

*ÉTAT DE SITUATION
ET
TRANSFORMATION DES CHSLD
ET
DE SA CLIENTÈLE
APRÈS LA PANDÉMIE DE LA COVID19*

Étude de la problématique de la sécurité virologique des personnes âgées en CHSLD au Québec

Georges Tormen, M.A.P.

Mai 2020

Terrebonne (Qc)

Autoédition à compte d’auteur Georges Tormen

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales Québec Diffusion libre Tormen, Georges, 1948 –

Mai 2020

Titre : ÉTAT DE SITUATION ET TRANSFORMATION DES CHSLD ET DE SA CLIENTÈLE APRÈS LA PANDÉMIE
DE LA COVID19 Étude de la problématique de la sécurité virologique des personnes âgées en CHSLD
au Québec

ISBN 978-2-9818937-2-7 Format PDF

Toute reproduction de ce texte en tout ou en partie est permise, dans le respect de l’intégrité du texte
et du droit d’auteur, en mentionnant la source de vos emprunts et citations.

Table des matières

Introduction	6
Chapitre 1 : Constatations, hypothèse et questionnement	8
Constatations initiales.....	8
Paramètres concernés	9
Hypothèse de départ	10
Questionnement.....	11
Chapitre 2 : état de situation des CHSLD	12
Signalement et bornes législatives	12
Limites du modèle organisationnel actuel.....	15
Chapitre 3 : De crise en crise, la gestion centralisée mise en cause.....	18
De l'indignation à la banalisation, à la déresponsabilisation, à l'indifférence	18
Escalades des réactions et limites de l'acceptabilité sociale	23
Identifier la problématique et comprendre sa complexité	24
CHAPITRE 4 PROFILS DES PERSONNES ÂGÉES DES CHSLD.....	26
Clientèle actuelle des CHSLD	26
Charge de soins fardeau de travail	27
Impacts organisationnels et fonctionnels.....	28
Recadrage des solutions	29
Besoins des résidents au profil lourd et (in)satisfactions	29
Nature des besoins des résidents et exemples d'insatisfactions	30
Humanisation du vieillissement en CHSLD	37
Chapitre 5 : La Covid-19, le résident et le CHSLD	40
Covid-19 Nature, investigation et recherches	40
Covid-19 affecte sévèrement et mortellement les résidents des CHSLD	41
Réservoirs, vecteurs et milieux de propagation	42
Les conditions de santé des personnes âgées en CHSLD Portrait d'ensemble 2019.....	43
Population au Québec : 1 634 712 personnes âgées de 65 ans et plus.....	44
Lieux de résidence: La population se retrouve comme suit:	44
Réseau d'établissements de santé et de services sociaux.....	45
Vulnérabilité et admissibilité	45
Clientèle des personnes âgées.....	45
Chapitre 6 : Conditions de vie/Conditions de travail en CHSLD Le facteur PAB et facteurs éco-systémiques.	51

Facteur PAB.....	51
Titre d'emploi et rémunération de PAB.....	52
Combattre la pénurie des PAB.....	55
Formation sur mesure.....	55
Postes, listes de rappel et agences privées.....	56
Modifications à la charge de travail.....	57
Les proches aidants et engagement privé	57
Cœur du débat actuel et problématique sous-jacente.....	57
Portrait d'ensemble des PAB de 2019	61
Optimisation de l'équation (INF + I.A. + PAB +APS/OT).....	63
Facteurs éco-systémiques.....	64
Gestion des admissions.....	64
Coûts de transformation et cadre budgétaire.	64
Chapitre 7 : Sécurité virologique et épidémies en CHSLD	65
Fréquence des éclosions et des épidémies en CHSLD	65
Développement des relations soutenues entre chaque CHSLD et un institut régional de gérontologie et de gériatrie.	67
La pertinence de transformer tous les CHSLD publics et privés conventionnés.	68
D'autres avenues de solution à explorer	68
Contagiosité, infectiosité, transmissibilité de la Covid-19 en CHSLD	68
Mesures de « containment », d'atténuation et d'éradication de la maladie.....	68
CONCLUSION.....	70
RECOMMANDATIONS	72
ANNEXE Commentaires sur le projet de loi no. 52	76
ANNEXE Que penser d'un « super commissaire » ?	85
ANNEXE Réponse à la question « Que faisaient les bureaux des plaintes ?».....	87
ANNEXE Devoir de loyauté, omertà et responsabilisation	93
ANNEXE Omerta du devoir de loyauté et représailles.....	95

Introduction¹

La pandémie de la Covid-19 fait découvrir à tout le Québec la précarité, la vulnérabilité des personnes âgées vivant en CHSLD. Elle fait découvrir aussi que les CHSLD n'étaient pas adaptés, malgré les efforts et les ressources investies, à offrir à ses résidents 'un milieu de vie substitut' 'un milieu de vie de qualité'.

Les membres du Gouvernement, les gens du milieu de la santé, les journalistes et la population en général sont du même avis, partagent la même opinion, à savoir qu'avec la pandémie de la Covid-19 et ses ravages dans les CHSLD du Québec '*les choses ne seront plus les mêmes dans le réseau*', qu'il va falloir faire quelque chose de plus et de différent pour protéger les personnes âgées vivant en CHSLD et leur assurer un hébergement adapté, agréable et *sécuritaire*.

Par *sécuritaire*, je qualifie un hébergement qui ne les expose pas à des risques et à des dangers au-delà des normes scientifiques, médicales et sociales acceptables et qui peuvent être éliminés, atténués ou limités grâce à des aménagements, installations, dispositifs, équipements, méthodes et consignes spécifiques, et, qui intègre des organisations du travail conformes aux normes ergonomiques en matière de SST et conçues pour éviter toutes complications et s'assurer d'un contrôle rigoureux et régulier en matière de sécurité virologique, notamment.

Le non-respect intégral des normes expose les résidents et les employés des CHSLD à des risques élevés et des réels dangers qui mettent en péril leur santé et leur vie.

Mais il y a lieu de se demander et de vérifier si dans les processus d'évaluation de risque les professionnels tiennent compte des complications dues à des pathologies iatrogènes² et du rôle de la comorbidité³ de pathologies existantes et traitées.

Dans la présente *Étude*, je fais le constat général de la situation qui prévaut ici au Québec et je présente une hypothèse sensée, suite à l'observation et à l'analyse des différents éléments qui démontrent qu'il y a urgence en la matière et que c'est maintenant qu'il faut prévoir les solutions à mettre en place pour l'après pandémie.

Je démontre et j'explique qu'il y a un ensemble de paramètres, de déterminants, de conditions, de facteurs, de variables qui en interactions sont à l'origine de cet état de situation.

Les explications que j'apporte ne sont pas teintées de jugements personnels, je ne me prononce pas sur la valeur des politiques et des décisions des responsables passés ou présents.

Mes explications ne sont pas fondées sur des spéculations ou un modèle réduit à un ou deux facteurs, tels que le niveau de financement des CHSLD ou la rémunération d'une catégorie d'emplois, ni sur une improvisation et des jugements rétroactifs de la gestion de crises et sur les suites à venir appréhendées

¹ Je voudrais indiquer que le texte est au masculin, afin d'éviter les lourdeurs orthographiques, mais n'enlève rien à l'universalité de son propos.

² <https://www.universalis.fr/encyclopedie/pathologie-iatrogene/>

³ « En médecine, la comorbidité désigne : La présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire. L'effet provoqué par ces troubles ou maladies associés » Source :

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Comorbidit%C3%A9> Aussi :

https://www.liberation.fr/checknews/2020/03/24/covid-19-quels-sont-les-principaux-facteurs-de-comorbidite_1782772

comme l'éventualité de la résurgence de l'épidémie sous la forme d'une deuxième et troisième vagues ou d'un cycle saisonnier.

Les personnes en autorité pourront dégager elles-mêmes la portée de la présente *Étude* sur les orientations, les priorités et les politiques gouvernementales dans le cadre social des attentes des contributeurs de la santé, des partenaires socio-économiques et de la population en général⁴.

J'ose cependant souligner l'importance de certaines actions que je présente comme des recommandations, à la suite de la conclusion de mon *Étude*.

⁴ <https://recherche.uottawa.ca/nouvelles/impact-covid-19-personnes-agees-queelles-lecons-tirer>

Chapitre 1 : Constatations, hypothèse et questionnement

D'entrée de jeu, nous pouvons faire plusieurs constatations importantes puisque celles-ci sont les indices, les pistes de recherche factuelles en vue de comprendre et de trouver les causes et les moyens d'intervenir adéquatement, efficacement, prioritairement, sectoriellement et globalement.

Constatations initiales

Par observation, les faits rapportés dans les informations transmises par les autorités gouvernementales et sanitaires, les journalistes et autres observateurs, sans oublier l'OMS et les laboratoires et chercheurs scientifiques à travers le monde mettent en évidence des particularités qui sont identiques peu importe le pays où elles ont été observées :

- Les personnes âgées qui vivent dans des établissements, tels que par exemple des CHSLD, des résidences pour personnes âgées, sont davantage affectées que le reste de la population et le taux de mortalité du groupe d'âges des 60, 70 ans et plus est de beaucoup supérieur au taux de la population en général⁵, dont celles des enfants et des adultes.
- Le profil des maladies des résidents décédés suite à la Covid-19 indique que le décès survient du choc infectieux initial dit cytokinique⁶ et/ou dans un contexte de ou suite à des complications de conditions médicales préexistantes, de comorbidité⁷. Comme indiqué dans les directives « ...selon leur condition médicale, sont plus à risque de développer des complications à la suite de la contamination à la COVID-19 et leur prise en charge en soins aigus ou intensifs peut être plus complexe.⁸ »
- L'infection et la mortalité affectent aussi les soignants qui ne sont pas des personnes âgées, mais sont plus à risque d'être infectés, comme le sont aussi les soignants d'autres types d'établissements de santé.
- Il n'est pas confirmé dans tous les cas d'infection à la Covid-19 que tous les membres du personnel soignant l'auraient été par les résidents, mais sont devenus des propagateurs aux autres membres du personnel présent et au sein de la communauté et dans leur famille.
- La Covid-19 a initialement infecté les résidents par l'entremise de personnes extérieures de l'établissement qu'ils s'agissent de membres du personnel remplaçants ou réguliers de retour

⁵ Les populations vulnérables: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/populations-vulnerables-covid-19.html>.

⁶ <https://www.pourlascience.fr/sd/biologie-moleculaire/cytokines-et-sensibilite-aux-maladies-4033.php>

⁷ Selon les sources suivantes: Dr Martin Juneau, Institut de cardiologie de Montréal <https://observatoireprevention.org/2020/03/30/covid-19-et-maladies-cardiovasculaires/>, extrait de l'article qui s'appuie sur de nombreuses études: « *Les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires sont plus susceptibles de développer les formes plus sévères de COVID-19, ce qui hausse considérablement le taux de mortalité de cette maladie.*

En plus de représenter un important facteur de risque de COVID-19, les maladies cardiovasculaires peuvent également être une conséquence de l'infection par le coronavirus SARS-CoV2.

Les patients sévèrement atteints par la COVID-19 présentent fréquemment des lésions cardiaques qui augmentent la sévérité de l'infection et mettent en jeu le pronostic vital. »

https://www.liberation.fr/checknews/2020/03/24/covid-19-quels-sont-les-principaux-facteurs-de-comorbidite_1782772;

⁸ Applicables pour les établissements suivants: CHSLD, RI-RTF, RPA et SAS :

<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/a-propos/>.

de vacances ou ayant côtoyé un membre infecté de son entourage ou voisinage, des proches aidants et visiteurs, des résidents qui ont été à l'extérieur de l'établissement et qui ont été en contact ou en présence d'une personne infectée.

- Le phénomène n'est pas particulier au Québec. Le phénomène est observé et constaté dans le reste du Canada, aux États-Unis, en Europe (dans les pays, tels que : Italie, Espagne, France, notamment)⁹.

Paramètres concernés

Les paramètres mis en évidence sont :

- Le statut : en rapport avec la mission sociosanitaire des CHSLD et les contraintes budgétaires et organisationnelles qui encadrent ses activités en tant qu'établissement de santé ;
- Le lieu : le bâtiment et sa géolocalisation, ses caractéristiques architecturales, ses installations, son aménagement, son entretien ;
- Les activités réalisées : hébergement, restauration, traitements, soins et services connexes ;
- Les résidents admis : le profil sociosanitaire, dont l'âge, l'état de santé et les maladies et affections préexistantes ; le profil médicamenteux, les limitations physiques ; la condition psychique ; l'évolution de leur état de santé, les conditions de fin de vie ;
- Les membres du personnel : les profils d'habileté et de compétences, les postes, la structure de postes ; les modalités de remplacement des employés réguliers absents ;
- La formation (évolutive) requise en fonction des pathologies des résidents ;
- Les mesures de salubrité, d'asepsie, de désinfection, de prophylaxie et de prévention et la gestion intégrée des contrôles ;
- La démarche d'amélioration continue de la qualité, du respect des normes sociopolitiques et administratives et le traitement des plaintes.

Des circonstances sont venues aggraver l'état de situation, soulignons :

- L'alourdissement de la clientèle aux multiples pathologies qui nécessite des soins de bases et des soins spécialisés plus élaborés,
- Des établissements à l'aménagement précaire qui concentrent dans des espaces restreints une clientèle nombreuse,
- Une liberté de circulation dans un endroit qui se veut milieu de vie substitut,
- Une grande promiscuité,
- Un manque de rigueur des pratiques de salubrité, de prophylaxie et d'hygiène, et
- Un taux de roulement et de mouvements du personnel trop élevés avec le recours aux listes de disponibilité et de rappel et au recours aux agences de personnel privées dont les déplacements d'établissement en établissement présentent un risque de propagation d'infections bactériennes et virales.

⁹ <https://www.journaldequebec.com/2020/04/19/toute-la-planete-pleure-ses-aines>.

Certains voient les limites fonctionnelles des CHSLD, suite à la centralisation administrative et à l'absence ou l'insuffisance d'encadrement des équipes de terrain, dont on dit qu'elles sont laissées à elles-mêmes, reçoivent peu d'appui et d'encadrement par leur supérieur immédiat.

Certains encore donnent des exemples et parlent de bureaucratisation de la Direction de la gestion des ressources humaines et des relations de travail patronales syndicales qui seraient d'un grand laxisme et qui dit laxisme dit tolérance excessive et instauration de privilèges qui l'emportent sur les obligations de travail, d'une éthique douteuse qui confine à une gestion « les yeux fermés » et à un laisser-faire qui évitent la prise de position de la direction et mettent en position de non-appui aux gestionnaires contraints au-delà du dialogue d'entreprendre la gestion d'une discipline plutôt d'une tolérance, d'un *modus vivendi* fondés sur *NO FAULT* et sur *le DON'T WANT TO KNOW* et *DO WHAT YOU THINK IS BEST WITH NO CONSEQUENCES*.

D'autres considèrent que le peu d'importance donnée à la gestion des formations comme à la gestion de la prévention des infections en CHSLD et au respect des normes de qualité sont des facteurs aggravants de risques.

Enfin, nombreux aussi déplorent le peu de résultat et d'efficacité des mécanismes de contrôle de la qualité et du traitement des plaintes qui ne prévoient pas des pouvoirs de contraintes, puisque le mandat des commissaires aux plaintes et à la qualité des services consiste tout au plus à signaler que des droits des usagers n'ont pas été respectés et que certaines recommandations devraient être appliquées.

Hypothèse de départ

Des constatations faites et des paramètres mis en cause, nous formulons l'hypothèse que :

Les conditions¹⁰ des personnes âgées sont telles, et particulièrement celles qui vivent en établissements aménagés à des fins d'hébergement, de services et de soins, qu'elles sont propices à l'infection, la contamination-propagation entre 1.les résidents et les proches aidants-et-visiteurs et 2. entre les résidents entre eux, et, 3. entre soignants-résidents, d'où le taux de mortalité très élevé constaté et ce, dans le contexte de la pandémie du Covid-19 actuel et dans des contextes d'épidémies de grippe et de gastro-entérites qui sévissent régulièrement dans les CHSLD et ce, depuis des années qui rendent malades et qui tuent.

¹⁰ Selon le Larousse en ligne, les définitions de « condition » qui se rapprochent de « condition de vie » sont les suivantes: « Place que quelqu'un occupe dans une société hiérarchisée selon des critères économiques, culturels, sociaux, selon la classe à laquelle il appartient : Il y avait dans notre groupe des gens de toutes les conditions. Situation, manière d'être, d'évoluer, de quelqu'un, d'un groupe, etc., à un moment donné, dans un contexte particulier : La condition des femmes dans les entreprises.

Littéraire. Sort, destinée, avenir de quelqu'un, d'un groupe : La condition humaine.

Circonstance extérieure, fait, situation, contexte dont l'existence est nécessaire pour que quelque chose ait lieu, se produise, se fasse : La condition pour que je vienne est qu'il ne soit pas invité.

Ensemble des circonstances, des faits, des éléments qui constituent le cadre d'une activité, le milieu, la situation favorables pour qu'une action se déroule, qu'un phénomène se produise : Les conditions de travail dans une usine. »

Questionnement

C'est dans ce contexte que j'ai été amené à soulever plusieurs questions, dont je ne peux ici exposer que celles qui sont les plus d'actualité ; ces questions ont des impacts importants et demandent des vérifications et des réponses rigoureuses. Mentionnons les suivantes :

- Quels sont les facteurs de santé personnelle qui rendent les personnes âgées plus vulnérables ?
- Y a-t-il un moyen et est-ce que le fait de le savoir changerait le contrôle des risques si les autorités médicales et de soins des CHSLD avaient des renseignements sur l'état immunitaire des résidents admis ? Cette question en amène à une seconde :
- Devrait-on rendre obligatoire la vaccination antigrippale de tous les résidents de chaque CHSLD et le personnel et les proches aidants ?
- Dans le même sens : Peut-on mettre en place des mesures de prophylaxie et de prévention pour contrôler, atténuer et éradiquer les épidémies de grippe et de gastro-entérites ; ce qui nous mène à la question éminemment importante?
- Demain, quelles mesures permanentes devra-t-on mettre en place pour éviter de décimer les personnes âgées en CHSLD, d'ici à la découverte d'un vaccin anti-Covid-19 ?
- La cause principale est-elle la Covid-19 suit au choc cytokinique et/ou est-ce la comorbidité qui les fragilise, détériore leur état de santé et provoque ultimement le décès ?
- Le fait de concentrer des personnes âgées dans des espaces restreints et/ou inappropriés et/ou dont la salubrité ne tient pas compte suffisamment des maladies infectieuses est-il un facteur propice et aggravant, voire déterminant ?
- Défini comme *un milieu de vie substitut*, le CHSLD laisse une relative liberté de fréquentation par les proches aidants et autres visiteurs et de sorties des résidents en dehors du périmètre de la propriété, en déplacement et en fréquentation des endroits publics (centres d'achat, restaurants, etc.), ces pratiques n'amènent-elles pas son lot d'incertitude, de risque d'exposition à des contaminations (par exemple : épidémies de gastro-entérites, d'épidémies grippales, telles que vécues épisodiquement et en saison par les résidents des CHSLD), et ce, sans aucun contrôle ou vérification, à l'entrée et à la sortie, des personnes en termes de contagion ou de porteurs de la grippe, en présence de mesures de désinfection aléatoire, discrétionnaire, à l'entrée ou au retour dans le CHSLD ?
- Le fait de tolérer des habitudes, des usages, des façons de faire qui ne respectent pas les mesures de prophylaxie dans les techniques de déplacement et de manipulation (comme le PDSB), de l'hygiène des mains, tant du personnel que du résident, du recours aux mêmes gants pour manipuler plusieurs résidents et de ne pas désinfecter régulièrement le mobilier, les chaises roulantes etc. avec des équipements, des produits et des techniques appropriés et les espaces communs ne sont-ils pas des sources, des réservoirs et des milieux de propagation ?

Nombreuses encore sont les questions qui témoignent du sérieux de la remise en question de toute l'organisation, de son fonctionnement et des pratiques qui ont cours en CHSLD.

Je crois que de ces constatations, l'hypothèse qui en résulte et le questionnement qui en découle, sont à eux seuls de nature à aborder la complexité de la situation.

Il y a un contexte et ce contexte donne un sens, une orientation sur les causes.

Chapitre 2 : état de situation des CHSLD

C'est depuis plusieurs décennies que la Santé fait l'objet de plusieurs lois¹¹, que le sort des personnes âgées en CHSLD est questionné et que de nombreuses solutions ont été mises en place, sans pour autant réussir à normaliser, à stabiliser et à éviter les situations de crise qui mettent en cause des résidents et des soignants de ces établissements et qui, par l'entremise des médias, inquiètent et scandalisent la population.

Une chronologie¹² succincte des principales étapes nous rappellera le chemin parcouru :

- 2003
 - Le document intitulé *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD Orientations ministérielle*¹³ est venu traduire les intentions du législateur exprimées dans sa *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ; ce document a été et est encore aujourd'hui la véritable pierre d'assise du MSSQ et la bible par laquelle les Directions d'établissements étaient et sont encore jugés.

Signalement et bornes législatives

Sans sous-estimer les changements réglementaires et de programmes introduits, je signalerai les bornes suivantes pour nous situer dans le continuum des préoccupations des gouvernements successifs :

- 2005
 - *Loi n° 83 Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.*
 - *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (Loi no 10).*
 - *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (Loi no 20).*
- 2005
 - *Jugement de la Cour Suprême dans la cause Chaoulli. Le gouvernement a un an pour répondre au jugement. Grosso modo, par ce jugement, la Cour Suprême affirme que les délais d'attente pour des chirurgies représentent une menace pour l'intégrité des personnes et somme Québec de mettre en place des mesures pour réduire ces délais.*
 - *Adoption de la Loi 33 : Le gouvernement crée un poste de Commissaire à la santé et du bien-être. Ce faisant, il abolit le Conseil de la santé et du bien-être gagné de haute lutte en 1992 pour forcer le ministère à prendre en compte les facteurs sociaux qui influent sur l'état de santé des populations. Le Commissaire aura notamment le mandat d'appréciation du réseau de la santé et des services sociaux.*
 - *Adoption de la Loi 83 : C'est par cette loi que sont créés les Centres de santé et de services sociaux. Le gouvernement redéfinit le nouveau mode d'organisation des services, modifie les définitions d'établissements, leurs mandats, leurs responsabilités, leurs liens, le processus de plainte et la transmission des renseignements personnels. Les groupes sociaux présentant des*

¹¹ Il existe une chronologie qui couvre la période de 1978 à 2008 : <https://ccpsc.qc.ca/fr/node/1814>

¹² Cette chronologie a été empruntée, complétée et assemblée à partir de diverses sites sur internet.

