de la COVID-19 durant la première vague de la pandémie et l'analyse des mémoires obtenus;
- Une recension d'articles diffusés dans les médias;
- Une recension et analyse de documents administratifs et scientifiques.

13. Les activités suivantes sont en cours de réalisation ou à venir :

- L'enquête terrain à compléter auprès des CHSLD sélectionnés;
- Des démarches d'enquête auprès du MSSS et des autorités de santé publique;
- L'analyse de l'ensemble de la documentation reçue du MSSS et de différentes sources;
- Une analyse comparative de la gestion de la crise de la COVID-19 dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée dans d'autres provinces canadiennes;
- Une analyse approfondie de la littérature scientifique;
- Une analyse globale des informations colligées au cours de l'enquête;
- La production du rapport d'enquête final.

2. PORTRAIT DE SITUATION : DES LACUNES AMPLIFIÉES PAR LA PROPAGATION D'UN VIRUS INCONNU

14. Le Protecteur du citoyen a lancé un appel à témoignages, qui s'est tenu du 2 septembre au 2 octobre 2020, sur la gestion de la crise de la COVID-19 dans les CHSLD québécois. Au total, 1 355 personnes ont répondu à l'un des trois questionnaires électroniques du Protecteur du citoyen, selon qu'elles étaient des travailleurs ou travailleuses de la santé (822 répondants), des personnes proches aidantes (498 répondants) ou des personnes hébergées (35 répondants).

15. Dans le cadre de son appel à mémoires, qui s'est tenu du 2 septembre au 16 octobre 2020, le Protecteur du citoyen a reçu 16 contributions, en provenance principalement de syndicats, de chercheurs, d'organisations à but non lucratif et de comités d'usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

16. L'enquête terrain auprès des CHSLD échantillonnés a débuté le 27 août 2020 et elle est toujours en cours. Jusqu'à maintenant, près de 250 entretiens ont été réalisés auprès de personnes hébergées, de proches de ces personnes, de membres du personnel et de gestionnaires.

17. C'est à ces personnes, ainsi qu'à celles qui lui ont adressé des plaintes et des signalements, que le Protecteur du citoyen donne la parole ici, tout en précisant que :

- Les propos énoncés dans les témoignages reçus et rapportés ici ne représentent pas des constats finaux du Protecteur du citoyen, puisque son enquête n'est pas terminée. Ils ont toutefois été corroborés à la fois par d'autres personnes ayant vécu des faits similaires, par des gestionnaires de CISSS et de CIUSSS reconnaissant la gravité des problèmes, et par les études et documents consultés.
- Les commentaires recueillis font généralement état d'un immense dévouement du personnel des CHSLD, ainsi que d'une désorganisation interne davantage imputable à des causes systémiques.
- Les commentaires rapportés, à ce stade-ci de l'enquête, permettent de bien illustrer la réalité des CHSLD durement affectés par la pandémie. Ils n'en livrent cependant pas un portrait exhaustif.
- Le Protecteur du citoyen estime important de rappeler que les CHSLD du Québec, même dans les zones plus critiques comme en région montréalaise, n'ont pas tous connu un état de crise aigüe.

Tableau : première vague, brève chronologie des faits

DATES / 2020	FAITS
Février-début mars	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation des milieux hospitaliers • Transfert d'usagers des hôpitaux vers les CHSLD
11 mars	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement des voyageurs en provenance de l'extérieur du Québec
13 mars	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration de l'état d'urgence sanitaire au Québec • Transmission par le MSSS aux CISSS et aux CIUSSS du <i>Guide d'adaptation de l'offre de services en CHSLD</i>
14 mars	<ul style="list-style-type: none"> • Interdiction des visites en CHSLD
Autour du 20 mars	<ul style="list-style-type: none"> • Début des éclosions dans les CHSLD • Confinement des résidentes et résidents en CHSLD • Arrêté ministériel : suspension des conditions de travail prévues aux conventions collectives afin de permettre notamment les déplacements de personnel et l'annulation des vacances
Début avril	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre et de la taille des éclosions : les zones chaudes débordent • Difficultés dans la mise en place des mesures de prévention et de contrôle des infections (équipements, dépistage, formation, etc.) • Hausse des absences parmi le personnel et les gestionnaires contaminés ou ayant été en contact avec un cas positif • Difficultés dans les communications avec les familles
Mi-avril	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistages massifs dans certains CHSLD affectés par des éclosions majeures • Retrait important de personnel et de gestionnaires lié aux résultats du dépistage ou à des symptômes de la COVID-19 • Organisation des équipes de renfort en provenance d'autres secteurs d'activités
Mi-fin avril	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement et intégration du personnel en renfort de toutes provenances (gestionnaires et personnel délestés, programme « Je contribue »)
Mai	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilisation de la situation • Retour progressif du personnel régulier en CHSLD • Retour des personnes proches aidantes significatives
Juin	<ul style="list-style-type: none"> • Retour des visiteurs en CHSLD • Fin de la première vague

2.1. Les CHSLD ont été l'angle mort de la préparation à la pandémie

18. De l'avis de gestionnaires et de membres du personnel sur le terrain, un effort colossal a été déployé pour préparer les hôpitaux à la pandémie, ce qui n'a pas eu son équivalent dans les CHSLD.
19. C'est d'ailleurs un ordre de priorité qui traduit les efforts des dernières années de la part des services publics qui mettent l'accent sur les hôpitaux plutôt que sur les milieux de vie substituts et les soins à domicile.
20. Cette fois, afin d'accroître la marge de manœuvre des centres hospitaliers, des CHSLD ont été mis à contribution pour accueillir rapidement et massivement des personnes hospitalisées. Ces transferts ont vite affecté à la baisse leur capacité de contenir les éclosions. Ils ont, par exemple, manqué de chambres libres pour isoler les cas positifs. De plus, des personnes potentiellement infectées ont été déplacées en CHSLD sans avoir été testées ou mises en isolement à leur arrivée.
21. Les directives ministérielles pour adapter l'offre de services en CHSLD dans le cadre de la pandémie de COVID-19 n'ont été transmises que le 13 mars, alors même que l'état d'urgence sanitaire était déclaré au Québec.
22. Les milieux d'hébergement, qui ont vu apparaître les premières éclosions une semaine plus tard, ont dès lors été mis en mode « réaction » par rapport aux événements, sans disposer des ressources nécessaires pour mener une lutte efficace.

Je me souviens d'un infirmier auxiliaire qui appelait à l'aide. Il venait de finir un 12 heures de nuit, il était seul dans la zone chaude, aucun préposé aux bénéficiaires, aucun médecin.

2.2. Face à un virus inconnu, la menace a été sous-estimée

23. En mars, la méconnaissance de la COVID-19 a fait en sorte que des CHSLD n'ont eu d'autre choix que de mettre en place des plans existants en matière de gestion d'une épidémie d'influenza. Il s'est vite avéré que les moyens envisagés étaient inappropriés étant donné la nature de la maladie. On n'avait, par exemple, pas prévu que la contamination allait s'étendre de façon aussi fulgurante, tant aux usagers et usagères qu'aux membres du personnel et aux gestionnaires.
24. À l'échelle des autorités sanitaires, on n'avait pas davantage anticipé les dizaines de milliers de tests de dépistage à effectuer quotidiennement et à traiter dans des délais de 24 à 36 heures.
25. À l'incompréhension d'un point de vue scientifique et clinique s'est ajoutée l'absence d'une culture de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans les CHSLD. Le personnel n'avait pas l'habitude de se soumettre à des normes strictes à cet égard et sa formation était minimale.

Lors de nos planifications, nous n'avons jamais imaginé l'ampleur de ce qui nous attendait. On ne pensait jamais avoir des CHSLD où 25 % à 50 % de la clientèle serait infectée en même temps que la moitié du personnel serait absent.

2.3. Les équipements de protection individuelle, insuffisants, ont été distribués de façon inégale

26. Au début de la première vague, le manque d'équipements de protection individuelle – masques, visières, blouses – a été un facteur important d'insécurité générale et, de surcroît, une cause de propagation du virus.
27. Par la suite, les réserves se sont ajustées aux besoins, mais la distribution a tardé à être efficace et à freiner la contagion. Il s'est alors installé une confusion quant aux modes d'utilisation des protections de même qu'une certaine résistance à adhérer aux moyens de lutte à la pandémie. Sur le terrain, le doute se répandait : les autorités responsables étaient-elles transparentes quant à la disponibilité effective des équipements de protection? Selon des observateurs et observatrices, une période de désorganisation a suivi durant laquelle on a assisté à une pénurie majeure de personnel et à des ruptures dans la continuité des soins.
28. Le manque de matériel a aussi donné lieu aux observations suivantes de la part de membres du personnel :
- Dans le cadre de l'appel à témoignages, 48 % des travailleuses et travailleurs de la santé ont rapporté avoir manqué d'équipements de protection, principalement en raison de la pénurie.
 - Bon nombre d'entre eux ont été restreints à deux, voire à un masque par jour, surtout en mars et avril.
 - La distribution des équipements s'est faite au compte-gouttes dans les CHSLD.
 - Du matériel était défectueux ou non adapté : erreurs dans les tailles, jaquettes de mauvaise qualité.
 - Les directives d'utilisation des équipements semblaient dépendre davantage des quantités disponibles que des normes de sécurité.
 - La distribution des équipements a été inéquitable entre les différentes régions du Québec.

Je suis arrivée au CHSLD le 19 avril. Lors de la réunion de l'équipe clinique, j'ai appris qu'il restait 200 jaquettes dans les réserves alors que nous aurions dû normalement en utiliser 1 800 par jour.

2.4. La mobilité du personnel a contribué à la propagation du virus

29. De l'avis de témoins, personnel soignant et gestionnaires, la gestion des ressources humaines basée sur la mobilité du personnel d'un CHSLD à un autre et, à l'interne, d'un secteur à un autre était bien ancrée dans les pratiques avant la pandémie. Maintenu en début de crise, elle a augmenté la propagation du virus et n'a pu être éliminée en temps opportun car les responsables craignaient des bris de soins et de services.
30. Dans les semaines qui ont suivi, des efforts de stabilisation des équipes ont été faits, favorisant – sans jamais y parvenir totalement – le maintien du personnel soignant dans un seul CHSLD. Parmi les travailleurs et travailleuses ayant répondu à l'appel à témoignages, 10% rapportent avoir œuvré dans plus d'un centre entre mars et juin 2020³.

³ Cette donnée rejoint celles de l'Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 au printemps 2020, Institut national de santé publique – Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 2020, p. 19 (figure 5 b).

31. Des déplacements entre zone chaude et zone froide d'un même centre ont continué d'en préoccuper plusieurs, mais s'avéraient toujours nécessaires compte tenu de la pénurie de personnel, surtout infirmier.

Il y avait déjà plusieurs cas présents dans la bâtisse, et les membres du personnel partageaient encore la salle des employés sans distanciation. J'en ai parlé à mon gestionnaire, qui m'a répondu que ce n'était pas grave. De même, je me suis plainte que les employés se faisaient promener d'un étage à l'autre, en mêlant zone froide et zone chaude allègrement. Ça a tout de même continué et l'infection s'est propagée dans tout l'immeuble.