¹³ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-830-01.pdf>

mémoires en commission parlementaire obtiennent que les renseignements personnels ne soient accessibles qu'avec le consentement explicite des citoyens.

- 2006
 - Adoption de la loi 33 : Cette loi instaure un mécanisme central de gestion de l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés (...) création d'un régime juridique d'exercice d'activités médicales dans des centres médicaux spécialisés pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi de même que tout autre traitement médical spécialisé que pourra déterminer le ministre par règlement. (...) modifie la Loi sur l'assurance maladie afin de pouvoir conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services assurés requis pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi ou les autres traitements déterminés par règlement du gouvernement . »
- 2007
 - Adoption de la Politique du médicament. Le gouvernement abolit l'entente avec les pharmaceutiques qui gelait les prix des médicaments alors que les coûts des régimes d'assurance-médicaments ont augmenté de 10 à 15 % par année depuis 1996. Il accorde la gratuité aux assistés sociaux et aux personnes âgées qui reçoivent au moins 94 % du Supplément du Revenu Garanti.
 - La création du comité Castonguay par la ministre des Finances lors du budget 2007.
 - Le gouvernement annonce la réduction du nombre de lits dans les CHSLD alors qu'il tient lui-même un discours apocalyptique sur le vieillissement de la population québécoise.
 - Novembre 2007 : se tient à St-Sauveur un « Davos de la santé ». Des représentants d'entreprises et des représentants gouvernementaux de différents pays se réunissent à huis clos et à l'insu de la population pour décider de l'avenir des systèmes de santé. Le gouvernement québécois a, en partie, financé ce Davos de la santé.
- 2008
 - Dépôt du rapport Castonguay : Les principales recommandations du rapport :
 - Accélérer le développement des cliniques privées de santé ;
 - Financer de manière universelle les soins médicaux et infirmiers à domicile mais accorder des services à domicile seulement aux plus pauvres ;
 - Confier au secteur privé la gestion des hôpitaux ;
 - Inciter les agences régionales et les CSSS à acheter de plus en plus de services dans le privé et dans les groupes communautaires.
 - Permettre aux cliniques médicales privées d'imposer une cotisation annuelle de 100 \$ pour avoir accès à un médecin de famille.
 - Permettre aux médecins de pratiquer dans le public et le privé en même temps.
 - Autoriser le recours à l'assurance privée pour plusieurs chirurgies déjà offertes dans le public (ce qu'on appelle l'assurance duplicative) ;
 - Augmenter la taxe de vente d'un demi-point pour financer la santé ;
 - Imposer à tous les patients, sauf les plus démunis, une franchise annuelle à payer en fonction du nombre de visites faites durant l'année précédente (une taxe à la consultation médicale).
 - Dépôt de la Loi 70 : Le gouvernement remet en question la notion de consentement explicite des citoyens. Il prévoit l'informatisation des dossiers médicaux et un consentement implicite et illimité.
 - Dépôt d'un projet de loi au fédéral, la loi C-51 qui permettrait la publicité sur les médicaments d'ordonnance. Pourtant, lors d'une consultation pancanadienne en 2004, tous les groupes présents, sauf les représentants de l'industrie pharmaceutique, s'étaient prononcés contre une telle publicité en se basant sur les données américaines qui démontrent que la publicité a fait exploser les ventes de médicaments.

- 2015
 - *Le projet de loi 10 (Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales) était adopté par le gouvernement québécois et est entré en vigueur le 1er avril 2015. Ce projet de loi se situe dans la continuité de la réforme mise en place en 2003, qui avait mené à la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), mais propose maintenant une réorganisation en profondeur du réseau et des structures de gouvernance.*
- 2008 :
 - *En lien avec la loi 33, dépôt d'un règlement sur les cliniques spécialisées : ce règlement vient encadrer les pratiques dans les cliniques privées qui offrent des chirurgies. On y retrouve une liste des chirurgies qui peuvent y être effectuées. Il laisse la porte ouverte aussi pour toute une panoplie de chirurgies non énumérées dans cette liste en spécifiant que ceci s'adresse aussi à « toute autre chirurgie » que celles comprises dans la liste. C'est donc un levier pour les promoteurs du privé. Ce règlement devrait entrer en vigueur en septembre 2009, cependant les centrales syndicales le contestent devant les tribunaux. Contrat entre l'hôpital Sacré-Cœur et la Clinique Rockland Md. C'est le « premier bébé » du jugement Chaoulli. C'est un précédent ! Le public contracte avec le privé...*
- 2009 :
 - *Lors du Discours sur le budget 2009, la ministre des Finances annonce une politique de financement des services publics. On vise désormais à « établir un équilibre entre le financement par les impôts et le financement payé par la tarification » (Budget 2009-2010, Assurer la qualité et le financement des services publics, page 10).*
 - *Dépôt du projet de loi 34.*
 - *Ce projet de loi apporte des modifications législatives au règlement sur les cliniques médicales spécialisées. Un petit gain : ce projet de loi vient restreindre les chirurgies qui pourront être effectuées dans le privé à seulement celles énumérées dans la liste contenue au règlement sur les CMS. Par contre, ce projet de loi vient aussi permettre que ces cliniques aient 5 lits. Rien ne nous permet de croire que ce nombre de lits restera aussi peu significatif au cours des prochaines années.*
- 2010 :
 - *Le budget Bachand introduit une contribution santé prévue à une hauteur de 200 \$ par adulte la troisième année. Cette contribution est fixe quel que soit le revenu des personnes. Le taux d'exonération est fixé très bas (légèrement en dessous de 15 000 \$), ce qui en fait une mesure nettement régressive. C'est là un précédent, une première brèche à l'universalité. Le ministre Bachand avait aussi prévu une franchise santé modulée selon le nombre de consultations médicales reçues par les personnes (une sorte de ticket modérateur), mais il a dû battre en retraite à la suite d'un soulèvement généralisé.*
- 2017
 - *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux (Loi no 130).*
- 2019
 - *Mise en place des cliniques d'hiver pour désengorger les urgences.*

- *Projet de loi n°31 : Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services¹⁴.*
- 2020
 - *Le projet de loi Projet de loi n° 52 : Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés.*

Les choix législatifs et réglementaires, budgétaires, structurels et administratifs qu'ont faits les gouvernements successifs ont eu des impacts sur le traitement des usagers et des établissements de santé, mais aussi sur la manière d'orienter les usagers, de les rendre admissibles, de livrer les prestations, d'utiliser la main-d'œuvre et de consacrer une partie du budget du Québec à couvrir les besoins évolutifs de santé.

Les personnes âgées par leur nombre et leurs besoins de santé ont reçu de plus en plus d'importance et des ressources ont été adoptées et d'autres ont été développées pour atteindre des objectifs en matière de besoins à combler.

Force est de constater que, malgré les orientations ministérielles, malgré les régimes de traitements des plaintes et de protection, malgré les contrôles de qualité, et, malgré les modifications de structures et de gestion des établissements de santé, malgré les budgets alloués et ajustés, la situation générale des CHSLD s'est dégradée.

Ce que les journalistes n'ont cessé d'ailleurs de dénoncer dans tous les médias, scandale après scandale.

Limites du modèle organisationnel actuel

Il y a eu des améliorations apportées sur une base nationale, régionale et au niveau des établissements, sans toutefois en éliminer les causes structurelles et fonctionnelles.

Ces améliorations ont été dans le passé précaires, vite menacées, et dépassées par d'autres problèmes et le sont encore aujourd'hui.

La nature et la répétition de ces problèmes me portent à penser que les solutions sont structurellement difficilement satisfaisantes et encore moins permanentes, et donc inadaptées, inadéquates, compte tenu des nombreuses variables qui affectent les performances et les résultats et ce, en interrelation avec les autres problèmes.

Les autres problèmes pour les nommer sont :

- L'aménagement adapté lacunaire et la vétusté des bâtiments et des espaces internes;
- Les dépassements de coûts et les critères de performance et d'efficacité;
- La valorisation des habiletés, des compétences et de la rémunération du personnel soignant en CHSLD, mais aussi le sentiment d'appartenance, la valorisation, l'évaluation et la considération;
- L'attraction, le recrutement, la rétention du personnel et le remplacement, mais aussi la valorisation, la mobilisation, l'intéressement, la responsabilisation;
- La sous-évaluation du rôle, de la fonction, des difficultés et des exigences pour exécuter le travail de préposé(e) aux bénéficiaires ; il s'ensuit l'embauche de personnel sous-formé, peu

¹⁴ Ces textes ont été empruntés et extraits de : <https://www.amuq.qc.ca/amuq/35e-anniversaire-de-lamuq/chronologie-de-lamuq/>;

contrôlé en provenance des agences, aux connaissances de base douteuses et incertaines ou absentes au sujet des pathologies présentes chez les personnes âgées, de la manière dont elles affectent les résidents qui en sont infligés et des comportements à adopter pour les approcher, les sécuriser, les aider et les soigner sécuritairement.

- La présence physique d'un remplacement devenant la priorité et non la qualité d'intervention de ce personnel occasionnel; ce *modus vivendi* est maintenant généralisé et chronique et est devenu la façon de faire dans le réseau de la santé et cela dans un contexte de vacance élevée de postes non-comblés et de niveaux d'absentéisme aussi très élevés au point de perturber le fonctionnement, augmenter les coûts, diminuer la qualité des interventions et *ouvrir la porte à l'incompétence, l'irresponsabilité, la déresponsabilité et épuiser le personnel régulier par du temps supplémentaire, ou du non-remplacement, amenant ainsi à ne pas exécuter des tâches ou à les reporter.*
- La conception et l'adaptabilité de programmes cycliques de formation établis sur la base des conditions des usagers et de la prévalence de certaines maladies.
- La SST insuffisamment tenue en compte¹⁵.
- La supervision inadéquate d'un personnel laissé à eux-mêmes et aux prises avec des questions et des réponses qui concernent une administration et une gestion éloignées, désintéressées, déresponsabilisées, voire inexistantes et le personnel sur place 'en charge' doit en même temps tout exécuter, leurs tâches, répondre aux téléphones, parler aux familles, etc.;
- La limitation du mandat de constatations et de recommandations confié aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services, sans que la direction, via le *Comité de vigilance* de l'établissement, soit imputable de la mise en place de solutions qui règlent non seulement de façon ponctuelle les problèmes individuels, mais qui permettent aussi d'éviter l'occurrence de même type de problèmes au sein de l'ensemble des résidents, du moins de l'établissement ou des établissements directement concernés.

Pour avoir géré, avant 2014, les 15 années précédentes, dans des CHSLD publics et privés conventionnés, j'ai été à même de réaliser les risques que faisait courir une centralisation de la gestion avec disparition ou diminution des cadres 'sur le terrain, de la centralisation des listes de rappel au CIUSSS qui n'a de souci, comme il est dit dans le réseau, que de '*boucher des trous*' de '*remplir de cases horaires*' sans aucune autre préoccupation relative à la qualité du personnel de remplacement; l'important est d'avoir n'importe qui sur le plancher qui laissé à lui-même, sans connaissance de l'établissement, ni des particularités, ni des résidents, exécute des tâches, sans surveillance et sans suite.

Alors que les espoirs étaient possibles, il ressort de ce constat que la mise en application du projet de loi no 10 est venue imposer un carcan, une armature, une superstructure et a, à son tour, fragilisé la situation déjà précaire des CHSLD et les a transformés en satellites, en stations-service et en terminus.

Ma connaissance approfondie du fonctionnement du CHSLD avant cette dernière réforme m'a permis de faire le bilan plutôt négatif de ses impacts sur son mode de fonctionnement, sur la gestion, sur le personnel, sur la culture institutionnelle et sur les résidents eux-mêmes.

¹⁵https://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/Recueil_fiches_Action_Prevention-2018-6-1.pdf#page=5
https://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/Recueil_fiches_Action_Prevention-2018-6-1.pdf#page=59

Je l'ai exposé dans mon mémoire intitulé « **366 jours après l'adoption du projet de loi no 10 amendé** » déposé le 12 novembre 2014.

J'ai exposé davantage dans mon autre **Mémoire** présenté à la *Commission parlementaire des services de santé et des services sociaux* en février 2014, en présentant comment l'*Institut canadien-polonais du Bien-Être Inc* (CHSLD public) vivait de façon assez exceptionnelle le concept ministériel du CHSLD en tant que milieu de vie substitut de qualité¹⁶.

Dans ce dernier document, j'exposais le succès des modalités et des pratiques de l'organisation en place, mais aussi j'indiquais aux membres de la commission des avenues d'amélioration applicables à tous les CHSLD. De nombreuses recommandations avaient été faites et les 38 questions que posait la Commission avaient été toutes répondues.

Dans la présente *Étude*, je ne reprendrai donc pas la démonstration, même si les propos sont toujours d'actualité et davantage avec la satellisation des CHSLD, administrativement rattachés aux CIUSSS.

Il faut de plus ajouter au portrait que malgré les visites d'inspection ministérielle, les visites des organismes d'agrément, les enquêtes des commissaires aux plaintes et à la qualité des services et celles du Protecteur du Citoyen, celles du Coroner et même les articles et dossiers d'enquête présentés dans les journaux, l'ensemble de ces interventions et dénonciations n'ont pas eu les impacts significatifs recherchés sur la résolution adéquate des problèmes de fonctionnement des CHSLD et des conditions de vie des personnes âgées et des autres adultes hébergés en CHSLD, ni sur le mode de gestion, ni sur son fonctionnement et ni sur sa capacité à stabiliser, retenir et garder compétent son personnel, au-delà des considérations de rémunération.

Parce que ce n'est pas la rémunération qui a elle seule va améliorer les choses; déjà, la bonification de la rémunération est perçue comme une forme de rattrapage, un dû, et attirera sans doute la même foule de personnes plus ou moins intéressées, plus ou moins habilitées et plus ou moins compétentes.

¹⁶ Disponible sur le site: Composé de 3 sections d'une importance plus grande les unes que les autres pour comprendre: Partie 1:les particularités de l'ICPB-E, mais Partie 2: les caractéristiques comparatives des CHSLD par rapport à d'autres organisations dont le chez-soi et Partie 3: les 38 questions sur les problèmes de réseau.
https://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/Recueil_fiches_Action_Prevention-2018-6-1.pdf#page=59

Chapitre 3 : De crise en crise, la gestion centralisée mise en cause

Comment se fait-il qu'avec toute la bonne volonté, toute l'imputabilité et la reddition des comptes que toutes les directions et les équipes de gestionnaires des CIUSSS et établissements de santé n'arrivent pas à livrer la marchandise, qu'elles n'arrivent pas à stopper ces accidents de parcours à répétition, ces ratés, ces déficiences organisationnelles ?

Même si certains arrivent à endiguer pour un temps les anomalies de fonctionnement des CHSLD, il suffit de peu pour que les phénomènes se manifestent et se retrouvent dans les journaux et que le Ministère mobilise des ressources pour y faire la lumière. La question dépasse les bonnes volontés et les compétences des directions qui se trouvent enfermer dans un *modus operandi* totalement assujéti à la conception même de la gestion globale du système de santé

La réponse, c'est que le problème fait partie intrinsèquement du concept, du modèle, des structures, de l'organisation, des modes de fonctionnement, des pratiques et maintenant plus que jamais de la culture officielle et des mentalités des CIUSSS et de tout le réseau de la santé et des services sociaux.

La gestion qui se pratique, dans le cadre d'une bureaucratie professionnelle, est une gestion de crise après crise, de scandale après scandale, de procès d'intention en procès d'intention, de contestation en contestation, de condamnation en condamnation, de rapport annuel en rapport annuel qui finit par engendrer la banalisation et l'indifférence après un sursaut d'indignation.

Somme toute, cette répétition de situations a pour effet d'enlever la crédibilité aux Gouvernements, à ses Élus et à l'État même pour rassurer la population.

De l'indignation à la banalisation, à la déresponsabilisation, à l'indifférence

Je vais plus loin et je pose la question « Que constatons-nous » d'un point social?

Il y a un phénomène de *banalisation* au sein des membres de la direction et des membres du personnel : les plaintes et le 'chialage' font désormais partie des aléas de la vie en CHSLD.

Il s'est installé et nombreux sont les membres de familles et employés qui ont dénoncé et dénoncent encore cette accoutumance, cette indifférence, cette absence de continuité, et dont la raison d'être est que les membres du personnel se sentent toujours dépassés, n'ont jamais le temps de répondre au téléphone, n'ont jamais le temps de donner des réponses et de faire des suivis auprès des familles inquiètes.

Pas tous agissent ainsi, mais il est notable qu'ils subissent, ils critiquent, ils donnent raison aux familles à qui ils se confient, se justifient en mettant en évidence les lacunes de l'organisation du travail. S'ils ne dénoncent pas en public, c'est moins à cause d'une prétendue Omertà et des menaces de représailles, alors qu'ils pourraient dénoncer de façon anonyme, le signaler à la Commissaire à la qualité, aux journaux, mais préfèrent le silence complice, la déresponsabilisation.

Jugement sévère s'il en est, mais réel : un aveu à peine voilé. « C'est aux boss de prendre leur responsabilité. On n'a assez de notre travail, des familles, mais on ne peut pas grand-chose pour nos résidents. » Aveu d'impuissance. Coupable de ne rien pouvoir faire et de devoir continuer comme si de rien n'était! Triste constat.

Il s'ensuit de la part des proches aidants une sorte de 'rage au volant', de colère et d'indignation, mais aussi dans les pratiques et dans les relations interpersonnelles une sensation d'alourdissement, du découragement, de la résignation, de l'impuissance.

Certes, cela s'exprime à des degrés divers: des fois, temporisés par la gentillesse d'un répondant ou l'intervention de la commissaire, d'autres fois exacerbés par l'indifférence des responsables en charge.

Il s'ensuit de la part des familles de la méfiance : on installe des caméras dans les chambres; on va aller à nouveau chez JE et dans les journaux; on va publier ça sur les médias sociaux; on va chez l'avocat ou à l'association ou directement au Protecteur du Citoyen et les rapports avec la direction sont devenus lointains, méfiants, asociaux, tendus, menaçants.

On est loin du milieu de vie, de la civilité, de la convivialité que l'on attendait des CHSLD.

Certes, il y a des membres de famille qui sont contents et satisfaits des services et des soins reçus, qui développent de bonnes relations avec quelques membres du personnel, qui sont là souvent, qui compensent parce qu'il manque constamment du personnel par exemple, qui aident et qui, dans les meilleurs cas, remercient et expriment leur satisfaction.

Ceux-là ne sont pas aussi nombreux que l'on dit, que l'on voudrait le croire, que l'on souhaiterait.

Ceux qui sont mécontents et qui l'expriment sont de plus en plus nombreux à le verbaliser, mais un grand nombre ne le verbalise pas, car ils n'ont pas l'énergie, la force de caractère pour le faire. Mais ceux-là aussi ont vécu leur drame et la fin de vie de leur proche est venue clore avec amertume et rancœur un chapitre éprouvant qu'a été le CHSLD.

Cependant, je le répète, je ne vais pas dans le sens de ceux qui crient à l'Omertà. Je me suis exprimé abondamment à ce sujet. Je trouve ça triste que l'on ne s'exprime pas assez sur cette façade, car c'est une façade, un paravent qui cache un phénomène social plus important; voir les annexes , j'indique dans une opinion que j'ai envoyé à La Presse ce que j'en pense.

Les raisons d'insatisfaction sont plus nombreuses que les raisons de satisfaction. Il y a trop d'incertitudes et de désorganisations au sein des CHSLD.

Ces incertitudes et ces états de désorganisation font partie même du mode d'organisation et du fonctionnement des CHSLD.

La démonstration est faite depuis des années que la tâche est démesurée pour réussir à mettre en équation dynamique et en équilibre tous les facteurs qui perturbent le fonctionnement et l'efficacité des CHSLD.

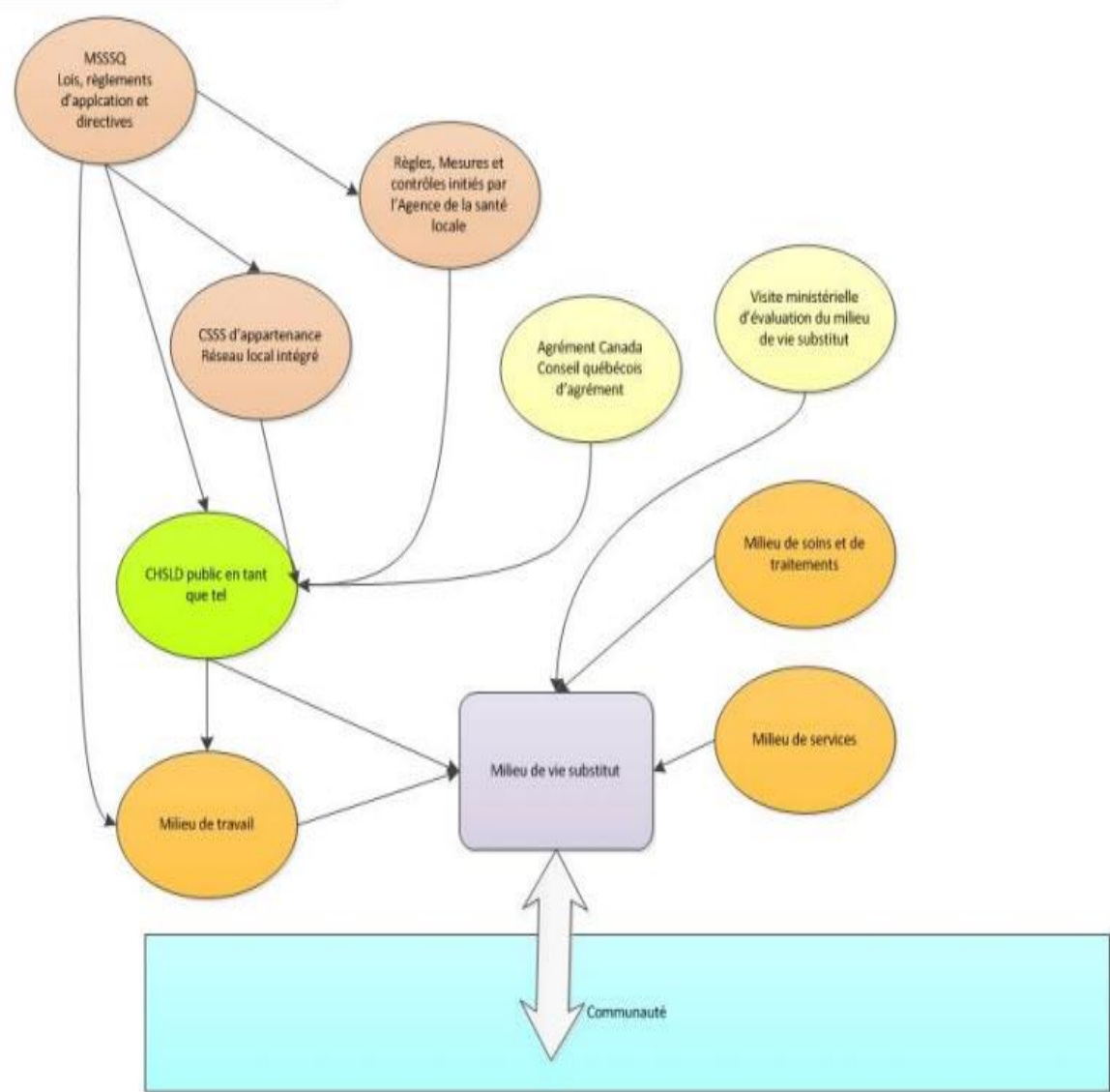
Ce qui est surprenant c'est que les Directions continuent à les gérer comme des machines à performance où l'on demande à ses manutentionnaires que sont devenus les PAB de s'investir émotionnellement au-delà de la multitude de tâches à exécuter, dans un milieu de travail et des conditions de travail qui ne sont pas propices à la qualité des relations et des résultats.

Je représente dans les illustrations¹⁷ suivantes (ces illustrations sont extraites du *Mémoire* de février 2014) que le CHSLD est la résultante des interrelations entre les éléments et les milieux qui la

¹⁷ Comme il s'agit d'illustration en format jpeg, certaines contiennent des fautes d'orthographe qu'il n'est pas possible de corriger. Je m'en excuse.

composent. J’ai décrit ses interrelations et j’exposerai les solutions interdépendantes en mesure de transformer positivement les CHSLD actuels et les « Maisons des aînés » projetées.

Diagramme des sources des déterminants des conditions de vie en CHSLD-Milieu de vie substitut





En dépliant l'illustration nous découvrons un niveau de complexité plus grand:



Voici ce que je disais:

« C'est mettre en évidence la complexité du milieu de vie substitut autant dans son organisation et dans son fonctionnement que dans sa capacité à en faire tout à la fois un lieu convivial, intime et ouvert sur la communauté. Le milieu de vie substitut est donc un habitat centré sur le client, l'individu, la personne vivant auprès d'autres personnes, partageant avec elles des activités communes, conversant sur des sujets qui ne sont pas toujours des demandes, mais qui en tant que communications dynamisent, orientent, intéressent et valorisent les personnes qui entrent en dialogue; c'est un lieu dans lequel le milieu de travail et le milieu de services, de soins et de traitements sont parties intégrantes. » Extrait du *Mémoire*¹⁸, page 24 de 69.

Il va sans dire que dans le contexte dramatique de la pandémie de la Covid-19 et ses impacts sur les personnes âgées en CHSLD, la démonstration de l'inefficacité de l'organisation est en train d'être démontrée de façon concluante.

Plus encore, la centralisation et sa dépendance à l'égard du CIUSSS viennent ajouter un degré supérieur de complexité et d'inefficacité.

Pire la pandémie de la Covid-19 et les épidémies à venir sont sources encore plus importantes d'inquiétude justifiée.

Escalades des réactions et limites de l'acceptabilité sociale

Les réactions de part et d'autre balancent entre la dénonciation, la recherche de coupables, les procès publics d'intention, les poursuites, les règlements et les compensations hors cours.

Dans ce contexte, le nouveau *projet de loi 52* dans le but est d'annexer et de transférer les activités des commissaires locaux des établissements privés et privés conventionnés aux commissaires des CIUSSS, afin de s'assurer de l'objectivité de la démarche et la non-collusion avec la direction de ces établissements n'est pas la panacée ou n'a pas la portée d'action espérée.

J'ai exprimé dans un texte que j'ai envoyé au Ministère que le *projet de loi 52* ne changera pas l'état d'insatisfaction des résidents, leurs familles, représentants et proches aidants, ni les associations et pas davantage le *Protecteur*. Ce texte que j'ai mis en annexe est intitulé « *Remarques essentielles sur le régime d'examen des plaintes en regard du projet de loi 52 étudié en commission parlementaire de la santé et des services sociaux* », février 2020.

Le problème d'insatisfaction est ailleurs. Je résume:

Les limites du mandat des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services consistent à constater une infraction aux droits des usagers et à recommander des corrections et améliorations sur lesquelles le commissaire n'a aucun pouvoir coercitif d'application;

Il s'agit uniquement de régler de façon individuelle, ponctuelle et circonstancielle, les mêmes problèmes qui se répètent et se répètent *ad nauseam* et qui affectent un résident puis un autre, de génération de résidents en génération de résidents. La solution serait, comme on le dit pour les accidents de travail, de réduire ou d'éliminer à la source les causes qui génèrent les accidents.

¹⁸ *Mémoire* présenté à la Commission parlementaire des services de santé et des services sociaux en février 2014, comment l'Institut canadien-polonais du Bien-Être Inc (CHSLD public)

Malheureusement, détourné de ses fins premières, le régime de traitement des plaintes et même la démarche du *Protecteur* ne font que donner bonne conscience à la société tout entière, mais demeurent impuissants à changer quoi que ce soit.

La solution est intrinsèquement dans le concept qui se répercute sur et dans les structures et dans les modes organisationnels et leur fonctionnement mis en place. Les résultats étant conditionnés par ses contraintes et limites.

Je ne pense pas que la centralisation du traitement des plaintes au niveau du CIUSSS va changer quoique ce soit à l'insatisfaction ou dans la manière de traiter les plaintes : la réapparition des problèmes qui affectent les conditions d'hébergement et de vie en CHSLD est dépendante des sources des problèmes et des plaintes qui résident dans l'incapacité chronique des Directions et des gestionnaires à régler les problèmes maintes et maintes fois traités et qui se posent continuellement.

Je me suis exprimé à ce sujet dans deux documents que j'ai mis en annexe. Comme déjà signalé, ces deux documents montrent les limites de la nouvelle loi 52 (février 2020) et le deuxième fait état de l'opinion et non la moindre de Me André Sirois sur sa perception et sa compréhension de la situation des aînés au Québec (avril 2020).

Je me suis posé la question à chaque fois qu'un scandale médiatique ébranlait la réputation des uns et des autres, à chaque fois que des familles dénonçaient le sort d'un résident en ce qui concerne des actes allégués de maltraitance, de négligences, de violences, de mauvais soins et services, d'incompétences ou d'absences des membres du personnel, en somme de toutes les situations de non-respect des droits des usagers, voire du décès suspect d'un résident.

La question est : Comment se fait-il que, une fois que la nouvelle ait indigné les représentants du gouvernement et a fait souffler une tempête médiatique dans les journaux, à la télé et sur les réseaux sociaux, comment se fait-il que la réflexion sur la compréhension de cet état de choses à répétition n'ait pas fait l'objet, au-delà de la gestion de la crise, d'un processus de résolution permanente des problèmes dénoncés, la plupart du temps les mêmes, d'un scandale à l'autre ?

Identifier la problématique et comprendre sa complexité

Dans la suite du texte, je vais vous faire découvrir non des problèmes individuels mais la **problématique** des CHSLD ; je dis bien « *problématique* ¹⁹ » au sens de la définition suivante: l'ensemble des problèmes qui se posent lors d'une situation et qui sont interreliés; et qui fait que la solution ne peut venir que de la résolution des différents problèmes interreliés, dans un ordre et une démarche logique et une approche globale.

Dans mon livre intitulé « *L'urgence à l'hôpital, l'urgence dans la ville* ²⁰ » j'ai approché la situation d'engorgement des urgences des grandes villes du Québec, en définissant la problématique des urgences. Ce qui a permis de mettre en évidence qu'une approche systémique était seule en mesure de relier l'ensemble des facteurs mis en cause et leurs liens d'interdépendance. Ce caractère

¹⁹ Les définitions qu'en donne l'**Office de la langue française Québec** Fiche terminologique: « *Ensemble d'éléments d'une situation sociale qui révèle un problème, ses causes et ses conséquences (administration publique); Ensemble de problèmes ou de difficultés clairement identifiés, liés par une thématique commune (philosophie); Méthodologie utilisée pour analyser et résoudre les problèmes (gestion).* »

²⁰ Mon livre « *L'urgence à l'hôpital L'urgence dans la ville* » a été publié dans la Collection Conférences de l'ÉNAP, Presses de l'université du Québec, 1991.

multifactoriel et cette interdépendance conditionnaient la mise en place de solutions qui affecterait la mission, le statut, l'organisationnel et le fonctionnel des établissements de santé en situation.

C'est dans le cadre de cette démarche globale qu'il faut interpréter et comprendre l'effort et la logique du Gouvernement de François Legault de réaménagement architectural, de restructuration et de fonctionnement de l'actuel CHSLD pour le transformer, *au-delà de la brique et du mortier*, une *Maison des Aîné(e)s* plus spacieuse, plus ergonomique, plus conviviale et plus intégrée à son milieu de proximité de voisinage et au reste de la ville et de la société. Aujourd'hui, insistons sur PLUS SÉCURITAIRE.

L'acronyme CHSLD devra donc disparaître de notre vocabulaire journalier, car le CHSLD aura été le lieu de mauvais souvenirs, de contrariétés, d'indignation, de hontes et de souffrances, un atroce lieu de fin de vie dans cette période de pandémie de la Covid-19.

La nouvelle désignation *La maison des aînés* constituera, j'ose le croire, l'occasion de se séparer du passé et de revaloriser le nouveau concept architectural et mettre aux oubliettes ces prédécesseurs qu'auront été les actuels CHSLD et le groupe nominal 'centre d'hébergement de soins de longue durée' rejoindra les autres *machines de soins* que l'on nommait auparavant *hospices, asiles, refuges pour vieillards, foyers et centres d'accueil*.

L'intention du Gouvernement est plus que louable : elle est nécessaire.

Les plans de ce nouvel immobilier urbain, de ce nouveau milieu de vie au cœur des quartiers de ville pour les personnes âgées qui requièrent un environnement protégé prennent la forme que l'on nous a dévoilée récemment sous forme de maquettes qui accrochent l'œil.

Ces dernières semaines, le Premier ministre et la Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants ont commandé des changements au nouveau concept, afin de tenir compte de ce qui ressort de la propagation de la Covid-19 dans l'actuelle formule des CHSLD publics comme privés.

Je dois souligner qu'il y a présentement dans le modèle actuel des CHSLD de nombreux établissements et des dirigeants à leur tête qui ont su optimiser l'organisation et le fonctionnement, tant au public, au privé conventionné qu'au privé, dans un contexte réglementaire contraignant et dans une évolution de la détérioration des clientèles. Nombreux qui à l'heure actuelle ont le contrôle sur la propagation de la Covid-19 dans leurs établissements.

Dans les illustrations précédentes, on voit que le CHSLD est une structure qui recouvre plusieurs milieux d'activités: 1. milieu d'hébergement institutionnel, 2. milieu de services et 3. milieu de soins, 4. milieu de travail et 5 milieu de vie substitut.

On comprend que ce n'est pas un deuxième *chez soi* en milieu locatif ou en milieu résidentiel.

On comprend aussi que la dynamique de l'ensemble est la résultante de toutes les activités auxquelles s'ajoutent la présence, l'intervention et la participation des proches aidants.

Mais nos personnes âgées, ces résidents de CHSLD, quel est, quel est individuellement et collectivement leur profil, leur état de santé, et fondamentalement leurs besoins ?.

CHAPITRE 4 PROFILS DES PERSONNES ÂGÉES DES CHSLD

Ce qui commande le type et le modèle d'organisation, c'est la mission de répondre fondamentalement aux besoins d'une clientèle à qui on veut offrir une panoplie de services et des soins requis par leurs conditions de santé.

Essentiellement, il s'agit de personnes âgées suffisamment avancées en perte d'autonomie pour rendre nécessaire leur hébergement permanent dans un lieu adapté, des aménagements appropriés, du mobilier conçu expressément pour faciliter leur usage, des équipements et la présence de personnes qui travaillent à donner des soins et des traitements prescrits, à fournir des services qui concernent les activités de la vie quotidienne.

Un milieu ouvert sur les autres résidents, les employés, sur les bénévoles, sur les proches aidants et les autres membres de la famille, sur l'extérieur, sur le voisinage, sur le quartier et sur la société en général.

Un milieu connecté avec des établissements de santé complémentaires pour assurer un continuum de soins.

Clientèle actuelle des CHSLD

Le CHSLD d'aujourd'hui accueille restrictivement une clientèle que l'on qualifie depuis plusieurs années d'alourdis ou de 'lourdes': la raison est que les autorités en charge de l'admission n'admettent que les personnes âgées qui répondent aux critères d'admissibilité et au profil sociosanitaire définis.

Dans le document intitulé « *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée Document d'introduction* », produit par le MSSSQ, 2018, la mission y est présentée et ce qui nous intéresse ici est la section « CLIENTÈLE – PRINCIPAUX CONSTATS ET DÉFIS » dont je vais mettre mieux en évidence les caractéristiques:

Clientèle cible :

- Les personnes âgées
 - en grande perte d'autonomie
 - qui présentent des incapacités significatives et persistantes
 - en raison de problèmes de santé liés
 - au vieillissement ou
 - de maladies chroniques ayant ou non un caractère dégénératif.
- Plus précisément, il s'agit d'aînés dont l'état de santé est complexe,
 - ce qui occasionne des déficits importants sur le plan physique ou/et psychique.
 - Ces atteintes induisent des incapacités fonctionnelles en raison desquelles les personnes qui en sont atteintes sont
 - dépendantes de l'aide d'autrui pour répondre à leurs besoins de base.
- Outre les personnes vieillissantes ayant le profil gériatrique, les CHSLD hébergent également
 - d'autres clientèles dites « émergentes », lesquelles sont la résultante du processus de désinstitutionnalisation amorcé dans les années 70 dans le réseau de la santé et des services sociaux.

- Il s'agit d'usagers qui présentent une déficience intellectuelle ou des problèmes de santé mentale, qui sont orientés vers les CHSLD parce qu'ils vivent des problèmes de santé et des incapacités liés au vieillissement.
- Selon des données d'une étude portant sur la santé et le vieillissement,
 - de 70 % à 80 % des résidents des CHSLD sont atteints d'une démence,
 - dont près de 90 % présentent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD).
 - Les SCPD peuvent altérer de façon significative la qualité de vie des personnes qui en souffrent et représentent un défi important pour les équipes soignantes des CHSLD.
 - La très grande majorité des admissions dans les CHSLD doit être réservée aux personnes âgées qui présentent des profils ISO-SMAF allant de 10 à 14, c'est-à-dire celles qui sont atteintes des incapacités les plus graves.
 - L'orientation vers le CHSLD de personnes qui présentent un profil d'autonomie inférieur à 10 doit être considérée comme une mesure particulière, voire d'exception. En toutes circonstances, ce choix doit être fondé sur un argumentaire clinique étoffé, rigoureux et validé par une équipe interdisciplinaire.
 - L'admission dans un CHSLD ne doit être retenue que s'il est clairement démontré que l'hébergement institutionnel est le meilleur choix possible pour la santé, le bien-être et la sécurité de la personne.

Dans cette présentation sommaire tout n'est pas dit sur les conditions et situations en matière de handicaps demandant des installations, des équipements, des protocoles, des techniques, des soins et des traitements et des services adaptés, complexes, exigeants et spécialisés.

Il y a aussi tout ce qui concerne la fin de vie sur les lieux mêmes, sans hospitalisation.

Dans ce qui vient d'être décrit, on peut déduire que :

C'est une clientèle qui demande beaucoup, mais beaucoup de soins, de traitements et services et dont la médication est importante, qui nécessite un service continu, adapté et adaptable en fonction de l'évolution de l'état de santé de chaque résident, en termes de quantité, d'intensité et de spécificité et de suivi. C'est une clientèle dont le lieu d'hébergement est celui leur fin de vie.

Charge de soins fardeau de travail

Le fardeau de travail qui en résulte requiert :

1. Des compétences sur le terrain de tous les membres des équipes de travail : celle des soins infirmiers, y inclus les préposés aux bénéficiaires, celles des thérapeutes, celles de l'entretien sanitaire, de la restauration, de l'hébergement (literie-lingerie) et celles des installations matérielles et de la sécurité. Le médecin fait bande à part puisque celui-ci est disponible sur une base aléatoire, occasionnelle, la plupart du temps sur demande et instances du personnel infirmier et des familles. Dans la plupart des installations, le médecin semble plus disponible pour rencontrer la famille avant ou suivant l'admission, répondre au téléphone aux questions des membres de la famille. Mais peut-être pas suffisamment selon certaines familles.
2. Il faut (r)assembler ses compétences, i.e. les interreliées, les rendre complémentaires (pour ne pas que chacun fasse son travail de sa façon indépendante («en silo »).
3. Il faut assurer leur permanence ou leur mise en application, leur vérification et en assurer aussi la mise à jour.

4. Dans ces conditions de travail spécifiques et complexes, ces compétences requièrent de la coordination et un contrôle.
5. Une forme de valorisation et d'appréciation tant du point de vue de la contribution que du point de vue des conditions de travail et de rémunération des emplois.
6. L'embauche sur la base d'exigences qualifiantes obligatoires.
7. La prestation de travail faite dans un encadrement de supervision adéquate.
8. D'une définition de rôles complémentaires en équipe où seule la bonification de la rémunération est inadéquate à assurer la quantité et la qualité nécessaires et suffisantes à rencontrer les besoins des résidents, selon des critères d'acceptabilité sociale et ce, en toute sécurité.

Or, si on se donne la peine de faire des recherches sur le Net, on découvre que tous les outils sont à portée de main. Ils existent, ils sont disponibles.

Certes ils sont nombreux et complexes quelques fois, mais il n'en demeure pas moins que le coffre d'outils est plein, mais que le CHSLD en tant qu' 'entreprise' n'arrive pas à qualifier comme il se doit ses employés, ni d'en assurer la stabilité, ni à satisfaire aux besoins de sa clientèle captive.

Comment se fait-il que les besoins de tous les résidents peu importe le temps, les circonstances, le lieu, les situations, ne sont pas adéquatement satisfaits, selon les critères mis en place par le ministère lui-même? Avancer qu'ils ne sont satisfaits qu'à 71%, par exemple, n'est pas significatif en termes de tâches non exécutées et de dépenses non-budgétisées.

À l'heure actuelle, on attribue la faute à la pénurie de main-d'œuvre, au retard pour combler des postes vacants, au désintéressement à travailler en CHSLD, à l'absence d'encadrement sur place, à la réforme mis en place suite à l'adoption de la Loi 10 (2014), aux ressources budgétaires limitées.

Est-ce qu'elles sont les causes déterminantes de la situation actuelle? Je crois que non.

Je pense que si nous nous en tenons à cette explication, nous allons régler la situation actuelle avec des solutions circonstanciées, dont les impacts vont se perdre dans les méandres du système.

Pensons aux tentatives passées qui montrent que les décideurs de l'époque se sont contentés d'un diagnostic symptomatologique et qui ont appliqué des cataplasmes pour guérir le système qu'on disait malade.

J'avance que toutes les solutions à ces problèmes pointés du doigt passent en grande partie à côté des explications et des solutions qui devraient servir de thérapeutiques à court, moyen et long termes.

Bien sûr, il faut toujours tenir compte de l'évaluation de la situation actuelle qui est évolutive.

Impacts organisationnels et fonctionnels

L'état de crise et d'urgence que la pandémie de la Covid-19 a provoqué met en évidence que la dynamique CIUSSS-CHSLD, le mode de direction, d'organisation et de fonctionnement sont inadéquats pour rendre efficace les CHSLD, pour livrer des soins et des services requis par l'état de santé des résidents, respecter les droits des usagers et atteindre le niveau de satisfaction socialement acceptable et, disons-le, de la rentabilité sanitaire, sociale et politique des investissements faits.

Dans un contexte évolutif on sait que la population âgée destinée à une prise en charge est en nombre croissant et que leur état de santé tôt ou tard se détériorera et que des complications et aggravations viendront s'ajouter aux états pathologiques actuels.

Cette réalité impose son lourd fardeau de conséquences en termes de prise en charge du résident, d'intensification des soins requis, d'adaptation des services et des soins de base, de manipulation et d'entretien des équipements spécialisés, d'augmentation de la présence-aide-soins, du suivi, des observations-interventions, de l'augmentation du flux des communications soignants-familles et des dispositions en termes de fin de vie.

Le CHSLD c'est tout ça et plus, malgré la brièveté du séjour des résidents et du taux de roulement.

Dans ce contexte, on a la nette impression que dans le modèle actuel des CHSLD que :

1. (Les problèmes de) le milieu de travail a des conséquences sur :
2. (Les problèmes de) le milieu des soins, traitements et services et que c'est deux derniers impactent sur :
3. (La viabilité et la qualité de vie de) le milieu de vie substitut du résident et que l'interaction de ces parties impacte sur
4. (L'efficacité de la mission de) le milieu établissement de santé CHSLD et vice versa.

Le Gouvernement n'arrivera pas à régler tout en même temps et rapidement, ni même à moyen termes, ces nœuds de problèmes si l'approche est identique, car les gestionnaires ont à faire avec des chaînes de problèmes interreliés, qui se posent et ne peuvent se résoudre qu'à divers niveaux interdépendants qui interagissent et s'impactent les uns les autres.

Recadrage des solutions

Cependant, avec ce que je viens d'exposer et de relier, nous voyons que nous pouvons être en mesure de distinguer le cadre de solutions et les plans de base à mettre en place pour y parvenir.