2.5. L'interdiction de visite des personnes proches aidantes a suscité anxiété et détresse

32. Pour plusieurs personnes hébergées et leurs proches, de même que pour des professionnels et des gestionnaires, l'interdiction complète des visites des personnes proches aidantes dans les CHSLD, le 14 mars, a été une erreur et a porté un dur coup à la santé physique et mentale de personnes hébergées.
33. Des personnes proches aidantes ont confié avoir vécu une grande anxiété, principalement de la fin du mois de mars jusqu'à la mi-avril. Non seulement les visites n'étaient alors plus possibles, mais des familles n'ont pu obtenir la moindre information concernant l'état de santé de leur proche ou les services offerts. Des personnes hébergées confrontées à la solitude et à la perte de réconfort – souvent parmi celles qui étaient en lourde perte d'autonomie ou avec une atteinte cognitive grave – ont arrêté de se nourrir, allant même jusqu'à se laisser mourir.
34. Des familles ont réussi à voir leur proche juste avant son décès en raison de motifs humanitaires. D'autres n'en ont pas eu la possibilité lorsque la maladie a été fulgurante.
35. La mise à l'écart des proches et des familles s'est partiellement réglée à la mi-avril par l'intervention d'effectifs consacrés à l'organisation de visites virtuelles et à l'information aux proches. Ceux-ci ont pu être mieux renseignés grâce à des équipes de professionnels (médecin, ergothérapeute, psychologue, travailleuse sociale, agente administrative) dépêchées dans les CHSLD, et leur en ont été reconnaissants.

L'absence de téléphones et de tablettes sur les étages pour pouvoir communiquer avec notre proche avant qu'il ne soit trop tard a été absolument crève-cœur. Nous n'avons même pas pu lui parler une seule fois quand la fièvre s'est déclarée, et encore moins lui dire au revoir. Nous ne pouvons que nous imaginer la détresse ressentie et nous nous consolons en sachant qu'une des personnes qui prenait soin de lui régulièrement a pu être avec lui à la toute fin.

Les règles sur les mesures sanitaires étaient dictées sans arrêt et de façon directive. « Allez dans votre chambre, il est interdit de sortir, on va vous attacher ». Ces règles répétées régulièrement finissaient par diminuer le moral, par mettre en colère, car on nous répondait « Je n'ai pas le temps d'aller vous chercher votre eau chaude ».

2.6. Des soins et des services ont été reportés ou annulés

36. Dans le cadre de son appel à témoignages, le Protecteur du citoyen a questionné les personnes hébergées et leurs proches pour savoir si la prestation de soins et la qualité de ceux-ci avaient été maintenues ou s'étaient détériorées entre mars et juin 2020 : 46 % des personnes hébergées et 60 % des proches ont rapporté que la qualité des soins a été moins bonne qu'à l'habitude ou insuffisante.

37. Le Protecteur du citoyen a également demandé aux travailleuses et travailleurs de la santé s'ils avaient observé des lacunes dans les soins et les services offerts aux personnes hébergées dans le ou les CHSLD où ils ont œuvré entre mars et juin 2020. Pour ce faire, il a dressé une liste des principaux types de soins et de services en CHSLD. Les répondantes et répondants devaient préciser, pour chacun de ces soins et services, s'ils avaient noté des lacunes et, si oui, lesquelles. La majorité (83 %) des 554 membres du personnel qui ont répondu à cette question ont identifié en moyenne quatre lacunes dans les types de soins et de services listés. Les catégories de lacunes les plus fréquemment évoquées concernaient les services suivants :
- Les services d'activités et de loisirs (60 %);
 - Les soins d'assistance de base et de soutien (53 %);
 - Les soins d'hygiène (47 %);
 - Les soins psychosociaux (44 %);
 - Les services de réadaptation (42 %).
38. Il est particulièrement préoccupant de constater que plus de la moitié des répondants et répondantes (53 %) ont souligné des lacunes dans les soins de base et de soutien. Les commentaires qui reviennent le plus souvent portent sur la réduction du temps d'aide aux repas, le manque de temps pour distribuer de l'eau aux résidentes et résidents, et le maintien au lit ou à la chambre en raison d'un manque de personnel pour aider à la mobilité.
39. Par ailleurs, près de la moitié des répondants et répondantes (47 %) ont aussi observé des lacunes dans les soins d'hygiène. À cet égard, le manque de personnel et son impact sur ces soins sont mentionnés dans presque tous les commentaires. Les répondants et répondantes soulignent notamment que les soins d'hygiène ont été diminués ou faits de façon précipitée. Les bains et les douches étaient moins fréquents ou remplacés par une toilette partielle faite au lit. Dans bien des cas, les soins buccodentaires ont été réduits ou inexistantes.
40. Bien que cela n'ait pas été un phénomène généralisé, des personnes ont rapporté que la pénurie de personnel engendrée par les éclosions majeures de COVID-19 dans certains CHSLD a occasionné des ruptures de soins de base, surtout durant les premières semaines d'avril. Cette période correspond à un retrait massif et subit de membres du personnel en raison de la COVID-19. Des personnes hébergées n'ont alors pas eu l'assistance nécessaire pour bien s'alimenter et s'hydrater. Elles n'ont obtenu que des soins d'hygiène très partiels et ont subi des retards dans le changement des culottes d'incontinence.
41. Alors qu'elles avaient besoin d'assistance pour se mobiliser et s'habiller, des personnes sont demeurées alitées en jaquettes d'hôpital, pendant plusieurs jours, parfois pendant plusieurs semaines. Cela a pu entraîner chez elles une détérioration de leur santé physique ou cognitive parfois irréversible, et des plaies de pression pour lesquelles le personnel infirmier n'avait pas le temps de faire les changements de pansements nécessaires.
42. Il est aussi révélateur de noter que, globalement, 71 % des travailleuses et travailleurs de la santé nous ont dit avoir tenté de dénoncer une ou plusieurs situations qu'ils jugeaient inacceptables.

Des résidents n'ont pas eu accès à des soins d'hygiène complets (bain, douche) ou au lavage des cheveux durant plusieurs semaines.