Pour concevoir les actions à venir, il faut d'abord revenir sur notre compréhension du client, le résident. Il faut être en mesure de parler réalistement, concrètement de ses besoins et de la manière dont ils peuvent être satisfaits ou non. Il faut aussi tirer des leçons au-delà des constatations épidémiologiques et des préoccupations de santé publique. Je sais qu'ils existent des gestionnaires qui ont cette capacité de reconceptualiser les approches et de les mettre à contribution sur le terrain.

Il faut pouvoir créer une atmosphère de confiance, de coopération, de collaboration entre la population, les proches aidants, les (futurs et actuels) résidents eux-mêmes, les travailleurs (distinctement des associations de travail, des associations professionnelles), des responsables municipaux, ceux de l'enseignement, et des administrateurs et gestionnaires des établissements, des politiciens et des élus gouvernementaux.

Il faut se donner un lieu de mise en commun, un lieu d'écoute, de concertation, d'aide à la décision; l'agora de la santé!

Besoins des résidents au profil lourd et (in)satisfactions

Mais d'abord revenons à la base de tout.

C'est à partir de la connaissance des besoins de chaque résident selon le profil normatif d'admissibilité qu'il est possible d'aménager des lieux et de déterminer les compétences, de déterminer le nombre des travailleurs et des autres ressources requises pour réaliser de façon organisationnellement et fonctionnellement satisfaisante la mission des actuels CHSLD pour un temps encore avant leur disparition graduelle et la mission des futures *Maisons des aînés*, car un grand nombre, voire tous s'attendent pour dire que les CHSLD actuels n'y arrivent pas complètement et toujours, pas du tout, pas tout à fait, si peu ou pas du tout et qu'il faut mettre un frein à tout ça.

Le profil de cette clientèle possède des caractéristiques qui permettent de dégager des indications sur l'environnement et l'organisation à mettre en place pour rencontrer leurs besoins et sur leur impact en matière de définition d'un modèle de milieu de vie substitut²¹.

Ce qu'il faut comprendre, c'est que l'alourdissement de la clientèle couvre la réalité des besoins de l'être humain et qui pour être comblés ont besoin de services qui soient adaptés à la personne âgée en perte sévère d'autonomie, dans les dimensions tout à la fois biologique, physiologique, psychologique et sociologique; ce qu'il faut exhaustivement comprendre et ne pas s'en tenir à des déclarations de principes, ni à des lieux communs, ni à des impressions et ainsi éviter d'être à la merci d'un discours public distorsionné.

Nature des besoins des résidents et exemples d'insatisfactions

Je vais donc aborder chacun des besoins de l'être humain dans sa phase personnes âgées admises en CHSLD.

Je vais donner des exemples de situations où les besoins sont non comblés, non-satisfaits. Ces exemples proviennent de sources réelles variées: connaissances acquises dans le cadre du travail en établissement, de faits constatés par des proches aidants, des résidents, des membres du personnel, communiqués et rapportés par les médias, dans des rapports rendus publics (ceux des visites ministérielles, du Protecteur du Citoyen, du Coroner, entre autres).

Il ne faut pas oublier que l'insatisfaction éprouvée par les familles, les a amenés à installer des caméras-espions (osons le dire) pour épier, surveiller s'il y a présence et si les agissements des membres du personnel dans leurs approches verbales, corporelles, gestuelles du résident sont respectueux et adéquats et surveiller la manière dont le résident est traité et soigné.

Ce que nous avons entendu et vu est un indice que l'organisation est telle que ces comportements inadéquats ont toute liberté d'avoir lieu et que les besoins des résidents en CHSLD souffrent de ces lacunes et de ces comportements. Il ne s'agit pas ici de trouver des coupables, ni d'identifier des responsables, mais de permettre à la logique de l'enquête d'arriver à ses propres conclusions.

Je vous présente donc ces besoins accompagnés d'exemples commentés.

Cette longue présentation est nécessaire si nous voulons comprendre la réalité des résidents et si nous voulons comprendre comment la dégradation des conditions de vie en CHSLD est reliée au fait que les

²¹ MÉMOIRE Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux le 18 février 2014 Adopté par le conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec le 12 décembre 2013 Janvier 2014.

besoins des résidents à l'heure actuelle ne sont pas compris ni comblés de manière à leur assurer le bien-être et en particulier la sécurité virologique.

Précisons que la présentation des besoins énumérés dans la présente *Étude* emprunte, s'inspire largement des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson²². J'ai complété cette énumération en y ajoutant des besoins psychosociaux dont on disait, de mémoire, qu'elle avait été élaborée et portait le nom de grille McGill comportant sept autres besoins d'ordre psychosociaux:

1. **Le besoin de respirer** avec, selon la nécessité, assistance pour assurer une oxygénation cellulaire satisfaisante.
Au-delà du besoin bio-physiologique, le besoin de respirer à l'extérieur par beau temps constitue une bonification de l'acte et est assainissant.
2. **Le besoin de boire et de manger** qui tient compte des apports nutritionnels recommandés et prescrits selon les pathologies existantes et qui imposent des contraintes dans le choix et la consistance des aliments, du mode d'ingestion, d'absorption et d'assimilation.
Par exemple, une personne édentée, une autre atteinte de dysphagie ou de troubles gastro-entériques; sont des exemples de difficultés pour les résidents; certains membres de famille sont enclins à donner des aliments non recommandés par exemple aux diabétiques ou qui ajoutent à un surpoids déjà inquiétant.
3. **Le besoin d'éliminer** en faisant référence en particulier à l'élimination des urines et des selles.
Certaines pratiques sont inadéquates : il est d'usage dans certains établissements pour tout nouveau résident admis de lui faire porter des culottes d'incontinence dans la mesure où la personne requiert de l'aide d'une personne et que cette personne n'est pas disponible au moment requis, obligeant ainsi le résident à faire dans sa couche bon gré, mal gré!
4. **Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position et une bonne forme physique** est difficile à satisfaire, car les résidents sont d'incapacité partielle ou complète à satisfaire ce besoin seul.
La locomotion des personnes très peu mobiles de façon autonome est un sujet de préoccupations car la plupart requièrent l'aide, l'assistance et l'accompagnement d'une personne qui est membre du personnel ou d'un proche aidant, avec ou sans équipement.
Une proportion importante de résidents sont installés en chaise roulante, mais peu actif et d'autres alités ou assis dans leur chambre pour une grande partie de la journée; d'autres sont mobiles de façon autonome, fuyeur, ayant un comportement social acceptable ou pas, et qui font de l'itinérance ou de l'errance intrusive.

En ce qui a trait au besoin de mouvoir qui concerne le déplacement, la marche, il faut savoir que pour mettre en application un programme de marche, les établissements n'arrivent pas à dégager les ressources requises, puisque l'activité demande de l'aide, de la supervision et du temps de réalisation; ce que ne disposent pas les établissements dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, d'équipe de composition minimale ou encore d'utilisation d'une main-d'œuvre irrégulière, inadaptée, occasionnelle venue pour faire uniquement l'essentiel.

²² Ils sont exposés dans un document intitulé Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain Orientation diagnostique. 2e Édition De Boeck, 3e tirage 2002. Voir aussi le site:
https://fr.wikipedia.org/wiki/Quatorze_besoins_fondamentaux_selon_Virginia_Henderson; voir:
<http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html>.

La seule ressource disponible s'il existe, c'est le proche aidant. Il est interdit aux bénévoles d'initier ou de réaliser cette activité.

En ce qui concerne le besoin complémentaire de maintenir une bonne position et la forme, il faut adapter des programmes qui tiennent compte de la limitation ou l'interdiction de la locomotion des résidents et qui mettent l'emphasis sur la réalisation des activités sociales qui allient la présence au sein d'un groupe, l'échange verbal, le positionnement de membres, la coordination des mouvements, à travers des activités interactives et ludiques.

On comprend qu'installer un résident devant un téléviseur seul ou avec d'autres n'est pas une activité qui rencontre et satisfait le besoin du résident quel que soit son état de lucidité.

5. **Le besoin de dormir et de se reposer.** Les résidents en CHSLD en sont de plus en plus réduits à se retrouver en situation couchée ou assise, au-delà ce que requiert le corps malade, affaibli, douloureux, non-réceptifs et médicamenteux des plus lourdement affligés.

L'alternance couché/assis/debout est une nécessité et non pas un luxe, une faveur, une futilité. Forcer tous les résidents à se coucher à 16h30 ou aussitôt après le souper et interrompre le cycle du sommeil non-voulu pour des questions de commodités en matière de travail ne sont pas des pratiques de respect et d'attention, même si elles ont pour effet de diminuer la charge de travail du personnel.

6. **Le besoin de se vêtir et de se dévêtir** est un besoin qui origine des trois dimensions.

D'une part, ce besoin origine de la nécessité d'isoler son corps aux intempéries, aux accidents, à la vue d'autrui;

D'autre part, les mouvements pour assurer cette protection mettent en action le corps pour l'habillement, mettent en situation de réflexion et de jugement le résident pour se soigner et se donner une bonne apparence et exprimer ainsi son individualité, son identité, sa personnalité et sa socialité.

Laisser continuellement un résident en jaquette, en pyjama, en vêtements mous et ou dans des vêtements inappropriés, sales, souillés est une atteinte à l'intégrité et à la dignité de la personne et ne constitue en rien une tâche sans importance, mais bien le contraire.

7. **Le besoin de maintenir la température du corps** s'étend de la dimension bio-physiologique et affecte les dimensions psychologique et socioculturelle.

Au sujet de cette régulation et du monitoring qu'elle demande, il y a lieu de souligner le fait que l'attention que le personnel doit accorder à la prise régulière de la température permet de s'assurer du maintien dans la zone de normalité des composants bio physiologiques et du rendement optimal des fonctions métaboliques.

La satisfaction de ce besoin procure au résident une sensation de bien-être corporel satisfaisant par l'apport d'une chaleur ou d'une fraîcheur adéquates.

La recherche de cet équilibre peut être obtenue et trouvée dans le cadre d'habitudes ou d'activités sociales et de dispositions particulières de confort et d'attentions particulières de la part des membres du personnel et des proches aidants.

8. **Le besoin d'être propre et de maintenir des habitudes d'hygiène corporelle.** Ce qui est le plus décrié dans les situations que les familles rapportent au sujet de leur proche vivant en CHSLD, c'est la difficulté de rencontrer le besoin de propreté corporelle.

Ce sont les soins d'hygiène de base qui ne sont pas faits de façon intégrale et régulière et ce, pour diverses raisons. Je mentionne ici les deux plus fréquentes:

- Le résident est agressif, on ne peut pas l'approcher :
- Questions: Est-ce le bon temps, la bonne approche ? S'agit-il d'un nouvel employé ? Cet employé a-t-il les habiletés requises ou s'improvise-t-il ? L'environnement est-il propice à l'action requise ? La manipulation du résident est-elle adéquate ?
- On manque de personnel, on va seulement lui laver le visage et les mains, on n'a pas le temps pour le reste.

Ce besoin est de toute première importance, car il y va de l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères. Il s'agit d'éliminer les germes, les souillures et d'inspecter à la découverte d'une infection, de blessures, de traumatismes ou de lésions (coupures, égratignures, ecchymoses, boursoufflures et autres) de pansements ou de patches déplacées, voire oubliées.

Sans sous-estimer le bien-être que cette activité procure au résident de sentir et de se savoir propre.

Si le résident le peut, il sera en mesure d'exécuter les tâches et/ou d'être assisté ou aidé par un membre du personnel ou un proche aidant.

On comprend que l'hygiène du matin est le fondement du reste de la journée.

Ce besoin d'être propre s'exprime aussi en toutes circonstances, après avoir uriné ou déféqué, après un malaise gastrique, gastro-intestinal, génito-urinaire et tout simplement, après un repas.

Le lavage des cheveux et leur mise en place sont aussi importants que le lavage du visage et de mains.

Les pieds ne devraient pas être négligés.

Les ongles des mains et des pieds devraient être entretenus et propres, sous incontestable de lieux de transmission.

L'hygiène bucco-dentaire devrait se faire régulièrement.

Il est inadmissible que toutes ces mesures d'hygiène de même que celles de prendre une douche ou recevoir un bain soient une faveur, un luxe.

L'hygiène des résidents souffrant de démence et ayant des agissements qui affectent leur propreté doit faire l'objet d'attention, car des mains souillées peuvent toucher des surfaces communes fréquentées par les autres résidents et les contaminés et ainsi infectés d'autres résidents et des membres du personnel, entre autres.

9. **Le besoin de sécurité.** Il ne s'agit pas ici des incendies car, tous les établissements respectent une réglementation très sévère et ont des dispositifs d'alarme-incendie connectés avec des centrales de réception des alarmes et des casernes de pompier.

Il s'agit plutôt de la protection contre toutes formes d'agression physique (incluant l'intrusion, la menace et l'intimidation) de la part d'un autre résident souffrant d'une démence ou autres maladies mentales et qui le porte à agresser et à violenter (faire subir des sévices) à d'autres résidents.

Il s'agit de protéger le résident lui-même de tout comportement qui pourrait mettre en cause son intégrité physique.

Mais il faut aussi étendre cette sécurité à la protection des résidents contre tous les produits qui sont en usage dans l'établissement (produits d'entretien, de désinfection, de lavage, etc.).

Il y a aussi tout ce qui peut être potentiellement un agent ou une cause d'agression environnementale, physique, thermique, chimique et microbienne.

Le sentiment de sécurité peut être augmenté avec la participation à des activités de loisirs, à la présence de personne familière, à l'audition de voix, de musique (radio, télévision), par l'usage de téléphone mobile doté de dispositif audiovisuel et de tablettes électronique.

10. Le besoin de communiquer et d'être en relation avec des personnes de son entourage.

Le besoin de communiquer est celui à la fois de sa propre expression verbale, de la perception de sa gestuelle et de la réciprocité dans la réceptivité, l'écoute et la perception visuelle d'un interlocuteur.

Lorsque le résident communique, parle et échange avec une autre personne, ils ne sont plus seuls, isolés; ils échangent dans leur gestuelle et leur propos des messages qui expriment une présence, une perception, une sensation, une émotion, une opinion, une appréciation. Ces échanges, ces messages sont tant au niveau du conscient que du non-conscient: ils peuvent être entendus et compris comme ils peuvent être perçus et ressentis.

La communication doit être omniprésente: pour signaler son arrivée dans une chambre, auprès du résident, par anticipation avant que le geste soit posé par le soignant, pendant et à la fin de l'activité.

Elle doit être exprimée de la façon adéquate auprès par exemple d'un résident atteint de la maladie d'Alzheimer en phase de perte de ses repères et que tout et rien apeure, etc. Le silence dans les circonstances a des effets négatifs.

Toute absence de communication verbale doit être compensée par d'autres formes de langage et de communication. Si la langue constitue une barrière, il faut s'assurer que des membres du personnel ont une connaissance suffisante pour communiquer avec le résident.

Il est dommageable pour le résident d'être laissé seul, sans communication avec d'autres personnes, même devant un téléviseur allumé.

11. Le besoin de vivre et de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances existentielles.

Nous ne sommes pas dans un monde totalement laïque. La religion et tout ce qui en découle en matière de fêtes, de liturgie, de rites et de chants sont une activité à considérer quand il s'agit de préserver un sens à la vie du résident croyant, de rythmer la durée à la participation des rites.

C'est aussi une activité de socialisation, d'émotions partagées et de satisfaction.

J'ai pu m'en rendre compte au CHSLD *Institut canadien-polonais du bien-être inc.* où il y avait une messe tous les jours avec un célébrant en langue polonaise, avec de la musique et des chants.

Les activités religieuses ne sont pas seulement une question de pratique de la religion, c'est un moment de partage, de sensibilité et d'émotivité collective.

Une messe télévisée ne reproduit pas la même expérience humaine des résidents rassemblés, en présence des proches aidants et des bénévoles, et en communion.

12. Le besoin de s'occuper de façon à se sentir apprécié et utile.

Ce n'est pas que des activités de loisirs. Même les résidents n'ont pas toujours le goût de s'amuser.

Combien de résidents lucides et critiques considèrent infantilisant de jouer aux poches, à *flipper* une pièce de monnaie ou à jouer au Bingo pour gagner des prix, etc.

Il y a ceux qui ont encore de la mobilité et de la motilité qui ont le goût et l'intérêt à faire œuvre utile: qui du jardinage, qui des thérapies occupationnelles adaptées.

13. Le besoin de se récréer, de manière à se changer les idées, à se détendre, à se divertir, à entreprendre une activité qui met en action, en mouvement le corps et qui sollicite agréablement l'esprit, faite sur une base individuelle ou de groupe.

Il va sans dire que d'installer un résident devant un poste de télévision qui fonctionne pendant de longues périodes de temps est un piètre substitut par rapport à un spectacle *in vivo*, comportant des personnes, acteurs, animateurs, chanteurs ou musiciens qui sollicitent l'attention, la participation de résidents.

Il y a lieu d'organiser des activités intérieures et aussi extérieures par beau temps.

Ajoutons aussi les jeux, l'exercice d'un art plastique, musical, artistique ou possiblement sportif (exemple, la pétanque allégée).

Cette dimension rentre pleinement dans la notion de milieu de vie.

14. Le besoin d'apprendre. Trop souvent et ce, tant et aussi longtemps que le résident est conscient, minimalement réceptif, il y a encore un lieu et un temps d'apprentissage, d'acquisition et d'exercice des connaissances, de techniques et de développement des habiletés.

Cette activité s'exerce en tout lieu, en toutes circonstances.

Ce qu'il faut c'est que l'intention, le temps utilitaire du travail, le programme permettent qu'elle se réalise sans pour autant mobiliser des équipements spéciaux et des dispositifs compliqués.

Cette dimension aussi est à renforcer parce qu'elle rentre pleinement aussi dans la notion de milieu de vie.

15. Le besoin de quiétude et de tranquillité qui favorise la récupération, le repos, le calme et la détente.

La tolérance des familles et des résidents eux-mêmes est mise à épreuve lorsque des résidents atteints de maladies neuro-psychiques se mettent à crier, à hurler, à pousser de cris, à blasphémer à toute heure du jour ou de la nuit, sans que le personnel médical et de soins trouve les moyens d'intervenir, afin de rétablir les conditions de sommeil et de repos, de tranquillité et de quiétude importantes pour la santé physique et psychologique des autres résidents.

16. **Le besoin d'affection, d'amour et de vivre sa conjugalité et sa parentalité.** Je parle de l'affection et de l'amour filial entre parents-enfants, grands-parents-petits enfants qui est fortement ressenti comme on l'a vu et entendu dans des reportages à la télévision.

D'où l'importance, le cas échéant, qui est d'ailleurs reconnu de réassembler le couple, en termes de localisation et de proximité des chambres et leur permettre d'être heureux en présence de l'autre. Même si cela occasionne des relations tendues dans certaines circonstances entre le proche aidant et la Direction.

On constate que la conjugalité et la parentalité sont bien reconnues et acceptées et que les visites du conjoint ou familiales sont des éléments importants du milieu de vie.

17. **Le besoin de vivre sa sexualité et sa parentalité.** Voilà un besoin qui est atténué, secret, inavoué et tabou, mais qui est pour des résidents bien présents, bien actifs.

Je parle de la relation physique entre conjoints ou partenaires amoureux qui ont besoin de la présence, de l'attention et du contact avec la personne pour qui le résident a des liens affectueux émotionnels et sentimentaux et qui souvent se trouve être un autre résident.

Peu documenté, il fait l'objet à l'occasion de questionnement éthique de la part des enfants et de certains soignants.

Le besoin de vivre sa sexualité n'est pas toujours évident.

La satisfaction de ce besoin peut occasionner quelques difficultés ou provoquer des situations de malaises au sein des proches aidants qui voient d'un mauvais œil cette éventualité, cette réalité, surtout si elle implique une personne-partenaire qui est un(e) autre résident(e).

Il y a des préjugés et des moralités qui refusent la satisfaction de ce besoin à cause de l'âge, de la maladie, du handicap.

J'ai eu l'occasion d'arbitrer les opinions et les façons de voir en cette manière et de prendre des dispositions pour créer les conditions d'intimité et ainsi respecter la volonté, le libre arbitre et la décision du résident et de l'autre personne de combler mutuellement ce besoin.

18. **Le besoin de s'occuper, de créer, d'inventer.** Il y a des résidents qui veulent non seulement se reposer, se divertir, se détendre, se recréer, mais aussi qui sentent le besoin de s'occuper, de passer une partie de leur temps utilement à créer, voire à inventer.

Besoin qui peut être satisfait dans le cadre d'une activité d'aide ou de participation à l'organisation d'une activité de loisirs par exemple comme le jardinage, la décoration de fêtes ou d'une occupation dans le cadre d'un programme d'occupation thérapeutique, selon une définition élargie.

19. **Le besoin d'exercer sa liberté.** Il y va aussi de la fierté et de la dignité pour un résident lucide et sensé de pouvoir se réaliser dans le cadre d'une certaine liberté qu'il s'agisse de circuler au sein et aux pourtours protégés de l'établissement, seul dans certaines situations et conditions ou accompagné.

La liberté de faire ou ne pas faire.

La liberté d'accepter ou de refuser des soins et des services qui ne mettent pas en péril sa santé et sa vie.

Ce besoin est satisfait quand le résident assume son individualité, sa personnalité, sa responsabilité, sa condition, son interaction avec son milieu et sa citoyenneté.

20. **Le besoin d'indépendance.** Le besoin d'indépendance est dans un continuum qui va de la dépendance à l'indépendance, puis à l'interdépendance.

Le besoin d'indépendance est de reconnaître que le résident peut choisir en certaines circonstances de ne pas être en groupe, mais de s'isoler, de ne pas participer à une activité, de ne pas recevoir de la visite et ce, sans être obligé de se justifier ou être contraint d'accepter et de subir. Le résident ne demande pas ou ne doit être pas mis en situation d'obéir par un membre du personnel ou de la famille et ainsi se voir infantilisé, diminué ou être pris en charge au point de brimer sa liberté et son indépendance.

21. **Le besoin de se dépasser.** Si les occasions sont plus rares dans le cadre d'un milieu de vie contrôlé, protégé et sécurisé, il n'en demeure pas moins que les rares occasions qui peuvent se présenter pour un résident en CHSLD de se dépasser font partie de la qualité du milieu de vie, même si ces occasions de dépassement comportent des risques et des dangers.

Je me souviens d'un résident qui osait et qui avait le temps et la patience malgré toutes les embûches à entreprendre et qui réussissait à atteindre ses objectifs, plein d'émotions, de sens de l'accomplissement et de la reconnaissance de son entourage.

En repassant en revue tous ces besoins, j'ai voulu nous sensibiliser sur tout ce que comporte de sensibilité, de motivation et d'efforts pour offrir aux résidents des CHSLD du temps de qualité et de la qualité de vie.

Cette sensibilité existe dans la plupart des CHSLD : le personnel directement en contact avec les résidents le savent et y portent attention.

Cependant les conditions de travail ne sont pas là pour en développer tout le potentiel bénéfique. Les contraintes et les carences organisationnelles escamotent le temps de réalisation des comportements et des activités qui comblent les besoins des résidents.

Mais cette prise en considération de tous les besoins du résident est aussi un défi et une démonstration d'ingéniosité et de volonté managériale nécessaires pour entreprendre ce vaste chantier qu'impose ce projet de société et ce, sans devoir repartir à zéro, sans refaire une réforme majeure de la santé, mais mettant les priorités dans des actions qui appellent la responsabilité, l'imputabilité, la reddition de comptes des décideurs, mais aussi la remise en cause des lourdeurs qui accablent les relations de travail et qui affectent les conditions de travail et l'implication responsable des travailleurs et leurs syndicats.

Cette concertation sociale des forces vives permettra la mise en place d'un nouvel état d'esprit et engagera une nouvelle dynamique d'humanisation des structures de soins, une humanisation du vieillissement, une humanisation de l'environnement vital des résidents.

Humanisation du vieillissement en CHSLD

Pour terminer cette présentation qui avait pour but de nous faire réaliser la place et l'étendue des besoins fondamentaux à satisfaire en milieu de vie substitut, je vous réfère à un ouvrage de grand

intérêt²³, dont je me permets de citer des extraits significatifs qui viennent en quelque sorte unifier, consolider ma présentation des besoins de la personne âgée en CHSLD et donner un sens à l'expression 'milieu de vie substitut' et sans doute au projet de la 'Maison des Aînés' de notre Premier ministre, Monsieur François Legault, et, de la Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Madame Marguerite Blais. Je cite :

« C'est pourquoi les propos et les thèmes développés dans ce livre s'inscriront dans une perspective humaniste donnant priorité à la croissance humaine durant la vieillesse plutôt qu'au déclin, aux attitudes plutôt qu'aux comportements, aux valeurs, au dépassement de soi et à la quête du sens de la vie.

Humaniser la vieillesse, c'est dépasser nos préoccupations économiques actuelles, nos tendances à tout réduire à l'argent, pour considérer la personne d'abord, la percevoir comme unique et membre à part entière de l'humanité. La personne âgée n'est pas qu'un corps à soigner, qu'un lit d'hôpital de plus ou de moins, qu'un montant d'argent à récupérer en vendant des voyages ou des condominiums de luxe. C'est une personne en croissance psychologique et spirituelle, préoccupée par la réalisation du meilleur d'elle-même, jusqu'au bout de sa vie.

Humaniser la vieillesse, c'est connaître et accepter les déclin physiques et psychologiques associés au vieillissement et lutter de toutes ses forces pour en réduire l'impact sur la qualité de vie. C'est surtout jeter un regard résolu sur les dynamismes qui demeurent et qui croissent avec le passage des années, les révéler à notre société que la fragilité effraie, et l'aider ainsi à tourner son regard vers les réalités plus durables de l'intériorité, là où réside la vraie force des aînés.

Humaniser la vieillesse, c'est découvrir en elle des êtres qui ont réalisé des défis, surmonter des épreuves, prendre des responsabilités, acquérir la richesse de l'expérience à transmettre, trouver des chemins pour parvenir à la sérénité et à la paix du cœur et qui continuent de le faire quotidiennement. C'est prendre conscience, bien humblement, que ces gens nous ont précédés dans l'histoire et qu'ils ont quelque chose à nous dire sur la manière de chercher un sens à notre vie ou d'être heureux.

Humaniser la vieillesse, c'est la situer à sa juste place dans le cheminement de la vie : à son sommet. C'est contempler cette étape ultime comme un moment unique et indispensable dans la vie humaine: le temps de la manifestation de la plénitude de l'être, du courage dans les déclin, de la tendresse et de la compassion, de la tolérance et de la sollicitude, de l'amour et du dévouement. L'humanité peut-elle se passer de la vieillesse ?

Enfin, Humaniser la vieillesse, c'est espérer transformer des attitudes, changer des regards, rapprocher des personnes, libérer des peurs. Nous souhaitons que ce livre inspire compassion et amour pour tous les humains, spécialement pour ceux qui progressent en âge et, souhaitons-le, en sagesse.

Denise Dubé »

C'est pourquoi qu'au-delà de la philosophie, de l'éthique, des normes d'agrément pour encadrer les actions, pour rendre plus supportable aux personnes âgées, plus confortable, plus conviviale les modes de vie en CHSLD, il y a aussi l'*humanisation de l'environnement vital des résidents* dans lequel se réalise l'être humain dans ses activités et qui tiennent compte de ses conditions de santé, de vie et de mort.

²³ De Denise Dubé, « Humanise la vieillesse » Éditions MultiMondes, 2006 site:
<https://storage.googleapis.com/cantookhub-media-enqc/eb/30e86a8f3fd922ca898054cbeac3278cfeaf7.pdf>

La pandémie de la Covid-19 sert de révélateur et fait la démonstration à quel point critique les résidents en CHSLD sont fragilisés, exposés, atteints et occis, non seulement à cause de la morbidité et de la létalité de la contagion et de l'infection et de la présence de facteurs de comorbidité, mais aussi à cause les conditions de carences organisationnelles constatées des CHSLD.

Pour comprendre les raisons organisationnelles de la contagiosité des CHSLD, nous devons maintenant étendre notre étude aux caractéristiques organisationnelles des CHSLD.

Chapitre 5 : La Covid-19, le résident et le CHSLD

Covid-19 Nature, investigation et recherches

Depuis la découverte de son existence, ce que l'on sait du virus se résume à ses manifestations les plus marquantes et qui sont autant de signes à rapporter pour obtenir des diagnostics symptomatologique ou clinique, différentiel et étiologique menant à des mesures de protection et/ou des traitements, voire à l'hospitalisation.

Étant issue d'une nouvelle espèce de coronavirus, la Covid-19 possède des caractéristiques qui la distinguent du SARS-CoV-2²⁴. Mme Nathalie Granvaux nous transmet les informations nécessaires pour combattre ce que nous sommes en mesure de faire pour atténuer et, le cas échéant, éradiquer l'épidémie, sinon en être immunisée par vaccination.

Ce qui fait que, au premier niveau, les recherches intenses dans toutes les disciplines et les domaines concernés: biologie cellulaire, moléculaire, biochimie, microbiologie, immunologie, virologie, épidémiologie, médecine, bio-informatique, bio-pharmacologie, etc. ont pour finalité de connaître la structure moléculaire et biologique, sa pathogénicité et à trouver les moyens de neutraliser sa virulence, sa contagiosité et sa pathogénicité à infecter le corps humain, à perturber sa dynamique interne et, à la limite, sa viabilité.

À un deuxième niveau, à ces recherches s'ajoutent les données cliniques, pathologiques, immunopathologiques, anatomopathologiques qui décrivent les symptômes, l'état des cellules, des tissus et des organes, suite à l'infection et aux perturbations métaboliques et physiologiques qui seront traités comme des éléments pour mener à la compréhension des mécanismes d'actions morbides et létales.

À un troisième niveau, d'autres chercheurs, des mathématiciens, des informaticiens, tracent et suivent la propagation de la Covid-19 au sein de la population, modélisent sa propagation pour donner aux responsables de la santé publique, aux dirigeants de l'OMS et ultimement aux décideurs publics, politiques et aux autorités gouvernementales des indications, des consignes, des moyens d'action pour mitiger, atténuer, contrôler son déploiement et éviter l'engorgement et le débordement des systèmes de santé et ce, en l'absence de médicaments spécifiques et en l'absence d'un vaccin.

D'autres niveaux s'ajoutent afin de tenir compte de l'ensemble des impacts sur la santé mentale des populations et sur les activités économiques, politiques, culturelles, artistiques des sociétés du monde.

Donc, à l'heure actuelle, le portrait de la Covid-19 est incomplet et demeure inquiétant.

La compréhension de sa nature continuera à se faire tout au long de l'évolution de la maladie et des résultats des recherches, des expérimentations et des essais en laboratoire, puis en cliniques, jusques et y compris, le suivi de l'administration de médicaments aux malades et à l'évolution de leur état de santé.

²⁴ J'invite à écouter la conférence de Mme *Nathalie Grandvaux*, chercheuse et responsable de l'axe Immunopathologie du CRCHUM, intitulée « *Mise au point sur le Sars-cov-2 et la Covid-19* », du 9 avril 2020 que l'on peut écouter sur : <https://www.chumontreal.qc.ca/crchum/nouvelles/mise-au-point-sur-le-sars-cov-2-et-la-covid-19> et <https://youtu.be/JqDMdv7EOso>

C'est dire que la séquence et les temps d'observation, d'expérimentation, de mise à l'essai, de prescription et de suivi clinique hospitalier sont une nécessité incontournable, puisqu'il s'agit d'une condition qui affecte tous les êtres humains sur la planète Terre et dont le traitement efficace demande à être inventé.

Il s'ensuit qu'il y a de nombreuses tentatives d'établir des similitudes, des hypothèses, des théories et de trouver dans la panoplie de la pharmacologie et de la pharmacutique des médicaments passés et existants qui ont fait leur démonstration pour d'autres situations virales et qui sont remis dans des protocoles d'expérimentation, d'essais de traitements thérapeutiques et de production de vaccins dont on entend mesurer l'innocuité, l'applicabilité et l'efficacité thérapeutique et vaccinale.

Mais toujours au moment où j'écris ce texte, la maladie continue de faire ses ravages : elle sévit; elle se répand; elle rend malade et tue ses victimes, elle ralentit, perturbe et paralyse les activités économiques, sociales, culturelles et politiques des communautés, des villes, des pays et ce, au national comme au continental et à l'international.

Ce faisant, la pandémie de la Covid-19 met en évidence les contraintes d'une mondialisation qui concentre dans les mains de quelques entreprises et de quelques pays la production dont particulièrement les produits de nécessités médicales, pharmaceutiques, de laboratoires pour ne mentionner que les plus en relation directe avec les efforts d'éradication de la Covid-19 et de traitements des affligés et de protection et aussi de production de vaccins.

Covid-19 affecte sévèrement et mortellement les résidents des CHSLD

Que constate-t-on à propos des résidents d'établissements d'hébergement public/privé de personnes âgées, dans différents pays, tels que: les États-Unis, l'Espagne, la France, l'Italie dont on entend le plus parler dans nos fils de presse, en comparaison de ce qui se passe au Canada et particulièrement au Québec ?

Les personnes âgées vivant dans les résidences pour aînées ou des *CHSLD* au Québec, dans des *Homes for elderly* aux États-Unis, dans des *EHPA* en France, dans les *Residence sanitarie per anziani* en Italie, en Espagne sont dans le segment de population le plus affecté par la Covid-19²⁵.

Le phénomène, indépendamment des pays, se répète : le taux de mortalité de la Covid-19 surpasse de beaucoup ceux de la population de personnes âgées vivant hors CHSLD (dans leur maison, dans des blocs appartements, et même dans des condos pour personnes âgées) et de la population toutes catégories d'âges confondues.

Indépendamment des structures de santé nationales et de leurs particularités, une fois établis les modes d'accès et d'admissibilité des personnes âgées en perte d'autonomie, il y a donc des conditions semblables pour qu'un tel phénomène, i.e. la létalité des infections se produisent suite à la réaction

²⁵ La presse fait état de la situation chez nous et en Europe, référence:

<https://www.lapresse.ca/covid-19/202004/14/01-5269380-residences-pour-aines-une-preoccupation-mondiale.php>

immunitaire du corps humain à la Covid-19, soit à l'aggravation de maladies existantes qui mène à l'issue fatale.

Ce qui confond les autorités médicales, sanitaires et gouvernementales, c'est la nette démarcation et la gravité de la situation dans les établissements hébergeant les personnes âgées.

Il m'apparaît évident que deux groupes de conditions peuvent être distingués:

- Le premier groupe: les conditions de santé des personnes âgées en CHSLD : l'âge, l'état de la santé et de vie, dont les maladies de la vieillesse et les autres maladies
- Le deuxième groupe: les conditions matérielles et organisationnelles des activités humaines en CHSLD.

Cette réflexion est extraite du document que j'ai produit et publié en avril 2020 et dont le titre est « Interview avec Covid-19 : les confidences d'un coronavirus »²⁶ :

Je vous remets en contexte : j'ai donné la parole à la Covid-19 (d'où le titre de la réflexion) qui explique sa genèse en tant que *zoonose* ; voici ce que j'ai écrit :

« Concrètement, je frappe d'abord quelques humains des plus vulnérables et je profite des terrains plus propices.

*« **Béchamp avait raison, le microbe n'est rien, le terrain est tout.** », C'est ce qu'aurait dit Louis Pasteur. Mais, ce n'est là qu'une partie de la réalité.*

Je m'incruste chez mon hôte, j'utilise ses cellules et ses constituants pour métaboliser et me répliquer. Je perturbe et exacerbe ainsi ses mécanismes vitaux internes.

Puis, en déjection, je me propage par contacts épithéliaux et de façon aérienne et ma multiplication est géométrique, voire exponentielle. Dans des conditions spécifiques. C'est mathématique ! »

Réservoirs, vecteurs et milieux de propagation

Il y a donc deux termes, deux facteurs, les conditions qui gouvernent l'expression de sa nature et les lieux et ses effets de l'action de la Covid-19 , autrement dit ses manifestations et les conséquences sur le corps humain:

1. La nature du coronavirus : la Covid-19;
2. Les lieux propices à son éclosion, sa prolifération et son action pathogène.

Nous pouvons distinguer ces lieux d'éclosion ou milieux d'éclosion et qui ont servi de réservoirs²⁷ et de vecteurs²⁸ :

- Les animaux qui lui ont servi de réservoirs avec ou sans intermédiaires;

²⁶Ce document est disponible et plus facilement accessible sur Twitter : @TormenGeorges que sur Facebook: Georges Tormen; il existe une version en français et une version anglaise.

²⁷ Le mot 'réservoir' est défini, par Larousse en ligne, comme étant « (Un) être vivant qui assure la survie prolongée d'un agent pathogène transmissible à l'homme. (On parle ainsi d'homme, d'animal, de parasite ou de bactérie réservoir. »

²⁸Le mot 'vecteur' est défini, par Larousse en ligne, comme étant « Tout être vivant capable de transmettre de façon active (en étant lui-même infecté) ou passive un agent infectieux (bactérie, virus, parasite). »

- Les êtres humains qui ont été infectés et dont les plus sévèrement et mortellement les personnes âgées en CHSLD.

Ce que nous pouvons dire du lieu de sa naissance n'est pas évident :

Dans un premier temps (phase initiale)

Lieu de premier contact et de transmission que serait le marché de la ville de Wuhan (province de Hubei, Chine), en décembre 2019 dont certains animaux pour la consommation humaine étaient porteurs du nouveau coronavirus ayant ou non acquis le caractère pathogénique.

Personnes infectées : des gens de Wuhan, des visiteurs et des touristes. Puis, les premiers cas avec ou sans de *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)* soignés auraient contaminé du personnel médical et de soins.

Dans un deuxième temps (phase de propagation à partir du foyer initial) Lieu (et circonstances) de la transmission :

Lieux infectés : les transporteurs notamment aériens qui ont de Wuhan et des aéroports ont été les lieux de transits des porteurs.

Personnes infectées : Les (des) personnes qui ont été à proximité ou en contacts avec les voyageurs infectés.

Dans un troisième temps

Lieu (et circonstances) de la poursuite de la transmission, soit les transports en commun utilisés, les lieux publics visités, fréquentés, et, entre autres, les Résidences des personnes âgées et les CHSLD.

Personnes infectées : Des voyageurs de retour au pays et au domicile sont ceux-ci ou les autres personnes infectées (qui n'ont pas voyagé) sont retournées travailler ou ont été visitées des parents hébergés. Les travailleurs infectés ont infecté des résidents et d'autres travailleurs et les chaînes de transmission allaient en s'étendant dans le reste des organisations (de travail, magasin, institutions scolaires, etc.)

Pour notre propos nous arrêtons ici les chaînes de transmission, afin de centrer notre propos sur les personnes âgées en CHSLD.

Nous sommes rendus au carrefour de l'interrogation et de la recherche d'explications:

- La première question est :Quelles sont les conditions dont les personnes âgées sont porteuses (ou affligées) pour qu'elles soient à ce point en situation de danger?
- La deuxième question est : Quelles sont les conditions de vie (d'hébergement, de services et de soins et de vie) qui ont été des lieux et des facteurs de transmission et de détérioration de leur santé et leur décès?

Les conditions de santé des personnes âgées en CHSLD Portrait d'ensemble 2019

La littérature scientifique a fait amplement état qu'il y avait des conditions particulières qui rendaient, à cause ou en relation à leur état de santé, particulièrement fragiles ces résidents face à la virulence de la Covid-19.

Dans *Journal of Geriatric Emergency Medicine (GEDC)*, les auteurs de l'article intitulé « *Covid-19 in Older Adults : Key Points for Emergency Department Providers* » in Volume 1 Issue 4 March 18, 2020, indique ce qui suit :

“ Due to the physiologic changes of aging, decreased immune function, and multimorbidity, older adults have significantly increased risk for Covid-19.”

Compte tenu que nous sommes en présence d'un coronavirus qui provoque un état de peut induire ou provoquer *ARDS*, il est évident que toutes complications ou maladies pulmonaires sont des facteurs potentiels d'aggravation des complications de l'infection du corps humain par la Covid-19.

Les mêmes auteurs signalent que :

« Aging may also complicate diagnosis, as older adults with respiratory viruses often present atypically.”

Pour bien saisir l'amplitude du problème, rappelons certains faits ; il va sans dire que cette section a un caractère sommaire .

Il s'agit simplement de faire état de l'importance populationnelle de ce groupe d'âge et de la manière que les structures sociosanitaires en place les prennent en charge.

Les données présentées suffiront à nous mettre en contexte.

Population au Québec : 1 634 712 personnes âgées de 65 ans et plus.

Lieux de résidence: La population se retrouve comme suit:

- La très grande majorité d'entre elles vivent en résidence privée individuelle ou collective.
- Plusieurs milliers d'ânés en perte d'autonomie ou ayant des besoins de soins de santé récurrents sont admis dans des milieux de vie substitut que sont les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).
- Il existe aussi des CHSLD ayant un statut privé-conventionné, des CHSLD au statut privé et des CHSLD en partenariat public-privé, tous accrédités par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Depuis l'adoption et l'entrée en vigueur en avril 2015, les CHSLD publics sont intégrés et gérés par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui regroupent tous les établissements de santé et services sociaux publics d'un même territoire.
- ou en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) qui sont des milieux de vie complémentaires au milieu naturel ou institutionnel.

Réseau d'établissements de santé et de services sociaux

- Intégration réseaux et continuum de soins et de services²⁹.
- Centralisation de l'administration et réduction (si ce n'est élimination) de la présence de l'encadrement dans l'établissement.
- Centralisation des listes de rappel et d'assignation du personnel de remplacement.
- Chaîne de communications et de décisions présentant des lacunes et engendrant des temps d'attente, des complications, de l'inefficacité et des coûts.
- Les CHSLD se situent au bout du continuum et suivent un processus long et complexe³⁰. Dans le document d'évaluation, il y a accord pour conclure à « *l'importance des enjeux relatifs à l'intégration de services au sein du continuum de services aux aînés, notamment la centralité de la réactivité, de la continuité et de l'efficacité* »³¹.

Vulnérabilité et admissibilité

- Les personnes âgées les plus vulnérables sont identifiées et admises en CHSLD en fonction de leur vulnérabilité.
- Évaluation de la vulnérabilité et l'admissibilité : recours au système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (Iso-SMAF), implanté dans les années 2000 : 29 fonctions dont les activités quotidiennes, la mobilité, les communications, les fonctions cognitives et les activités de la vie domestique ; le classement dans l'échelle doit situer la personne aux échelons de plus grande dépendance soit de 10 à 14.
- Les résidents en CHSLD ont été admis sur la base d'une évaluation comportant des critères qui définissent le profil de santé précis en termes d'incapacité, de handicaps, de pathologies ou maladies chroniques et de soins et traitements requis;

Clientèle des personnes âgées

Ces repères mis en place, permettent de dégager quelques caractéristiques principales . Il s'agit de :

1. En termes de nombre, signalons qu'au Québec, en date du 31 mars 2018 (nous n'avons pu accéder à des données plus récentes) : 33 468 personnes de 65 ans et plus vivaient en CHSLD public ou privé conventionné, et, 12 149 personnes résidaient en RI-RTF en 2017-2018³²;

²⁹ Évaluation du continuum de soins et services aux aînés Perspectives pour l'évolution de la mesure Rédigé par Michèle Archambault Bernard Candas, Maria Fortino Marie-Hélène Raymond Sous la direction de Denis A. Roy Sylvie Desmarais, Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) Direction des services sociaux, Québec, 2019

³⁰ CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES Présentation adressée à la Mutualité française Préparé par Ginette Senez Directrice du programme SAPA CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal 25 octobre 2016 Voir l'ordinogramme de la page 14 reproduit en Annexe.

³¹ Idem. page 44.