Du début avril à la mi-avril, le manque de personnel était criant. Je me souviens de quelques journées où je me suis même retrouvée seule avec une préposée pour une unité de 50 résidents. Évidemment, nous n'avons pas pu aider tout le monde à manger. Les résidents demeuraient couchés toute la journée, non habillés, parfois seulement en culotte d'incontinence sans aucun autre vêtement. Aucune mobilisation, les gens restaient tous dans leur lit. Nous n'avions pas le temps de les tourner dans leur lit pour éviter les plaies.

2.7. Les CHSLD n'étaient pas outillés pour donner des soins de la même intensité qu'à l'hôpital

43. Dès les débuts de la pandémie, il est apparu évident que les CHSLD n'étaient pas équipés pour se convertir en milieux de soins hospitaliers, que ce soit en termes de matériel, d'équipements de protection, de connaissances cliniques ou de ratios de personnel. Or, c'est ce qu'on leur demandait de devenir en quelques jours.
44. Des gestionnaires de CISSS et de CIUSSS interrogés ont rapporté qu'initialement, ils croyaient pouvoir transférer les usagères et usagers atteints de la COVID-19 vers des hôpitaux désignés, ce qui n'a pas été le cas. Le personnel des CHSLD a donc éprouvé un haut niveau de stress devant son incapacité à fournir les soins appropriés. Plusieurs ont d'ailleurs été soumis au choix déchirant de devoir fournir des soins de confort de fin de vie à une personne plutôt qu'à une autre.

Nous manquions d'équipements médicaux : des pompes à perfusion, des concentrateurs d'oxygène et d'autres instruments qui ne sont pas utilisés dans les CHSLD normalement.

À cause du manque d'équipement, nous avons dû parfois choisir entre deux patients en détresse respiratoire pour savoir à qui nous allions appliquer le protocole de soins. C'était insoutenable. J'ai dû faire une thérapie à cause de cela.

2.8. Les renforts en CHSLD sont arrivés tardivement

45. Face à l'urgence d'ajouter du personnel dans les CHSLD, des personnes en provenance d'hôpitaux et de CLSC ont été dégagées de leurs tâches habituelles pour venir prêter main-forte. D'autres se sont portées volontaires via la plate-forme « Je contribue ». Les Forces armées canadiennes et la Croix-Rouge ont aussi fourni des effectifs.
46. De l'avis de nombreux témoins, l'affectation de ces ressources supplémentaires, bien que fortement appréciée, s'est faite tardivement, soit à la fin du mois d'avril. La crise, elle, frappait fort, dans certains cas depuis plusieurs semaines.
47. Selon des gestionnaires de CISSS et de CIUSSS, les demandes d'aide ont été exprimées rapidement, mais l'arrivée et l'intervention concrète des renforts sur le terrain ont tardé. De plus, ces personnes n'avaient souvent pas la formation appropriée pour être rapidement opérationnelles et autonomes.

2.9. Le pouvoir décisionnel en CHSLD était éloigné du terrain

48. Les nombreux problèmes dans les CHSLD les plus touchés auraient dû être pris en charge par des modes de gestion de proximité, autrement dit par des personnes exerçant un leadership fort sur le terrain même des éclosions et de la pénurie de personnel. Le fait de recevoir des consignes « d'en haut » ou d'attendre des directives qui ne venaient tout simplement pas à grandement affaibli la chaîne décisionnelle. Des témoins parmi le personnel soignant ont déploré le manque d'agilité nécessaire pour agir de façon appropriée et directe, en temps opportun, particulièrement en contexte de crise.
49. Par ailleurs, en l'absence de gestionnaires dans les milieux de vie, le défi était non seulement d'assurer des soins sécuritaires, mais aussi d'intégrer de nouvelles personnes qui arrivaient de l'extérieur en renfort et de s'assurer qu'elles respectent les directives.

50. Les témoignages démontrent qu'au plus fort de la pandémie, le personnel des CHSLD était souvent mis au courant des décisions de la Direction générale de la santé publique et du gouvernement d'abord lors des points de presse du premier ministre, décisions qui ne pouvaient être mises en application sur-le-champ, compte tenu de la lourde structure de gouvernance.
51. Plusieurs membres du personnel et volontaires en renfort ont rapporté qu'ils avaient été laissés à eux-mêmes alors qu'ils venaient porter assistance dans un milieu qu'ils ne connaissaient pas. Les équipes devaient « s'autogérer » et organiser les soins sans « chef d'orchestre » pour assurer une cohésion. Des gestionnaires ont aussi été envoyés sur le terrain en provenance d'autres milieux. Ceux-ci rencontraient les mêmes défis liés à la méconnaissance du contexte.

Il n'y avait pas de gestionnaire sur place et pas de directives claires. Les préposés aux bénéficiaires devaient déterminer quels seraient les usagers pour lesquels on utiliserait les équipements pour l'oxygène.

2.10. Le personnel soignant a été lourdement atteint physiquement et psychologiquement

52. Certains chiffres sont particulièrement parlants : entre le 1^{er} mars et le 14 juin 2020, 13 581 travailleurs et travailleuses de la santé ont été atteints de la COVID-19, soit 25 % des cas rapportés durant la première vague. Onze d'entre eux en sont morts. Leur risque de contracter la maladie a été dix fois plus élevé que dans le reste de la population⁴.
53. De nombreux témoignages adressés au Protecteur du citoyen expriment la peur du personnel face à la COVID-19, un virus inconnu qui faisait d'énormes ravages sous leurs yeux, parmi la clientèle et les collègues. Plusieurs membres du personnel ont ressenti une détresse et un sentiment d'impuissance majeurs considérant que leur environnement de travail était désormais aux prises avec :
- une désorganisation générale;
 - des décès allant en augmentant;
 - de nombreux cas de personnes ne recevant plus les soins et les services nécessaires.
54. Les quarts de travail de 12 heures ont été courants, sur une période prolongée, sans possibilité de vacances. La lourdeur de la tâche, déjà importante avant la pandémie, est allée en s'accroissant. Autre élément à surmonter : une forte pression médiatique véhiculait surtout les situations les plus catastrophiques. Des membres du personnel ont rapporté qu'ils se donnaient corps et âme alors que les reportages semblaient ignorer leur travail pour ne montrer que le volet négatif.

J'ai vécu l'horreur à force d'assister au décès d'autant d'usagers auxquels j'étais attachée. Des images vont me rester pour toujours en tête. Mes collègues et moi avons souvent pleuré ensemble parce que c'était trop dur de voir tous ces gens partir.

⁴ Enquête épidémiologique sur les travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 au printemps 2020, Institut national de santé publique – Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 2020, p. 1.

2.11. Voici ce que des CHSLD épargnés par la crise ont fait autrement

55. Même dans la région montréalaise qui, durant la première vague, était la plus touchée du Québec et même du pays, des CHSLD ont été épargnés par les éclosions de COVID-19. Des témoignages ont donné un aperçu de ce qui leur avait permis de mieux surmonter les événements, soit en instaurant un contrôle strict :
- des allées et venues à l'entrée du CHSLD;
 - des déplacements à l'intérieur des lieux;
 - du personnel ayant voyagé;
 - des symptômes apparentés à la COVID-19 chez le personnel;
 - de l'application continue et rigoureuse des normes de prévention et de contrôle des infections, notamment grâce à la présence constante de gestionnaires sur les lieux (gestion de proximité);
 - de l'admission de personnel extérieur pour s'assurer que personne n'ait travaillé auparavant dans un milieu de soins à risque.

3. ÉPICENTRE DE LA CRISE : DES FAITS VÉCUS EN CHSLD

56. Voulant donner la parole aux témoins, le Protecteur du citoyen reprend ici des récits sélectionnés parce qu'ils illustrent des faits ou des observations que corrobore l'ensemble des témoignages reçus.

3.1. L'expérience d'une préposée aux bénéficiaires

Formation et disponibilité du personnel

Avant le mois de mars, la direction du CHSLD a tenu à nous rassurer en nous disant que la COVID-19 « n'entrerait pas dans nos murs ». Mais je ne me sentais pas en sécurité. Je n'avais aucune formation en prévention et en contrôle des infections.

Au début, c'était de la médecine de guerre. Nous n'avions aucun support et il y avait trois à quatre morts par jour. Nous ne savions plus où mettre les corps.

3.2. L'expérience d'un infirmier auxiliaire

Disponibilité du personnel

À l'occasion de certains quarts de soir, il arrivait qu'une infirmière et un ou deux auxiliaires aient la charge de plusieurs étages. J'ai souvent fait des quarts doubles parce qu'il n'y avait tout simplement plus de personnel. C'était comme au champ de bataille : on n'avait pas le temps de s'occuper de tous les usagers et on avait l'impression de les abandonner. Au pire de la crise, le personnel et les usagers étaient laissés à eux-mêmes. C'était l'état d'urgence total. C'était comme si le bateau coulait.

Disponibilité du matériel

J'étais à l'aise avec les mesures de prévention et de contrôle des infections, mais le personnel était mal informé. Les premiers jours, nous ne pouvions pas porter de masque parce que les gestionnaires disaient que nous allions faire peur aux usagers et que le virus « ne se jette pas sur le monde ». Plus tard, nous avons dû garder le même masque durant toute la journée.

Délai d'application des mesures de prévention et de contrôle des infections

Au début, le personnel qui présentait des symptômes n'était pas retiré. Cela s'est fait par la suite.

Tous les étages du CHSLD ont eu des cas de contamination, entre autres à cause des ascenseurs, lorsque nous transportions les personnes infectées dans la zone rouge, qui a elle-même changé d'étage deux fois.

3.3. L'expérience d'une infirmière

Formation du personnel

À mon arrivée à l'unité de soins du CHSLD, on m'a confié une tâche de préposée aux bénéficiaires. J'ai tout de suite vu que la situation était bien pire que celle du CHSLD d'où j'arrivais. Des usagers en détresse respiratoire, une heure ou deux avant leur décès, auraient dû être soulagés avec de la morphine, mais le personnel soignant n'avait pas été formé pour administrer des soins de confort. Il se limitait à donner des analgésiques. Aucune zone de soins palliatifs n'était aménagée.

Disponibilité du personnel

À un moment donné, un dépistage massif a été ordonné auprès des usagers et de tout le personnel, incluant le personnel à la cuisine, les gestionnaires, les soignants. Après avoir obtenu le résultat, il manquait la moitié du personnel.

Faute de personnel, des usagers restaient 12 heures dans leur culotte d'incontinence souillée. Des repas étaient sautés, des médicaments n'étaient pas donnés. Des usagers mouraient seuls, en détresse et en souffrance. Pathétique et inacceptable.

Utilisation des équipements de protection

J'ai tout de suite remarqué la forte anxiété du personnel soignant, ce qui avait pour effet de créer de mauvaises habitudes quant à la prévention et au contrôle des infections, comme d'utiliser deux ou trois épaisseurs de masque alors qu'on en manquait. Les consignes concernant les équipements avaient beau leur être répétées, on aurait dit que personne ne les entendait tellement tout le monde était sur l'adrénaline. Des personnes avaient tellement peur d'être contaminées qu'elles ne voulaient plus rentrer dans certaines chambres.

Transfert des usagères et usagers infectés

Selon moi, davantage d'usagers auraient dû être transférés dans des hôpitaux où il y avait plus de personnel pour leur donner au moins des soins de confort. Mais les gestionnaires essayaient d'éteindre les feux : ils s'occupaient surtout de trouver du personnel et de limiter la propagation. La qualité des soins venait en second.

3.4. L'expérience de gestionnaires de CIUSSS

Disponibilité du personnel

J'avais toujours l'impression que le virus avait une longueur d'avance sur nous... Au cours de la première vague, j'ai dû travailler 7 jours sur 7 et 12 heures par jour.