³² Une grande partie de ces informations ont été extraites du site **Policy Options Politique** « *Portrait des CHSLD et enjeux en contexte de pandémie Le gouvernement du Québec a pris des décisions visant à éviter une surcharge du système hospitalier, mais a omis de protéger suffisamment les aînés des CHSLD.* » de l'auteure Roxane Borgès Da Silva, April 20, 2020 et auxquelles ont été incorporées des informations complémentaires; référence: <https://policyoptions.irpp.org/magazines/april-2020/portrait-des-chsld-et-enjeux-en-contexte-de-pandemie/>

Un document gouvernementale de 2012 nous donne une idée des caractéristiques socio-économique des aînés du Québec: http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/Egalite/Les_aines_du_Quebec.pdf

2. Une clientèle très âgée³³;
 3. Il ressort de ce profil que, d'une manière générale sans sous-estimer la spécificité du profil de chaque résident, que la personne âgée admise en CHSLD présente des conditions qui sont multiples nécessitant une panoplie de services et de soins;
 4. Le diagnostic d'admission signale des multipathologies à des stades avancés;
 5. La présence de maladies chroniques dégénératives;
 6. La lourdeur est fonction de pathologies . Parmi les maladies recensées mentionnons la maladie d'Alzheimer, les séquelles d'accident vasculo-cérébral (AVC), les désordres de la déglutition dont la dysphagie, l'arthrose, la maladie de Parkinson, l'ostéoporose, des cancers, de l'incontinence urinaire et ou fécale, de maladie oculaire, des problèmes bucco-dentaires, des maladies neurologiques, des problèmes cardiaques, d'obésité, des troubles neurologiques et mentaux, de la démence sénile.
 7. L'administration de nombreux médicaments en interaction; selon un reportage de Radio-Canada du 19 mars 2018,

« Les résidents des CHSLD du Québec ont chacun, en moyenne près d'une quinzaine d'ordonnances différentes de médicaments. Cela entraîne des risques pour la santé, mais les pharmaciens d'établissements disent manquer d'effectifs pour revoir leur médication ».
 8. Cette situation est d'autant plus inquiétante sachant ce que toute cette médication peut amener des complications, de l'accoutumance, la fragilisation et l'intoxication.
 9. Le reportage suivant présente ainsi cette surconsommation médicamenteuse :

« L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES) a mené une analyse auprès de 4317 résidents dans 34 CHSLD de six régions de la province. Conclusion : chaque résident de ces centres a en moyenne 14 ordonnances différentes de médicaments. Linda Vaillant, de l'APES, y voit un gros problème. Au-delà de 10 médicaments, il y a 100 % de risque d'interaction médicamenteuse. Linda Vaillant, directrice générale de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec. On n'a pas le temps de revoir les 12, 13 ou 14 médicaments du patient pour s'assurer qu'ils sont encore nécessaires », affirme Mme Vaillant. »
- Des actions ont été entreprises dont celle de l'utilisation des antipsychotiques. Telle que rapporté dans un autre reportage publié le 25 janvier 2019 de Lia Lévesque , La presse canadienne, publié par La Presse.
10. Des handicaps physiques qui restreignent la mobilité, la locomotion et qui amènent une plus grande sédentarité,
 11. L'activité physique assistée est plus que minimale.

³³ Au Québec, en 2016-2017, environ 4,4 % de l'ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus sont hébergées dans un CHSLD du réseau public en raison de l'importance de leurs besoins et de la lourdeur de leur perte d'autonomie. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/InfoPerformance/CSBE_Info_Performance_no16.pdf.

Selon les documents intitulé « Les aînés du Québec Quelques données récentes Deuxième édition Les conditions d'hébergement des personnes âgées dans des lieux d'hébergement, de services et de soins » de 2018, « On compte plus de 1,5 million de personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec. Près d'une personne sur cinq appartient à ce groupe d'âge (19 %). »

12. En matière de saine alimentation, les résidents reçoivent une nourriture qui respecte les normes sociales, adaptée aux préférences et qui tient compte de la condition de chaque résident.
13. De nombreux résidents sont atteints de problèmes de santé mentale et de problèmes cognitifs, de démences et des troubles de comportement qui comme on l'a vu a amené à surutiliser des médicaments de type antipsychotiques.
14. Une clientèle confinée dans des espaces réduits à n'être que des chambres occupées par un ou deux résidents qui favorisent la promiscuité et la transmissibilité.
15. Une espérance de vie moyenne de trois ans ou plus grande dans certains établissements. Cette donnée varie en fonction des tranches d'âges, des catégories d'établissements, des établissements eux-mêmes, selon les données recensées, compilées et ventilées par les organismes publics et sanitaires qui en font la compilation.

Le présent portrait que nous avons esquissé est incomplet mais nous permet d'un peu mieux connaître les victimes principales de la Covid-19.

Les reportages de France, d'Italie semblent indiquer qu'il s'agit des personnes âgées ayant des conditions de santé comparables.

Dans un article du *The New England Journal of Medicine*, du 17 avril 2020, des chercheurs Wayne C. Koff, Ph. D., et Michelle A Williams, Sc. D. ont fait eux aussi des constatations qui intéressent notre travail de recherche des causes de la situation actuelle. L'article s'intitule *Perspective Covid-19 and Immunity in Aging Populations – A New Research Agenda*; je les cite les extraits suivants :

« As we age, health conditions associated with aging, particularly noncommunicable diseases such as heart disease, cancers, and metabolic and autoimmune diseases, combined with treatments for these diseases and with immune senescence, substantially affect responses to vaccines and infectious disease. »; cette affirmation renvoie à Alpert A, Pickman Y, Leipold M, et al. A Clinically meaningful metric of immune age derived from high-dimensional longitudinal monitoring. *Nat Med* 2019; 25:487-495.

Les auteurs signalent que Covid-19 a souligné la vulnérabilité des populations âgées aux maladies émergentes.

C'est dire que cette susceptibilité d'attraper la maladie et d'en mourir est aussi un défi de taille pour le développement de vaccins et d'agents immunothérapeutiques. D'autant plus que de nombreuses études ont montré que l'efficacité des vaccins décroît significativement avec l'âge; une décroissance que l'on pense être conséquente de la progressivité du déclin relié à l'âge de la réponse immunitaire innée et acquise.

Les auteurs mentionnent qu'avec le vieillissement massif de la population, la projection à compter de 2050 du nombre de morts reliés à la résistance antimicrobienne est estimée à 10 millions de morts par année.

La **British Geriatrics Society** a publié sa prise de position au sujet de la recherche concernant les personnes âgées pendant la Covid-19, intitulé « *Covid-19 : BGS statement on research for older people during the Covid-19 pandemic* », mise à jour le 1^{er} avril 2020, dont les recommandations sont de nature à faciliter la compréhension des actions à mettre en place dans une révision des modes d'organisation du travail, de services et de soins en CHSLD.

Voilà autant de pistes pour réviser des pratiques et mettre en place des dispositifs efficaces et ce, suite à l'examen des impacts de conditions coexistantes et des thérapies sur les effets des vaccins et des maladies infectieuses elles-mêmes.

Nous voilà suffisamment renseignés pour réaliser à quel point la clientèle des CHSLD est précaire, fragilisée, et est située à un carrefour dangereux de conditions qui la mettent à haut risque de complications et de maladies avec une réponse immunitaire inadéquate, en situation d'épidémie.

Il semble que nous n'ayons pas suffisamment appris des épidémies de gastro-entérites à répétition et d'épidémies de grippe à chaque saison, au cours des dernières décennies, au Québec.

Les auteurs du *GEDC* précédemment cités avancent une autre constatation, à savoir que :

« Older adults living in senior living facilities are at highest risk of mortality for Covid-19, given their baseline co-morbidities and exposures resulting from their congregate setting. »

De l'exemple qui nous est présenté, les auteurs poursuivent en indiquant que

:« Over a dozen staff members were also infected. Because of close interpersonal interactions among residents, and between residents and staff members... »

Donc, jusqu'à maintenant, j'ai parlé du coronavirus et son hôte, mais nous devons parler du milieu ou de l'amalgamation des milieux, devrais-je dire, qui lui permet à la Covid-19 d'exercer toute sa virulence.

Je vais donc parler abondamment des CHSLD : du bâtiment, de son aménagement, de ses activités, c'est-à-dire du lieu d'interactions spécifiques entre pourvoyeurs et clients, proches aidants et visiteurs, de son organisation et de son fonctionnement.

Je veux porter maintenant toute mon attention sur les CHSLD en tant que :

- Lieu de rassemblement d'une clientèle donnée, en tant que bâtiment possédant une architecture propre, aménagés en fonction des activités programmées qui mettent en situation et en présence différentes catégories de personnes qui interagissent,
- Lieu qui demande à être entretenu selon des normes générales³⁴ d'hygiène et de salubrité des bâtiments et particulières, et spécifique en relation avec la présence de pathologies multiples et lieu où apparaissent des épidémies de grippe et de gastro-entérites,
- Lieu de travail³⁵ organisé, réglementé, aménagé et équipé, et finalement
- Lieu de service et de soins,
- Lieu institutionnel, établissement de santé³⁶ typiquement CHSLD.

³⁴Hygiène et salubrité des bâtiments du Québec : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-602-01.pdf>

³⁵ Lieu de travail : https://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/cleaning_staff.html et <https://asstsas.qc.ca/dossier-thematiques/risques-biologiques-et-infections>

³⁶ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-602-01.pdf> et <file:///C:/Users/Georges/OneDrive/Desktop/%C3%89TUDE%20CHSLD%20ET%20COVID%2019%20MAI%202020/10-209-01F.pdf>

Dans l'organisation du travail, je porterai une attention particulière à la catégorie d'emplois qui est celle des *Préposés aux bénéficiaires* (en abrégiation : **PAB**) dont on dit beaucoup de choses pas toujours exactes et surtout parce que la société est en train de donner une perception surestimée des effets positifs et miraculeux d'un recrutement massif de candidats-titulaires de postes et d'une bonification de la rémunération des PAB.

J'ai déjà mentionné ailleurs que la ministre de la santé du Québec, Madame Thérèse Lavoie-Roux, qui a exercé sa fonction à une époque déjà lointaine, avait déclaré que la rémunération des médecins était à la solution de l'engorgement des urgences.

Les années qui ont passé, les problèmes des urgences qui n'ont cessé de faire la manchette des journaux ont montré que la rémunération des médecins n'était pas la solution au problème d'engorgement des urgences.

La problématique et la solution des urgences comme celles des CHSLD sont plus complexes et mettent en cause de nombreux facteurs.

Parce qu'il va de l'orientation à donner au processus de résolution de la problématique (et non du problème, car je l'ai montré il y a de nombreux problèmes interreliés qui mettent en cause, non pas seulement, la sécurité virologique des personnes âgées en CHSLD, mais la qualité des conditions de vie aussi), je l'affirme sans hésitation et avec toute l'expérience que j'ai acquise au sein du réseau de la santé : la bonification de la rémunération des PAB, ni le recrutement massif ne sont pas LA SOLUTION aux problèmes de la qualité de vie des résidents en CHSLD ni à leurs conditions de travail, ni à leur sécurité virologique; cette double solution n'est pas une garantie en matière ni d'attraction, de maintien et d'habilitation en termes de compétence et de connaissance d'une main-d'œuvre adéquate.

Toutes les études qui ont été faites sur les facteurs de motivation au travail ne placent jamais la rémunération comme étant le plus efficace pour expliquer le maintien en emploi.

Cette mesure n'aura pas tout l'effet escompté et ce, pour plusieurs raisons :

1. Cette augmentation est considérée déjà depuis longtemps comme un *dû* qui une fois reçu va déporter l'insatisfaction sur les autres conditions de travail ;
2. Déjà les syndicats rechignent à vouloir augmenter seulement les PAB et ne pas garder les écarts salariaux des autres catégories d'emplois;
3. De plus, cela va générer des demandes d'augmentation des autres catégories d'emploi;
4. Des futurs candidats opportunistes sans formation nécessaire, sans intérêts et sans les qualités humaines nécessaires vont s'intéresser, postuler et sans doute occuper des postes de PAB pour le salaire, les autres avantages sociaux supérieurs par rapport au privé ;
5. Ce qui va pour conséquence vider les postes actuels et les listes de rappel de PAB dans les CHSLD privés où ils sont moins rémunérés ;
6. Les pratiques actuelles consistent à « remplir les listes de rappel ou combler les postes » sans considérer. En fait, le souci premier devrait plutôt être de trouver des employés motivés, expérimentés, formés pour occuper les postes au sein d'une équipe de travail.
7. La bonification à elle seule n'est pas une garantie d'un recrutement de qualité, il faut ajouter d'autres conditions de réussite.
8. L'organisation du travail avec plus de PAB n'aura aucun effet positif ou amélioratif sur les autres facteurs de non-qualité, de difficultés, de risques.

En pensant et en faisant cela, nous faisons fausse route et nous mettons un poids énorme, nous demandons un effort surhumain, nous mettons une responsabilité énorme sur la tête et dans les bras des PAB que nous venons de désigner comme les superhéros.

Je l'affirme la solution est partout ailleurs, dans sa globalité comme ses parties.

Cependant, à vouloir régler le problème de façon intempestive, dans l'urgence du moment, on finit par passer au côté de la réalité.

Je vais donc exposer un point de vue qui permet d'engager un processus de résolution des problèmes globale, systémique, ordonnée, priorisant, dynamique et ouvert qui soit en mesure de rehausser la qualité de vie des résidents hébergés en CHSLD.

Chapitre 6 : Conditions de vie/Conditions de travail en CHSLD Le facteur PAB et facteurs éco-systémiques.

Le nœud gordien se trouve dans les conditions matérielles et organisationnelles des activités humaines en CHSLD et met l'accent sur la détérioration et de la mortalité des résidents en CHSLD, au cours de la pandémie de la Covid-19; ce serait de ne pas apporter toute l'attention requise pour expliquer conditions de santé inhérentes aux personnes âgées en CHSLD au Québec.

Je vais inverser la démarche habituelle qui remet dans son contexte un problème ou une réalité ou, autrement dit, qui permet de situer une partie dans son tout environnemental auquel la partie appartient.

En somme, l'exposé qui suit n'emprunte pas la démarche qui consiste d'aller du général au particulier, mais le contraire. Ma démarche ira donc du particulier au général.

Pourquoi au juste ? À cause de l'actualité du sujet, à cause des mesures mises en place pour maintenir à coups de primes et de projet de recrutement massif et de bonification de la rémunération des PAB des CHSLD. Pour ne pas laisser le Gouvernement commettre l'erreur de *mettre un diachylon sur une hémorragie*.

Parce qu'il faut démystifier le travail des PAB, non pas par rapport aux tâches réellement accomplies, mais à la forte impression que les mauvaises conditions de rémunération des PAB seraient la cause, le déclencheur ou le facteur aggravant de la sévérité de la pandémie dans les CHSLD, la cause de la désorganisation et de la défection des PAB dans les CHSLD.

En allant du particulier au général : dans le cas qui nous concerne, je vais d'abord introduire la situation des PAB face aux résidents, pour ensuite et dans l'ordre, la resituer et la mettre en place dans le reste de l'organisation du travail, de la programmation des activités, de son fonctionnement et de son architecture-aménagement.

Le chapitre comprendra une première partie plus élaborée qui concerne ce que j'ai désigné sous le nom de *Facteur PAB* et une deuxième partie désignée sous le nom de *Facteurs éco-systémiques* qui sera moins élaborée, afin de ne pas nous étendre davantage et nous concentrer sur ce qui à l'heure actuelle constitue la préoccupation politique majeure qui concerne les PAB.

Facteur PAB

Le *Facteur PAB* est la variable principale qui se présente comme le problème à résoudre pour assurer des effets de résolution sur les autres problèmes dont ce facteur est interrelié.

Ces autres facteurs j'ai les regroupés et je leur ai donné le nom de *Facteurs éco-systémiques*; cette deuxième partie est aussi d'une grande importance dans la réalité de l'organisation et du fonctionnement du réseau de la santé.

Les *Facteurs éco-systémiques*³⁷ feront l'objet d'une énumération et d'une explication sommaire.

³⁷ Cf à <https://rfdsl.com/wp-content/uploads/2017/11/3-Approche---cosyst--mique.pdf>

Titre d'emploi et rémunération de PAB

Les détenteurs et les detentrices de ce titre d'emploi dans le réseau sont des personnes qui assignées auprès des résidents et par leur travail permettent aux résidents de recevoir l'attention, l'aide, la participation et les services de base qui couvrent l'étendue de ces activités qui sont réalisées le jour, le soir et quelques fois la nuit, jour après jour, à longueur d'année.

Les PAB sont au bas de l'échelle des emplois au sein de l'équipe de soins et sont moins bien payés, c'est un fait.

Ce sont aussi les PAB qui, constamment sur le terrain, interviennent auprès des résidents et aussi des proches aidants et qui font partie d'une équipe de soins plus ou moins bien considérés et intégrés et qui ont beaucoup de contacts avec les proches aidants. Ils ne sont pas seuls il y a les infirmières, les infirmières auxiliaires et les autres thérapeutes.

Ce sont des employés syndiqués dont les conditions de travail sont définies par une convention collective, pour ceux qui travaillent dans les établissements publics. Les conditions de travail et les salaires peuvent et sont très souvent différents, voire de beaucoup meilleures que les PAB qui travaillent dans les résidences privées.

Sur le site d'emploi *Jobboom*, le titre d'emploi et la formation de PAB y sont décrits dans les termes suivants³⁸ :

³⁸ Site internet : <https://www.jobboom.com/fr/metiers/prepose-beneficiaires>



Préposé aux bénéficiaires

Santé

Vous aimez autant aider les personnes malades, blessées ou convalescentes que les professionnels de la santé? Le métier de préposé aux bénéficiaires est probablement celui qu'il vous faut! Voici un résumé des renseignements les plus importants liés à cette possibilité de carrière.

Nature du travail

Œuvrant presque exclusivement dans les établissements de santé comme les hôpitaux, les centres de soins (CHSLD, CLSC, etc.) ou dans le secteur privé comme des résidences pour personnes âgées, les préposés aux bénéficiaires fournissent des soins de base aux patients et ils travaillent au sein de l'équipe du personnel infirmier en offrant du soutien aux infirmières auxiliaires.

Fonctions principales

Parmi les tâches et les fonctions principales des préposés aux bénéficiaires, notons l'offre d'assistance physique aux patients ainsi que leur accompagnement dans le but de participer à l'amélioration ou au maintien de leur état de santé. De plus, ils assurent une présence auprès des bénéficiaires, ils les aident lors de différents moments de la journée (lever, coucher et repas) en leur offrant du soutien pour se vêtir, se nourrir, se laver ou faire le lit, par exemple. Toutes leurs tâches visent à respecter la dignité des bénéficiaires et à contribuer à leur bien-être. Ils collaborent également avec les membres de l'unité de soins infirmiers et agissent à titre de premiers intervenants dans certaines situations.

Qualités essentielles

Les employeurs à la recherche de préposés aux bénéficiaires favorisent généralement les candidats ayant une bonne forme physique, une grande résistance au stress et à la fatigue et un excellent équilibre émotionnel. L'empathie, le tact, l'écoute et le respect sont également des qualités essentielles pour ce poste.

Formation requise et accès au métier

Généralement, un diplôme d'études professionnelles en assistance en soins de santé ou une attestation d'études collégiales dans le même domaine sont nécessaires pour obtenir un poste de préposé aux bénéficiaires.

On se rend facilement compte que le travail et donc que la contribution du PAB au sein de l'équipe est au cœur de l'ensemble des activités directes auprès des résidents.

Sans minimiser et relativiser le travail des autres membres directs de l'équipe des soins (je pense entre autres à l'infirmière et à l'infirmière auxiliaire), le travail des PAB auprès des résidents en est un de proximité, de contact, de partage d'intimité, de présence rassurante quotidienne et aussi d'attention et d'écoute, dans des conditions et des périodes de temps difficiles à avoir à cause de multiples facteurs dérangeants.

C'est donc que les employeurs attendent beaucoup des personnes qui effectueront les tâches de PAB.

Je dirais même que l'on demande aux PAB d'être physiquement et psychologiquement aptes, mais que ce métier ne leur donne pas le choix d'être obligatoirement émotivement sollicité, émotivement pris parce que vivent les résidents.

La rémunération est établie dans le cadre de la négociation des conventions collectives, selon une méthode de hiérarchisation du travail et des titres d'emploi dans le public et par un engagement contractuel établi au moment de l'engagement dans les CHSLD privés.



Comité patronal de négociation
du secteur de la santé
et des services sociaux

■ Accueil ■ Plan du site ■ Nous joindre

Vous êtes ici : CPNSSS > Titres d'emploi, salaires et primes > Nomenclature en vigueur > 3480 - Préposé ou préposée aux bénéficiaires

[+ RETOUR](#) 

3480 - Préposé ou préposée aux bénéficiaires

[Retour à la liste des titres d'emploi](#)

Catégorie de personnel
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers

Sous-catégorie de personnel
21 - Préposé aux bénéficiaires

Heures par semaine
35 - 36,25

Libellé
Personne qui a pour fonction l'hygiène, le bien-être et la surveillance des usagers. Elle voit au confort, aux besoins généraux, à l'occupation de ceux-ci et ce, dans un environnement sécuritaire. Elle les aide dans leurs déplacements, effectue leur transport et peut les accompagner à l'extérieur de l'établissement.

Elle donne aux usagers des soins de base et communique à l'équipe soignante des informations relatives à l'état de santé et au comportement des usagers.

Elle peut être appelée à faire l'installation de certains appareils pour lesquels elle est formée. Elle s'assure de la disponibilité, de l'entretien et du bon fonctionnement de l'équipement et du matériel. Elle effectue le transport du matériel, des prélèvements et des dossiers.

*Jusqu'au 1er avril 2019, groupe salarial 326
À compter du 2 avril 2019, rangement 7*

Échelle salariale

Classe	Échelon	2010 04-01	2010 12-31	2011 01-31	2011 04-01	2012 04-01	2013 04-01	2014 04-01	2015 03-31	2016 04-01	2017 04-01	2018 04-01	2019 04-02
1	1	16,93	16,96	17,59	17,72	17,99	18,30	18,67	18,86	19,14	19,47	19,86	20,55
	2	17,35	17,38	18,02	18,16	18,43	18,75	19,13	19,32	19,61	19,95	20,35	20,98
	3	17,75	17,78	18,44	18,58	18,86	19,19	19,57	19,77	20,07	20,42	20,83	21,42
	4	18,16	18,19	18,86	19,00	19,29	19,63	20,02	20,22	20,52	20,88	21,30	21,87
	5	18,59	18,62	19,31	19,45	19,74	20,09	20,49	20,69	21,00	21,37	21,80	22,35

Commentaires
Le 2006-11-21 : Création du titre d'emploi par la fusion des titres 3209, 3237, 3239, 3478, 3479

[Retour à la liste des titres d'emploi](#)

En ce qui concerne la formation des PAB sur le terrain, elle est variable : il y a celle qui est demandée par l'Employeur lorsque celui-ci embauche lui-même le PAB et il y a aussi les formations diverses qu'on lui donne à l'embauche, le cas échéant, et celles qui sont données lorsque le PAB est à l'emploi depuis déjà un certain temps et qui sont données sur le temps du travail ou en suivant des formations maisons ou des formations qu'auraient reçues les PAB de la part d'agences de personnels privées.

Combattre la pénurie des PAB

Plusieurs moyens sont mis en œuvre pour augmenter les effectifs de PAB .

Formation sur mesure

Compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre actuelle, - la pénurie n'est pas ici une explication ou justification, mais un simple état de fait, - des CIUSSS ont dû mettre sur pied des formations et des conditions d'admission à ces formations pour former et créer un bassin de PAB en mesure de combler les postes vacants et d'effectuer les remplacements sur des postes, dont le titulaire est absent pour diverses raisons (vacances, congés sans solde de toutes natures, absences maladies de courte et de longue durée, accidents du travail, congés sociaux, congés fériés, etc.)

En voici un exemple récent³⁹ qui montre qu'il y a des efforts pour attirer, former et offrir des emplois de PAB. Voir l'annonce reproduite ci-bas.

³⁹Site internet : <https://ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/emplois-et-stages/emplois/formation-prepose-aux-beneficiaires/>

CONTACT &
LOCALISATION

SOINS &
SERVICES

CONSEILS
SANTÉ

INFOS POUR
LES USAGERS

EMPLOIS ET
STAGES

Accueil > Emplois et stages > Emplois > Formation préposé aux bénéficiaires

Emplois et stages

Emplois

Soins infirmiers et cardio-
respiratoires
Métiers, préposés,
assistants et plus
Personnel administratif
Personnel de la santé
➤ Formation préposé aux
bénéficiaires
Candidatures spontanées
Mise à jour du dossier
Alerte-Emploi

Stages

Choisissez-nous

Activités de recrutement

FAQ

Programme de soutien en
emploi

Bénévolat

FORMATION PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES

- Inscription
- Reconnaissance des acquis et des compétences (RAC)
- Bourses d'études
- Nous joindre

Obtenez un emploi de qualité!

Devenez préposé aux bénéficiaires (PAB) en suivant votre formation en assistance à la personne en établissement et à domicile (APED). Joignez-vous à l'une de nos équipes passionnées en santé.

Avantages

- Formation rapide
 - Durée de 8 mois
- Bourses disponibles
 - Des bourses d'études de 7 500 \$ chacune sont disponibles grâce au nouveau *programme de bourses d'études* mis en place par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS).
- Stages à même nos installations
- Emploi garanti
 - Sous réserve de remplir les exigences du poste

Postes, listes de rappel et agences privées

À l'heure actuelle les PAB sont soit des détenteurs de postes à temps plein ou à temps partiel régulier, soit inscrits sur les listes de disponibilité et de rappel, soit des PAB qui sont à l'emploi des Agences de personnel privées.

Le problème des listes de rappel, c'est pour un PAB en situation d'être assigné ici ou là, de voyager constamment entre divers établissements et passer d'une organisation de travail à une autre, d'une équipe de travail à une autre. Cette instabilité n'aide pas à la qualité de travail ni à consolidation d'équipe.

Il y a aussi le problème avec les PAB des agences, c'est qu'ils viennent, comme on dit dans le réseau «*boucher des trous*», «**remplir une case horaire**».

Ces PAB d'agence ne connaissent pas le lieu et ses particularités, ne connaissent pas les directives et consignes en vigueur, ne connaissent pas individuellement les résidents, ni les précautions à prendre dans chaque cas, certains possèdent de l'expérience, mais ne possèdent pas toutes les connaissances requises, quelques fois ne possèdent pas les qualités requises pour travailler auprès des résidents.

Comme leur remplacement se termine le temps d'une absence, il y a très peu de suivi ou pas de suivi du tout.

Donc, pas de continuité dans les soins et il va sans dire aucune évaluation de la quantité et de la qualité de travail exécuté, en l'absence physique d'un cadre et d'une ressource qui peut accueillir, superviser, vérifier et évaluer la PAB de l'agence.

Il arrive même qu'un PAB dont le travail n'a pas été apprécié et qui a été signalé à l'agence soit à nouveau assigné dans le même établissement, dû à un manque de suivi de la centrale de rappel. Il va sans dire que l'assignation pour exécuter dans divers établissements devient une sorte d'échappatoire pour ne pas congédier le PAB fautif dont le travail aurait été inadéquat ou qui n'aurait pas donné satisfaction à la famille par ses agissements.

Modifications à la charge de travail

Les directions des ressources humaines auront beau fusionner des titres d'emploi, comme par exemple auxiliaire-PAB ou modifier les descriptions de tâches (la charge de travail), ces mesures à elles seules ne peuvent régler le problème de la quantité de travail requis pour rencontrer les besoins des résidents (décrits précédemment) dans le cadre quotidien des activités et des services à réaliser pour chaque résident.

Les proches aidants et engagement privé

La présence, la participation et les interventions des proches aidants ne peuvent se substituer au travail des PAB, dans la limite des consignes de sécurité et de respect de protocoles et de directives à respecter pour le bien-être et la santé des résidents.

Certaines familles vont jusqu'à engager des PAB ou des personnes ayant une formation quelconque pour réaliser, compléter, suppléer aux tâches qui n'ont pu être réalisées par des PAB, salariés ou en provenance des agences.

Cœur du débat actuel et problématique sous-jacente

Nous voici donc au cœur du débat actuel.

Je précise du 'débat actuel' mais non du problème qui perdure depuis de nombreuses années et qui plombe l'intention du législateur de fournir des services et des soins de qualité en CHSLD, en tant que milieu de vie substitut qui accueille des résidents lourdement hypothéqués au niveau de leur santé et qui demande des soins et des traitements spécialisés.

Le cœur du débat ce n'est pas la rémunération des PAB, comme je l'ai déjà indiqué précédemment. Que cette bonification soit versée en forme de prime ou intégrée dans les échelons de salaire. Ce serait revenir à la limite à une conception taylorienne et stakanovienne des raisons de pratiquer un métier ou une profession et de l'organisation du travail. Rappelez-vous de mon propos antérieure de la déclaration que « La rémunération des médecins est la solution au problème de l'engorgement des urgences »

En fait, un des gros problèmes de la problématique, au sens où nous avons défini le mot problématique, c'est-à-dire au sens de la définition suivante: *l'ensemble des problèmes qui se posent lors d'une situation et qui sont interreliés; la solution ne pouvant venir que de la résolution des différents problèmes interreliés, dans un ordre et une démarche logiques.*

Avant d'aborder les problèmes relatifs aux PAB en tant que main-d'œuvre, je vais nous situer dans le cadre de la problématique qui est le tout des parties et qui sont en interrelations et en interaction.

Tous les problèmes interreliés y sont présents; commençons par la globalité qui en est la résultante des interactions entre les différents problèmes en présence, je l'ai nommé la problématique de la **Sécurité virologique des personnes âgées en CHSLD au Québec en 2020**, tel qu'illustré⁴⁰ ci-bas. J'ai relié les principaux problèmes entre eux:

1. Le problème de l'état de santé des personnes âgées;
2. Le problème des limitations fonctionnelles, de la sédentarité et des autres facteurs;
3. Le problème du CHSLD en tant que lieu d'hébergement, de vie, de services, de soins et traitements;
4. Le problème de l'application des techniques de sécurité sanitaire dans un contexte de contiguïté et de fragilités, de pathologies et d'immunosénescence;
5. Le problème du contrôle et de la validation des pratiques de sécurité virologique sur la base des résultats;
6. Le problème de structures centralisées du fonctionnement institutionnel et du contrôle de gestion;
7. Le problème de l'organisation du travail en CHSLD où se condensent tous les autres déterminants et tous les autres problèmes qui ont des impacts notamment sur les PAB comme sur tous les autres membres de l'équipe de soins et des autres services. Dans ce contexte il y a :
 - a. Le problème de la formation de base obligatoire pour travailler en CHSLD et notamment les PAB;
 - b. Le problème de la révision de la structure de postes, dont l'augmentation du nombre de PAB;
 - c. Le problème de la révision et l'intégration de l'organisation du travail (OT);
 - d. Le problème de la bonification de la rémunération.

Il ressort avec évidence que les solutions envisagées pour résoudre les problèmes nos. 7.b et 7.d. n'affectent pas pour autant aucun des autres problèmes; sans sous-estimer les effets de la bonification justifiée et le recrutement massif des PAB en tant que catégorie d'emploi sous-payée et sous-valorisée.

Nous pourrions nous attarder sur les 6 autres problèmes et trouver des solutions consolidantes.

Le Premier ministre, Monsieur François Legault et la Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Madame Marguerite Blais, comprennent que le projet de « *Maison des aînés* » aura besoin d'une importante révision du point de vue architectural, de l'aménagement, de la sécurité virologique des résidents, mais aussi du point de vue ergonomique et de la santé et sécurité de tous les travailleurs en CHSLD.

Compte tenu de la limite de temps que je me suis donné pour écrire en urgence cette étude, je concentrerai notre attention sur la situation des PAB, puisque ce sujet revient constamment dans les discussions relativement aux problèmes et aux solutions dans le contexte de la pandémie de la Covid-19 en CHSLD au Québec.

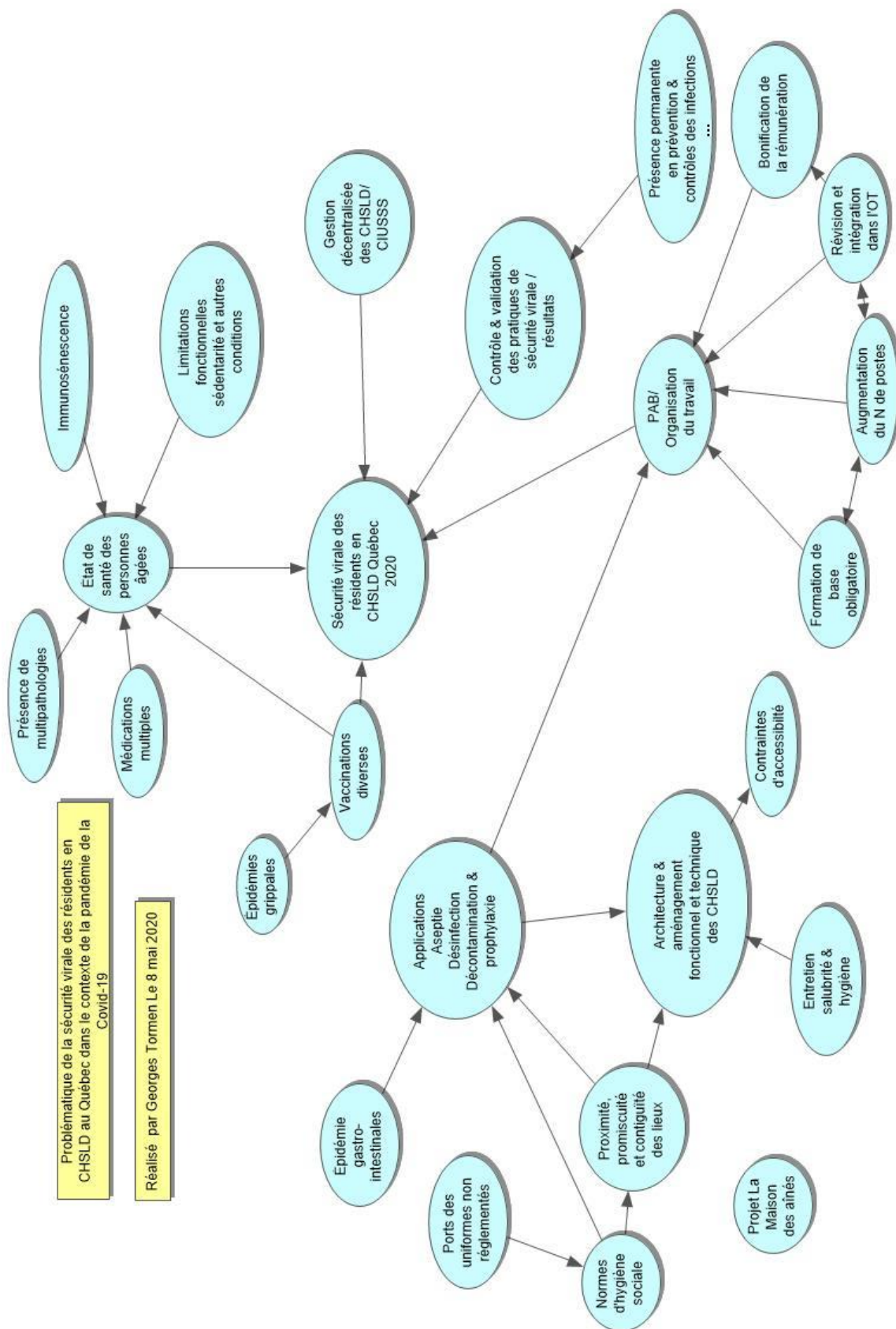
⁴⁰ La présente illustration a été faite en utilisant la technique du Oval Diagramming et qui est une représentation très sommaire des éléments principaux mis en cause. Une élaboration plus complexe n'est pas requise dans le cadre présent de notre étude.

Avant de poursuivre, il y a lieu de prendre connaissance de la problématique que j'ai représenté dans l'illustration qui suit et qui a été réalisée à l'aide de la technique dite *Oval Diagramming*⁴¹ qui est une technique pour décrire des relations complexes des parties dans un ensemble.

Dans le cas présent, j'ai décrit la problématique comme un ensemble de relations complexes parmi des variables d'un sous-système et des variables dans l'environnement (soit, ici les Facteurs écosystémiques).

La présentation est simplifiée. Ainsi, les flèches orientées signalent un lien de dépendance, elles peuvent exprimer un lien de cause à effets. Ici, ces liens ont été établis seulement à titre indicatif. Elles pourraient être développées davantage, mais pas dans la présente *Étude*.

⁴¹ Cette technique et bien d'autres sont présentées et expliquées dans le livre « *Systems Tools for Project Planning* » de Peter Delp, Arne Thesen, Juzar Motiwalla et Neelakantan Seshadri, Program of Advanced Studies in Institution Building and Technical Assistance Methodology. pages 81 91, USA, 1977.



Nous avons pris connaissance de la nature du travail de PAB, de la formation requise, de la rémunération qui y est rattachée. Nous avons exploré brièvement la structure des postes, les modalités de remplacement et les limitations de la révision de la charge de travail et de l'intervention des proches aidants.

Je n'ai pas analysé des ratios qui balisent le nombre de membres du personnel par titre d'emploi : les ratios infirmières/résidents, par exemple⁴² Il est indéniable dans le cadre de la division de la charge de travail qu'il y a des seuils variables et identifiables pour assurer l'exécution des tâches et assure un niveau sécuritaire de présence et de travail en équipe auprès des résidents

J'ai donné une idée des autres problèmes qui coexistent au sein de la problématique.

Portrait d'ensemble des PAB de 2019

Nous abordons maintenant, la place du PAB et son importance dans le cadre du travail en équipe en CHSLD.

Les larges extraits que je présente du diaporama « *La santé et la sécurité du travail chez les préposés aux bénéficiaires* » présenté le 29 octobre 2019 par François Aubry, PhD., UQO et Isabelle Feillou, PhD., U Laval, dans le cadre du COLLOQUE ASSTSAS "MILIEUX D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE" me serviront à donner une bonne idée des éléments explicatifs de l'état actuel des PAB en CHSLD.

Il s'agit d'un document récent et en relation directe avec le PAB en CHSLD.

Je me permets de présenter son contenu sous forme de tableau⁴³ en y insérant des informations additionnelles, si besoin est:

Éléments explicatifs de l'état actuel des PAB en CHSLD	Données
Caractéristiques d'ensemble des PAB	Nombre :42000 préposés – Libellé d'emploi :Réaliser l'ensemble des activités d'assistance envers les résidents en CHSLD (aide au repas, à l'alimentation... mais pas d'activités médicales / loi 90). – Composition Majoritairement des femmes (80%), mais moins d'hommes dans les nouvelles cohortes de préposés (environ 12% d'hommes chez les moins de 35 ans) – Âge moyen : 42,7 ans – Lieu de travail :Une majorité des préposés du RSSS travaille en CHSLD (environ 60%)
Statuts d'emploi	Temps complet : 30,5% (en diminution) – Temps partiel : 40,2% (en diminution) – Temps partiel occasionnel : 29,3% (en augmentation)

⁴²<https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf>

⁴³J'ai réaménagé les informations et je n'ai pas retenu les informations qui concernent la gestion de la santé et la sécurité. du travail.

	Personnel des agences assignés. N d'heures d'utilisation : non disponibles.																								
Rétention et absentéisme	Taux de rétention : faible (MSSS, 2019) – 81,1 % après 1 an 62,7 % après 2 ans – 36 % après 5 ans Taux d'absentéisme Élevé(MSSS, 2019) - CNESST : 3,97 % du personnel (+59,4% depuis 2013) – Assurance salaire : 9,16 % (en augmentation continue, +23,6% depuis 2013)																								
Maladies et lésions professionnelles	Données CNESST (2017), pour l'ensemble du réseau – Peu de maladies professionnelles (7) – Importance du nombre de lésions professionnelles, en forte augmentation globale depuis 2013 ! <table><tr><th></th><th>2013</th><th>2014</th><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th></tr><tr><td>Femmes</td><td>3289</td><td>3438</td><td>3345</td><td>3885</td><td>4207</td></tr><tr><td>Hommes</td><td>487</td><td>478</td><td>474</td><td>556</td><td>584</td></tr><tr><td>Total</td><td>3776</td><td>3916</td><td>3819</td><td>4441</td><td>4791</td></tr></table>		2013	2014	2015	2016	2017	Femmes	3289	3438	3345	3885	4207	Hommes	487	478	474	556	584	Total	3776	3916	3819	4441	4791
	2013	2014	2015	2016	2017																				
Femmes	3289	3438	3345	3885	4207																				
Hommes	487	478	474	556	584																				
Total	3776	3916	3819	4441	4791																				
Localisation corporelle des lésions	Données CNESST (2017) – Siège principal de la lésion principale : Dos, puis épaules. - Accident : surtout entorses, foulures, déchirures... - Cause : surtout effort excessif Actions de résolution : Des efforts sont fournis pour prévenir davantage les problèmes de SST chez les PAB (formation PDSB, etc.) mais les taux de lésion s'accroissent !																								
Déterminants de la santé et sécurité du travail (SST)																									
Organisation de travail inadaptée	Intensification de la charge de travail : nombre important de résidents par préposés – Augmentation continue du nombre de PAB (surtout avec le 2e bain)... mais pas à la même vitesse que le niveau d'activités requis. Absentéisme chronique, temps supplémentaire volontaire et obligatoire - La précarité d'emploi, les roulements dans les équipes, la présence continue de « nouveaux » fragilisent le collectif de travail. –																								

Les traits caractéristiques qui ressortent de ce portrait sont graves de conséquences, peuvent être désignés comme autant de lacunes, nommons-les :

1. Précarité de l'emploi;

2. Surcharge de travail;
3. Impacts sur le travail d'équipe et la charge globale de travail;
4. Lieux de proximité, de promiscuité et de contiguïté insuffisamment protégés;
5. Augmentation des tensions interrelationnelles;
6. Augmentation des lésions et des maladies professionnelles et
7. Taux d'absentéisme élevé qui amène.....;
8. Accroissement des postes temporairement dépourvus de leur titulaire et
9. Vacances de postes non comblés;
10. Recours à des sources qui ne rencontrent pas toutes les normes, tels que les agences de personnel privé, d'où
11. Une rotation ou occupation quotidienne des emplois par un personnel continuellement en mouvement d'établissement en établissement;
12. Une formation qui n'est pas suffisamment adaptée à la présence de résidents aux multiples pathologies;
13. Laxisme des pratiques d'hygiène et de salubrité ;
14. Laxisme des pratiques d'asepsie, de désinfection;
15. Laxisme des pratiques prophylactiques;
16. Laxisme des pratiques d'hygiène sociale (par exemple, le port de l'uniforme aux contacts et dans les places publiques et à la maison);
17. Absence d'encadrement de base;
18. Contraintes de la centralisation des ressources, lenteur bureaucratique des décisions et des actions;
19. Inadéquation de la gestion des ressources humaines sur le pilote automatique qui préconise le *No Fault, le Run for your Life*, la Tolérance, la Non-intervention, la Conciliation à tous les prix. (Cette information, privilégiée je la tiens de cadres en coaching. Ce qui vient d'être confirmé par un article paru le 7 mai dans le journal Le Soleil⁴⁴.)

Optimisation de l'équation (INF + I.A. + PAB +APS/OT)

Cette présentation d'une forme d'équation algébrique est la façon abrégée que j'ai choisie pour résumer comment la charge globale de travail est supportée et répartie parmi les membres de l'équipe de travail, c'est-à-dire entre infirmière diplômée et membre de l'OIIQ (INF), infirmière auxiliaire (I.A.) diplômée et membre de l'OIIAQ, préposée aux bénéficiaires (PAB) et les autres professionnelles s de la santé (APS); cette répartition et cette composition dépendent de l'organisation du travail (OT) mise en place, en fonction de la charge de travail globale et avec tous ses mécanismes de régularisation.

Ces mécanismes de régularisation font partie de la gestion des ressources humaines (GRH).

Ainsi sans une planification prévisionnelle de la GRH, y inclus la gestion de la SST, de l'absentéisme toutes catégories, de la formation, de l'évaluation de la performance, il y a une brèche dans la capacité à offrir des soins et des services de qualité de façon suffisante et satisfaisante.

⁴⁴ <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/des-cadres-du-reseau-de-la-sante-encore-a-bout-de-souffle-919d4377dc520997ca8c0b5242190bad> Déjà Radio-Canada en faisant état, il y a deux ans, dans le reportage du 12 mars 2018 en publiant les taux d'absentéisme; cf <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1088298/reforme-sante-barrette-cadres-taux-assurance-salaire>. Sans oublier l'impact aussi sur les infirmières qui quittent hâtivement la profession et les hôpitaux: <https://www.journaldemontreal.com/2019/07/10/trop-de-departs-dans-les-hopitaux>

Il n'est pas étonnant que les traitements des insatisfactions et des plaintes des résidents, à tous les niveaux, ne réussissent pas malgré leurs boucles de rétroaction à engager un processus de résolution aboutissant à des améliorations durables.