Nous manquions de personnel et il a fallu combler l'absence de plusieurs dizaines d'employés. Les ressources humaines faisaient leur possible pour recruter des gens, mais personne ne voulait travailler dans les CHSLD. Au début avril, on a finalement pu utiliser l'arrêté ministériel et des personnes sont enfin venues en renfort.

Entre le 14 mars et le 10 avril, nous avons fait face à plusieurs réorganisations du travail, à des éclosions répétées, à la mise en place précipitées de zones rouges, et au départ de personnes clés dans notre structure parce qu'elles avaient attrapé le virus. À côté de cela, nous devons composer avec la détresse et la colère de certaines familles.

Préparation à la pandémie

Nous avons clairement sous-estimé l'ampleur du virus, sa gravité et son degré de contagion. On a formé du personnel en prévention et contrôle des infections et au sujet du port des équipements de protection individuelle. Mais nous manquions totalement d'équipement. Un exemple : un seul masque devait parfois être porté toute la journée parce qu'on n'en avait pas suffisamment pour respecter les meilleures pratiques.

Les directives se sont mises à évoluer continuellement. Il fallait se tenir à jour, s'assurer qu'on avait la bonne consigne, la digérer, l'implanter. C'était un emploi à temps plein. À la journée longue, je m'assurais que les directives parvenaient aux équipes des CHSLD, que ce soit au public ou au privé.

Avec la COVID-19, chaque heure comptait. Donc, si cela prenait 12 heures ou 24 heures à un milieu pour réagir, cela pouvait signifier que tout un étage était contaminé.

3.5. L'expérience d'une personne proche aidante

Implication des proches

Durant trois ans, des proches soignants et moi, nous nous sommes relayés le midi, le soir et au coucher à son chevet pour ses repas, l'hydratation, la prise de médicaments, sa stimulation et son accompagnement général. Il souffrait d'Alzheimer depuis 10 ans et il avait d'importants problèmes cardiaques et pulmonaires qui le rendaient vulnérable à la COVID-19.

Après un mois de confinement, l'exclusion des proches et une agonie de trois jours, il est mort seul, déshydraté, en état de détresse et dans des conditions inimaginables dues au manque de personnel. J'ai pu assister à ses derniers instants grâce à une caméra de surveillance placée dans sa chambre, installée avant la pandémie. Plusieurs semaines après sa mort, je suis encore hantée par ce que j'ai vu.

4. ENSEIGNEMENTS DE LA PREMIÈRE VAGUE ET PRIORITÉS D'ACTION

57. Au lendemain de la première vague, les autorités gouvernementales, les CISSS et CIUSSS de même que les CHSLD ont mené des réflexions et mis en place des mesures, à la fois pour comprendre les difficultés, réparer les erreurs, et contrer les effets d'une deuxième vague abondamment annoncée et documentée. La question n'a jamais été de savoir si un deuxième épisode surviendrait, mais bien d'en planifier l'arrivée et la gravité.

58. Au moment d'écrire ces lignes, de nombreux éléments de l'enquête du Protecteur du citoyen restent à colliger, analyser et assembler. Ses recommandations viendront avec son rapport final. Mais d'ores et déjà, les enseignements de la première vague orientent des priorités d'action.

4.1. Des soins et des services centrés sur la clientèle – L'humanisation des soins et la valorisation des proches aidants

59. À la lumière de la première vague de la pandémie, il est clair que le maintien d'une offre de soins et de services qui respecte la dignité et l'intégrité des personnes hébergées est fragile, particulièrement en contexte d'éclosion majeure. Les usagers et les usagères en soins de longue durée devraient bénéficier en tout temps de soins humains, continus, sécuritaires, de qualité et centrés sur leurs besoins et leurs droits. Des moyens adéquats et déployés en temps opportun doivent être pris par les CISSS et les CIUSSS afin que les CHSLD puissent assurer cette réponse.

60. La pandémie ne peut justifier à elle seule une déshumanisation des soins et des services, non plus qu'une rupture de protection des personnes les plus vulnérables de notre société. Elle devrait plutôt donner lieu à un renforcement de la sécurité de ces personnes et le maintien d'une approche personnalisée.

61. Toutes les interventions auprès des personnes hébergées doivent tendre vers la recherche d'un équilibre entre la réponse à leurs besoins, le respect de leur liberté et de leur autonomie, ainsi que la sauvegarde de leur sécurité, individuelle et collective. Le maintien de cet équilibre est un défi quotidien pour les équipes soignantes en CHSLD. Les CISSS et les CIUSSS doivent donc les soutenir en assurant la mise en place d'un environnement adéquat, d'un développement approprié des connaissances, et de la disponibilité des outils nécessaires.

62. À cet égard, il importe de se rappeler en tout temps que la personne hébergée est, en vertu de la loi⁵, la raison d'être des services de santé qu'elle requiert. En ce sens, la réponse à ses besoins, dans leur globalité, doit être au cœur des préoccupations et des décisions prises au sein de son milieu de vie.

63. Pour rendre les milieux de vie humains, l'un des rappels phares de la première vague est aussi que les personnes hébergées dans les CHSLD doivent avoir accès à celles et ceux qui agissent auprès d'elles à titre de proches aidants.

64. L'on se souviendra qu'à des fins de prévention des éclosions, les autorités de santé publique ont temporairement interdit ces visites. Les intervenants des milieux de vie ont alors rapidement constaté que la barrière que l'on voulait ainsi dresser contre le virus engendrait également des conséquences néfastes. De façon évidente, les personnes proches aidantes doivent demeurer des partenaires des CHSLD. Leur rôle auprès de leur proche doit être maintenu et renforcé, selon de nouvelles façons de faire toutefois. Le casse-tête est le suivant : permettre les contacts tout en minimisant les risques d'éclosion, et susciter l'adhésion totale des personnes proches aidantes aux objectifs de sécurité, dans l'intérêt commun.

65. Un enseignement à tirer de la première vague est que les CHSLD doivent maintenir des soins humains centrés sur les personnes hébergées. Les contacts entre les personnes hébergées et les personnes proches aidantes, même en période de pandémie, sont essentiels et contribuent à cette humanisation.

⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2, art. 3.

66. **À titre de priorité d'action, les autorités responsables doivent mettre en place la formation et l'encadrement nécessaires pour que les personnes proches aidantes œuvrant dans tous les types de milieux de vie puissent jouer leur rôle de partenaire dans la dispensation de soins humains et personnalisés, en situation d'éclosion comme en temps normal.**
67. **Pour les personnes proches aidantes et les familles qui ne peuvent avoir accès aux lieux physiques, des moyens technologiques – plates-formes et équipement numériques – doivent être rendus disponibles et opérationnels pour permettre les contacts réguliers par une socialisation à distance⁶.**

4.2. Le personnel – Des effectifs stables et en nombre suffisant

68. Sans grande surprise, la pénurie de personnel a été l'une des principales faiblesses des CHSLD au cours de la première vague de la COVID-19. Au plus fort de la crise, des renforts sont arrivés de différentes provenances et ont été des plus utiles pour apporter un secours indispensable. On a alors parlé de sauvetage *in extremis* et non d'une solution à la pénurie de personnel.
69. 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. Il est impératif d'agir et de s'attaquer aux défis d'attractivité et de rétention du personnel afin de le stabiliser dans les CHSLD et de permettre une meilleure continuité dans les soins et les services. Les mesures doivent être incitatives, persuasives, concrètes et immédiates.
70. Au cours de la crise, le gouvernement a dû poser certains gestes de bonification salariale pour le personnel du réseau et déployer en urgence une formation accélérée pour les préposés et préposées aux bénéficiaires.
71. Ce métier peine à attirer des candidats et candidates et à les garder dans ses rangs. Résoudre le problème de la pénurie de cette catégorie de travailleurs et de travailleuses passe nécessairement par une valorisation de cette fonction d'assistance à la personne dans les milieux de vie⁷. Ces personnes sont des collaboratrices indispensables au sein des équipes soignantes. Elles ont un contact privilégié de proximité avec les personnes hébergées et leurs proches, ce qui leur permet d'établir un lien de confiance et un sentiment de sécurité. Leur présence stable dans un CHSLD est prioritaire.
72. Le manque de personnel infirmier en CHSLD est également un élément qui fragilise l'organisation des soins dans ces milieux de vie, spécialement durant les quarts de travail dit « défavorables », de soir, de nuit et de fin de semaine. D'ailleurs, les CIUSSS et les CIUSSS ont exprimé au Protecteur du citoyen une grande préoccupation à ce sujet. Ce contexte est un frein à la stabilisation des équipes et à la diminution de la mobilité à l'intérieur de ces équipes.
73. **Un enseignement à tirer de la première vague est que la pénurie de personnel dans les CHSLD a été au cœur des ratés observés dans l'offre de soins et de services aux résidents et résidentes.**

⁶ COVID-19 et la socialisation à distance entre les personnes hébergées et les proches aidants en contexte d'interdiction de visite, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020.

⁷ Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020, Mesure 14 : Mesures de valorisation des métiers d'assistance à la personne.

74. **À titre de priorité d'action, il est urgent de pallier ce manque systémique de personnel, particulièrement pour les préposés et préposées aux bénéficiaires et le personnel infirmier, par des moyens qui reflètent le caractère essentiel de ces fonctions. Les CHSLD doivent bénéficier d'une main-d'œuvre compétente, qualifiée et en nombre suffisant qui œuvre dans des conditions de soins appropriées.**

4.3. La gestion de proximité – Un leadership local bien présent

75. Les témoignages et les analyses concordent : dans plusieurs CHSLD, entre mars et juin, l'on a souffert du manque de gestionnaires sur place habilités à exercer une capacité décisionnelle au plan local, à donner des orientations, à indiquer les pratiques à respecter, à mobiliser le personnel et à s'assurer que les soins soient réorganisés selon les besoins.
76. En période de crise, alors que chaque minute peut compter pour intervenir en toute urgence, la gestion de proximité est essentielle, entre autres pour motiver et valoriser le personnel, coordonner les efforts, permettre une communication claire des directives et surveiller l'application des consignes.
77. En contexte de pandémie, une gestion sur le terrain aurait, de l'avis de plusieurs, aidé à freiner les éclosions. À cet égard, il ressort de l'enquête du Protecteur du citoyen que lorsque des cellules locales de crise ont été déployées, un meilleur arrimage de tous les intervenants et intervenantes a permis de converger vers des actions mieux structurées. Une telle cellule pouvait comprendre, entre autres, une ou un coordonnateur de site, des conseillères ou conseillers en prévention et contrôle des infections ainsi qu'en hygiène et salubrité, un ou une médecin, des professionnelles et professionnels ainsi que des chefs d'unité.
78. Le Protecteur du citoyen prend acte de la mesure gouvernementale annoncée le 18 août 2020 qui prévoit la mise en place d'une ou d'un gestionnaire pour chaque CHSLD. Cette annonce est bien accueillie par plusieurs acteurs et intervenants.
79. **Un enseignement à tirer de la première vague est que les CHSLD qui comptent sur le support et la supervision d'une ou d'un gestionnaire déployé sur place ont été en position de prendre des mesures et d'assurer un meilleur encadrement contribuant à résorber la crise.**
80. **À titre de priorité d'action, les autorités responsables doivent poursuivre la mise en place dans chaque CHSLD d'une ou d'un gestionnaire de proximité qui doit être en mesure d'exercer un leadership local fort avec son équipe clinico-administrative. Cette ou ce gestionnaire de proximité doit avoir une réelle capacité de décision et d'implantation d'un fonctionnement agile et adapté au sein du CHSLD.**

4.4. La prévention et le contrôle des infections – Les ressources nécessaires en temps opportun

81. La première vague et la multiplication des foyers d'éclosion ont mis en évidence l'importance en CHSLD de créer et d'appliquer à l'interne une culture de prévention et de contrôle des infections qui soit rigoureuse, connue et partagée par tous et toutes, et solidement implantée dans les pratiques et décisions. Cela sous-tend de :
- S'assurer en tout temps de l'adhésion et du respect des mesures de prévention et de contrôle des infections au sein du milieu de vie;
 - Fournir les équipements de protection individuelle en nombre suffisant;

- Contrôler strictement l'accès au milieu de vie grâce à un processus de triage attentif (personnes proches aidantes, visiteuses et visiteurs, personnel);
- Avoir la capacité de tester rapidement les personnes hébergées, le personnel ainsi que les proches au besoin;
- Disposer des ressources humaines et matérielles nécessaires pour pouvoir, en tout temps, faire face à une éclosion et se réorganiser en conséquence.

82. Un enseignement à tirer de la première vague est que les CHSLD dont les décisions et les actions ont pris appui sur des bases solides en matière de prévention et de contrôle des infections ont mieux fait face à la première vague de la pandémie.

83. À titre de priorité d'action, chaque CHSLD devrait être en mesure d'entretenir une culture de prévention et de contrôle des infections omniprésente auprès de son personnel, mais aussi auprès des personnes proches aidantes, des visiteurs et visiteuses et de toute personne qui pénètre dans le milieu de vie. Pour ce faire, chaque milieu de vie devrait être outillé :

- Pour bénéficier de l'expertise d'un conseiller ou d'une conseillère en prévention et en contrôle des infections;
- Pour mettre en place de la formation continue;
- Pour valoriser de façon constante à l'interne l'enjeu de protection;
- Pour limiter la mobilité du personnel;
- Pour disposer de locaux qui peuvent s'adapter rapidement et efficacement à toute menace d'éclosion ou toute atteinte à la sécurité des usagères et des usagers.

4.5. La communication et la collaboration – Des canaux efficaces pour véhiculer des messages clairs

84. L'image a souvent été utilisée durant la première vague de la pandémie : la construction de l'avion se faisait alors que l'appareil était en plein vol.

85. Autrement dit, les connaissances concernant le virus, l'application de ces nouvelles notions, les décisions en découlant, l'adaptation constante des ressources et l'organisation des services et des soins, tout cela évoluait de jour en jour – pour ne pas dire d'heure en heure – alors que le nombre de cas confirmés de COVID-19 continuait de grimper, avec des chiffres alarmants concernant les décès quotidiens.

86. Dans la précipitation, la transmission des informations et des consignes menant aux meilleures pratiques a, de l'avis de nombreux témoins, reflété un certain 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.

87. L'objectif doit être de véhiculer un message clair, uniforme, adapté, et ce, pour éviter toute confusion ou une impression de contradiction.

88. Le partage des connaissances et des bonnes pratiques entre les CHSLD devrait aussi être renforcé. Certains ont combattu le virus lors de la première vague et des enseignements ont été tirés de leur expérience, mais pas suffisamment partagés. On constate que la deuxième vague du virus frappe actuellement des régions et des milieux de vie qui ont été épargnés au cours de la première vague et qui pourraient bénéficier du vécu d'autres milieux.

89. **Un enseignement à tirer de la première vague est que les informations et le transfert des connaissances pour assurer la continuité des services et des soins sont primordiaux comme facteurs de compréhension des enjeux, de cohésion dans l'action et d'agilité dans le changement.**
90. **À titre de priorité d'action, un renforcement des canaux locaux, régionaux et national de communication est nécessaire afin de diffuser des informations et des directives claires. Un mécanisme de partage des meilleures pratiques entre les milieux est aussi indispensable pour permettre une prise de décisions éclairée et améliorer les pratiques professionnelles, en situation de pandémie et en tout temps.**

CONCLUSION

91. Au Québec durant la première vague, l'on a assisté non seulement à l'exceptionnelle mise en place d'un confinement général, mais aussi à l'essoufflement du modèle actuel d'hébergement des personnes âgées vulnérables.
92. Il est apparu évident que les moyens, dans plusieurs milieux de vie et dans le système de santé, n'étaient pas à la hauteur pour assurer le respect des personnes hébergées. Il est question ici du respect de leur dignité, de leur besoin de recevoir des soins personnalisés et de leur désarroi en l'absence des personnes qui leur sont chères.
93. À l'inconnu que représentait la COVID-19 s'est ajouté le portrait maintes fois repris de personnes fragilisées par leur grand âge et la maladie, laissées à elles-mêmes dans un contexte d'hébergement à bout de ressources.
94. Le présent rapport est issu, entre autres, de la parole de personnes qui ont tous et toutes été victimes, à des degrés divers, de la défection de trop nombreux CHSLD par rapport à leur mission de « milieu de vie ».
95. **Considérant ce que la pandémie nous a enseigné, aucun retard n'est maintenant acceptable dans les décisions qui permettent de passer à l'action afin que les droits et la dignité des personnes vivant en CHSLD soient respectés.**

REMERCIEMENTS

96. Le Protecteur du citoyen tient à remercier les nombreuses personnes qui se sont ouvertes à lui pour témoigner de façon franche, honnête, touchante et souvent percutante de ce qu'elles avaient vécu dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie de la COVID-19. Ces personnes souhaitaient que leur parole soit vectrice de changements pour des lendemains meilleurs. Nul doute que leur contribution fournit un solide levier pour la poursuite des travaux du Protecteur du citoyen.
97. À l'instar de l'ensemble de la population québécoise, il remercie aussi l'ensemble des intervenantes et intervenants qui, en dépit d'une flambée dont le présent rapport se fait l'écho, sont restés en place pour tenter de n'abandonner personne.



Écoute • Rigueur • Respect

Bureau de Québec

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

Bureau de Montréal

1080, côte du Beaver Hall
10^e 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