Ainsi les lacunes constatées ont des conséquences et créent des problèmes au niveau de l'organisation du travail

- Le problème d'attraction, d'embauche, de rétention;
- Le problème de la formation de base nécessaire et obligatoire;
- Le problème d'encadrement/supervision, d'évaluation et de suivi;
- Le problème de formation continue;
- Le problème de l'évaluation de la performance;
- Le problème d'appréciation de la qualité.
- Le problème de remplacement des absences et le recours à du personnel des agences de personnel;
- Les problèmes de l'absence de postes ou d'un certain nombre d'heures d'infirmière en prévention des infections dans chaque établissement.

Facteurs éco-systémiques

D'autres facteurs viennent compliquer l'organisation du travail, il y a lieu de mentionner :

- La présence sporadique du médecin et/ou la difficile disponibilité des médecins pour venir rencontrer les familles;
- Les voyages du résident vers les spécialistes et non l'inverse;
- L'hygiène buccale et dentaire déficiente;
- Les membres du personnel vont de chambre en chambre, sans autre précaution;
- Les techniques de désinfection utilisées de façon inadéquate,
- Les techniques antiseptiques, dont le lavage des mains par le personnel soignant ne sont pas appliquées de façon rigoureuse et adéquate;
- Les techniques de nettoyage, de salubrité et d'entretien ne sont pas rigoureusement appliquées;
- Le nettoyage des rampes, des murs, des poignées de portes, des toilettes, des meubles, des chaises de salon et de salle à manger fait de façon espacée et partielle;
- Le nettoyage des équipements, dont les chaises roulantes, est aussi problématique.

Gestion des admissions

Ce sont les mécanismes et la dynamique fonctionnelle des admissions et de la gestion des lits d'hébergement qui entrent dans cette composante et qui dirige le flux de résidents vers les CHSLD qui semblent être les plus adaptés à rencontrer les besoins des résidents.

Coûts de transformation et cadre budgétaire.

Je le mentionne sans autres explications.

Les conditions de travail, l'organisation du travail en équipe est d'une complexité quand elles servent de base à l'instauration de conditions de vie des résidents en CHSLD et demande toute l'attention nécessaire pour résoudre la problématique actuelle.

Chapitre 7 : Sécurité virologique et épidémies en CHSLD

Ce chapitre est le dernier, il clôt notre étude sur la situation actuelle qui vise la sécurité virologique des personnes âgées en CHSLD, dans un contexte d'épidémies, dans un contexte d'incertitudes, dans un contexte d'urgence, puisque nous sommes en pandémie de la Covid-19. Il faut déjà prévoir l'après Covid-19 dans une approche complètement renouvelée.

Cet état de situation conditionne la transformation des CHSLD et de sa clientèle; transformation que déjà le Premier ministre, Monsieur François Legault et la Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants et des Proches aidants, Madame Marguerite Blais, ont esquissée et dont on nous annonce des modifications au projet de la « *Maison des aînés* »; la bonification de la rémunération des PAB et le recrutement massif sont des mesures jugées nécessaires mais pas suffisantes et qui ne réglons pas les absences de PAB dans le réseau, en la circonstance qui est celle de ceux qui ont ou vont achever dans les prochains jours la quarantaine.

Il nous reste à placer une dernière pièce du casse-tête.

Tous les éléments que nous avons abordés convergent vers leur unification, afin de compléter le portrait d'ensemble.

Nous avons illustré ce casse-tête en réunissant chacun des problèmes dans un cadre explicatif que nous avons appelé **problématique** illustrée sous forme d'ovales réunies avec des traits fléchés.

Ainsi, chaque pièce du casse-tête représente un problème, c'est-à-dire un élément porteur de caractéristiques. Toutes les pièces assemblées, i.e. tous les problèmes posés, ordonnés et emboîtés les uns aux autres reconstituent et expliquent les formes, l'image et la signification de tout.

Fréquence des éclosions et des épidémies en CHSLD

D'années en années, la population est avertie du début de la « saison de la grippe ».

Des gripes qui affectent la population et qui frappent de façon particulièrement intense certaines catégories de personnes dont : les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies pulmonaires et/ou cardiaques, celles affectées d'immunodéficience, les personnes affectées de pathologies sensibles; la liste pourrait être prolongée ou varier en fonction du type de virus ou d'agents pathogènes à la source des épidémies.

D'autres épidémies affectent aussi les personnes âgées en CHSLD dont on entend parler assez fréquemment : il s'agit des épidémies de gastro-entérite, par exemple.

La société québécoise s'est dotée comme les autres provinces du Canada et comme les pays du monde, sous la direction de l'OMS, de nombreux outils pour gérer cette réalité.

Au Québec, il existe un outil qui s'avère essentiel pour réaliser combien de sujets à infections virales sont atteints au sein de la population en général, mais aussi et davantage dans des groupes comme les personnes âgées et particulièrement celles vivant en CHSLD.

Il s'agit du *Registre central des ÉCLOSIONS* de LSPQ Le Laboratoire de santé publique du Québec⁴⁵ Institut national de santé publique Québec.

Ce registre permet d'avoir une connaissance de l'apparition et de l'évolution des épidémies.

Le Registre constitue un outil essentiel de gestion prévisionnelle pour contrer, freiner et mitiger les épidémies qui sévissent.

Ainsi, les infections nosocomiales et les risques infectieux dans les milieux de soins font l'objet de surveillances accrues et INSPQ s'exprime ainsi :

« À la suite du rapport de l'Institute of Medicine aux États-Unis en 2000, les risques en milieu de soins ont été identifiés comme un enjeu de santé publique prioritaire et incontournable .⁴⁶»

Sur son site le *gouvernement du Québec* s'exprime clairement sur cet enjeu de santé publique⁴⁷.

Nous reproduisons intégralement la mise à jour du 23 novembre 2018 qui confirme que le Québec à tout ce qu'il fallait pour encadrer sa démarche de contrôles des infections nosocomiales⁴⁸ :

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales (PCI), infections acquises lors de soins de santé, ne sont pas des préoccupations nouvelles au Québec.

Depuis plusieurs années, des professionnels de la santé, notamment des microbiologistes infectiologie et des infirmières en prévention et contrôle des infections, consacrent temps et énergie à cette activité dans les établissements du réseau de la santé, là où commence la lutte contre ces infections et où se trouve la responsabilité première de prévention et de contrôle de ces infections.

« Dans la foulée des mesures adoptées depuis 2004, le Québec se situe déjà à l'avant-garde en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Avec l'élaboration du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales de 2006 à 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a franchi une étape importante pour la prise en charge de cette problématique. Après un bilan encourageant, l'aboutissement du plan d'action 2010-2015 s'imposait comme une suite logique afin d'offrir des soins et des services sécuritaires dans les établissements du réseau québécois de la santé.

Les avancées enregistrées dans le domaine de la PCI, grâce aux deux premiers plans d'action, ont bien démontré la nécessité de se donner des objectifs communs ainsi que les moyens pour les atteindre. Le plan d'action 2015-2020 s'inscrit dans la continuité des deux premiers en nous donnant l'occasion de consolider les nombreux acquis des dernières années et de rendre les mesures concernant la PCI plus efficaces, à la lumière des meilleures pratiques.

Milieux de soins, milieux d'interactions complexes

⁴⁵ <https://www.inspq.qc.ca/lspq/a-propos-du-lspq/qui-sommes-nous/surveillance-de-laboratoire-des-infections-et-gestion-integree-des-donnees/registre-eclosions>

⁴⁶ <https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales-et-risques-infectieux-dans-les-milieux-de-soins>

⁴⁷ <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/infections-nosocomiales/>

⁴⁸ Les infections nosocomiales sont définies comme étant des « infections acquises au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés¹.» Ces infections touchent ainsi les patients et les soignants de tous les milieux de soins.

<https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales>

L'hôpital est un endroit où se retrouvent quotidiennement un grand nombre de personnes pour y recevoir des soins de santé. Ces personnes peuvent être plus vulnérables aux infections ou encore, être elles-mêmes colonisées ou présenter une infection causée par un agent pathogène transmissible.

Ici comme ailleurs dans le monde, l'expérience nous a appris que plusieurs procédures et interventions effectuées en milieu de soins, ainsi que l'absence de certaines mesures, sont susceptibles de favoriser la transmission des infections. Les façons de faire peuvent entraîner des niveaux d'infections plus élevés. C'est pourquoi les modes d'intervention et les procédures autant que la survenue d'infections nosocomiales doivent faire l'objet d'une surveillance constante.

Certaines bactéries, à l'origine d'infections nosocomiales, font actuellement l'objet d'une préoccupation particulière. Ce sont :

Le C. difficile Ce lien ouvre une nouvelle fenêtre(Clostridium difficile);

Les ERV Ce lien ouvre une nouvelle fenêtre(Entérocoques Résistants à la Vancomycine);

Le SARM Ce lien ouvre une nouvelle fenêtre (Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline);

Les BGNPC (bacilles à Gram négatif producteurs de carbapénémases).

Un service de santé constitue un milieu d'interactions complexes entre le patient, les soignants, les interventions qu'il subit et l'environnement hospitalier. Les particularités de chaque patient (la présence de certaines maladies, l'âge, l'état nutritionnel, etc.), le traitement administré, la fréquence des procédures et l'instrumentation utilisée pour les soins sont tous des facteurs ayant une incidence sur le risque d'acquisition et de transmission d'une infection. La gestion de ce risque dans une perspective de qualité des soins est essentielle pour prévenir la transmission des infections nosocomiales. »

Nous possédons toute l'expertise requise et nous disposons de tous les moyens modernes pour gérer les situations d'épidémies appréhendées, imminentes ou en cours.

Cependant, c'est le constat que nous faisons de façon saisissante et irréfutable que nous ne sommes pas arrivés à nous donner des structures d'organisation des établissements de santé comme les CHSLD et des organisations du travail au sein de ces établissements qui permettraient l'optimisation de la mise en contribution des ressources informationnelles, financières, matérielles et humaines pour assurer, dans le cas présent, la sécurité virologique personnes âgées en CHSLD, et conséquemment leur bien-être et leur bien-vivre dans ce qui pour la totalité est leur dernier 'chez soi'.

Développement des relations soutenues entre chaque CHSLD et un institut régional de gériatrie et de gérontologie.

Cette idée s'est imposée afin de coordonner les efforts de chaque établissement en vue de développer une compréhension et une action commune et articulée des problèmes du vieillissement en milieu de vie substitut.

Nous ne faisons que le mentionner.

La pertinence de transformer tous les CHSLD publics et privés conventionnés.

Cette une possibilité qui a été soulevée par Monsieur Legault, lui-même. Il faudra entreprendre maintenant les analyses avantages-désavantages-coûts et des analyses financières et budgétaires *pro forma*.

D'autres avenues de solution à explorer

Il faudrait explorer la possibilité de réserver des lits d'hôpitaux pour les cas de personnes âgées avec les pathologies sévères qui requièrent des services et des soins spécialisés et intensifs, avec la proximité des équipes en intervention spécialisée.

Contagiosité, infectiosité, transmissibilité de la Covid-19 en CHSLD

Il est rapporté que les personnes âgées en CHSLD sont à très haut risque non seulement d'être infectées par le coronavirus, mais selon les conditions de chacune de voir une exacerbation de la réponse du système immunitaire et d'entraîner des complications en s'attaquant à divers systèmes et organes du corps; dans 90% des cas (chiffre provisoire) provoquer le décès de la personne âgée infectée.

C'est ce qui se passe dans les CHSLD du Québec. Ce constat est celui du 8 mai 2020.

Mesures de « contaiment », d'atténuation et d'éradication de la maladie

Je n'entrerai pas dans des développements qui demanderaient une expertise scientifique dans les domaines et dont les explications sont fluctuantes, variables et incomplètes en fonction des découvertes faites sur la Covid-19, les avis des spécialistes de l'OMS et les responsables scientifiques de la santé publique de chaque État et des décisions politiques du Gouvernement en place.

Je suis d'avis cependant, comme personne et comme citoyen informé, que les gouvernements canadien et québécois, démontrent leur discernement dans l'analyse et le choix des moyens pour assurer à la population que les mesures entreprises maintenant et plus tard sont et seront en mesure d'assurer la sécurité virologique de tous les Québécois et, en tout particulier, des personnes âgées vivant en CHSLD et la reprise de l'ensemble des activités de la société.

Je comprends aussi que ce sont des mesures qui ont permis, lors d'épidémies et de pandémies antérieures, de :

- Gagner du temps,
- Ralentir et contrôler la propagation,
- Éviter l'engorgement des installations sanitaires et des équipements médicaux et l'usage de médicaments d'atténuation des effets de la maladie sur la bio-physiologie humaine,
- Agir médicalement et pharmaceutiquement avant l'atteinte de niveau de gravité de la maladie et l'atténuation des symptômes.

Je sais aussi que ces mesures ne sont pas des mesures ou des remèdes qui évitent à coup sûr d'en être infecté, qui immunisent le corps ou qui inhibent ou affaiblissent le virus.

Les mesures définitives seraient l'éradication du virus à la source et l'immunisation à l'aide d'un vaccin.

Ce que nous avons tous constaté c'est que nous sommes trop dépendants des producteurs externes de produits essentiels pour combattre la pandémie; je pense entre autres aux médicaments, aux réactifs

ou autres produits requis dans les laboratoires ou requis pour effectuer des tests, des respirateurs, des masques, etc.

Ce qui a amené à des pénuries et à de la surenchère.

Ce qui a retardé ou ralenti les actions contre la pandémie. Je pense que tous les gouvernements ont compris qu'il leur faut recréer une économie d'autosuffisance dans des domaines comme celui de la santé publique.

Il n'y a pas de panacée pouvant mettre en échec la Covid-19 dans son expression pathogénique chez les êtres humains.

À l'heure actuelle nous suivons les étapes d'évolution de la pandémie, à partir de sa découverte en tant qu'agent pathogène pour l'humain, à savoir: sa virulence, sa pathogénicité, son infectiosité, sa contagiosité, sa transmissibilité, sa morbidité et sa létalité et du travail de tous les laboratoires à travers le monde dans la course pour trouver des vaccins et des thérapeutiques.

C'est dans ce cadre général que la situation des personnes âgées vivant en établissements d'hébergement a pris l'orientation dont on fait le constat ici et ailleurs.

CONCLUSION

Nous avons émis l'hypothèse que les conditions des personnes âgées sont telles, et particulièrement celles qui vivent en établissements aménagés à des fins d'hébergement, de services et de soins, les CHSLD, qu'elles sont des lieux propices à l'infection, la contamination-propagation entre les résidents et les proches aidants-et-visiteurs et entre les résidents entre eux,. entre les soignants-les résidents, d'où le taux de mortalité très élevé constaté et ce, dans le contexte de la pandémie du Covid-19 actuel; nous pourrions ajouter des épidémies de gastro-entérite et de grippe qui sévissent régulièrement dans les CHSLD.

Cette hypothèse m'a permis de porter une attention particulière sur la crise qui entoure la situation des personnes âgées en CHSLD et de comprendre qu'il fallait dépasser le discours de dénonciation, d'indignation et de critique des régimes de traitement des plaintes, incluant le *Protecteur du Citoyen*, pour régler la situation.

Nous avons découvert que pour y arriver, il fallait comprendre tous les facteurs qui entrent en jeu et intervenir sur les variables et sur l'environnement de ces variables.

J'ai monté le profil des personnes âgées en CHSLD sur la base de leurs besoins en donnant des exemples pour montrer comment des besoins n'étaient pas comblés.,de façon humainement et socialement satisfaisante.

Nous avons mis en place la problématique et nous l'avons illustré de manière à mettre en évidence les interrelations qui existent entre chaque problème et l'ensemble sur les résultats attendus.

Puis j'ai exploré les conditions de santé des résidents et le *Facteur PAB* et les *Facteurs éco-systémiques* qui ont été et sont toujours des facteurs et un terrain propice à la propagation de la Covid-19 en CHSLD.

Comme il s'agit de comprendre , d'apprendre, de prévoir et d'agir dans le but d'une transformation, j'ai expliqué qu'il fallait intervenir sur tous les problèmes de façon systémique, ordonnée, en identifiant les priorités, mais en s'assurant que chacune des actions s'ajuste les unes aux autres et que les effets bénéfiques seront la résultante de la contribution des parties sur la problématique d'ensemble.

Il va sans dire que le projet de « *La maison des aînés* » du Premier ministre, Monsieur François Legault et la Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Madame Marguerite Blais ne doit pas un être un projet de briques et de mortier; il ne doit pas être uniquement un projet d'architectes et de designers, mais un projet sociétal, un de mise en commun et de partage, un projet en partenariat avec les employés qui y travailleront et avec la population en général.

De plus, la bonification annoncée de la rémunération des PAB va avoir un impact sur la structure de rémunération de l'ensemble des travailleurs de santé, tant du public que du privé et ouvrira la porte à une négociation patronale syndicale de grande ampleur qui va toucher l'ensemble des conditions de travail, de santé et de sécurité au travail des travailleurs de la santé.

Ce sera l'occasion d'une vaste concertation, d'une vaste remise en question, d'une vaste réorientation et priorisation, sans pour autant entreprendre une révolution administrative des structures⁴⁹.

⁴⁹ Je ne partage pas l'interprétation des auteurs Allaire, Cambourieu et Firsirotu qui exposent dans leur article paru dans l'édition du 9 mai 2020, intitulé « *Gouvernance des CHSLD La honte et le chagrin* ». Il n'y a aucun lien

Dans ces circonstances le Gouvernement du Québec doit faire du projet de « *La maison des aînés* », la *pierre d'assise*, la *première pelletée de terre* de la mise en chantier d'un projet pour une société ouverte et écoresponsable dans lequel tous les Québécois se retrouvent, se reconnaissent et s'investissent.

Dans un contexte de reprise économique, le Gouvernement aura besoin de tous ces partenaires sociaux, d'affaires et des associations syndicales pour développer la stratégie requise. Archimède n'avait-il pas dit - deux aphorismes célèbres: « Eurêka! » et « Donnez-moi un point d'appui : je soulèverai le Monde »!

Les recommandations qui suivent sont quelques-uns des chantiers que l'on doit mettre en œuvre pour s'assurer, que la sécurité virologique des personnes âgées en CHSLD, que la mission des CHSLD soient une mission accomplie, ou du moins en voie de l'être.

Cette problématique, nous l'avons appelée *la sécurité virologique des personnes âgées en CHSLD dans le contexte de la pandémie de la Covid-19*.

Cette étude c'est ma réaction, c'est ma contribution citoyenne : rien n'est mis obligeait si ce n'est *l'urgence du moment*.

C'est le *sprint* qu'il faut s'imposer si nous devons continuer cette course pour *battre de vitesse la Covid-19 et de battants en sortir gagnants*.

entre les faits rapportés et les conclusions auxquelles ils en arrivent : une logique linéaire en queue de poisson. L'approche doit être systémique et envisager l'interrelation et l'interaction des éléments de la problématique et non s'en tenir à des perceptions réductionnistes de la réalité du réseau de la santé.

RECOMMANDATIONS

1. La gestion de la pandémie de la Covid-19 et ses résultats vont laisser de nouvelles cicatrices et en ouvrir d'anciennes, susciter aussi des critiques, provoquer des débats, exiger des coupables, le Gouvernement doit mettre en place un Forum d'expression des opinions de la population, notamment celle des familles des personnes âgées décédées⁵⁰, tel que le préconise la professeure Martine Lagacé, vice-rectrice associée à la recherche de Ottawa.
2. Le Premier ministre, Monsieur François Legault, a exprimé son intention de revoir le statut des CHSLD privés en les transformant en établissements publics qui se trouveront ainsi dans les mêmes obligations de résultat, les mêmes règles de gestion et la même imputabilité et de reddition de comptes⁵¹ que les établissements publics et privés conventionnés.
3. Le Premier ministre doit poursuivre son projet de « *La maison des aînés* » et comme il a été dit, en lui apportant des améliorations à la lumière de ce que la pandémie a et aura mis en évidence sur sa 'perméabilité' aux infections virales.
4. Des améliorations devront être apportées qui ne soient pas uniquement architecturales, fonctionnelles et techniques, qui ne soient pas une affaire de briques et de mortier, laissées dans les mains des architectes et ingénieurs, mais être transformé en un projet de société, un projet partagé, un projet en partenariat avec les employés qui y travailleront et toute la population.
5. Pour bonifier le projet de « *La maison des aînés* », il y a lieu de créer un comité national de transformation du CHSLD avec des sous-comités : s-c architecture, s-c ingénierie, s-aménagement design, s-c Ergonomie & Santé et sécurité du travail, s-c Prévention des infections, s-c Organisation du Travail, etc. La somme de ces travaux et recommandations sera à l'image des attentes de la société tout entière.
6. Tous les établissements qui ont mission d'héberger des personnes âgées devront respecter les nouvelles normes de construction, d'aménagement et d'organisation, à inclure les résidences de personnes âgées privés, au but lucratif.
7. Le Gouvernement ouvrira le Chantier national de reconstruction de notre économie, de la reconstitution de notre autosuffisance dans des domaines de priorité et d'urgence sociétales, de la remise en marché de nos marchés et de la reprise des affaires et des entreprises.
8. Le Gouvernement de mobiliser maintenant les chefs d'entreprise, les représentants des centrales syndicales et entreprendre des discussions sur l'avenir et laisser à la Santé publique le soin de poursuivre la démarche épidémiologique, conseiller le Gouvernement. Donnant ainsi un signal fort à la population que le focus est double, le contrôle de la pandémie par un déconfinement progressif et la réouverture des marchés et de entreprises sur des bases nouvelles.

⁵⁰ <https://recherche.uottawa.ca/nouvelles/impact-covid-19-personnes-agees-queelles-lecons-tirer>

⁵¹ <https://www.ledevoir.com/societe/sante/576894/legault-annonce-que-les-chsld-privés-non-conventionnelles-seront-tous-inspectés>;
<https://www.ledevoir.com/politique/quebec/577668/point-de-presse-legault-24-avril>;
<https://eur03.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fici.radio-canada.ca%2Fnouvelle%2F1696784%2Fquebec-chsld-privés-salaires-preposés-conventionne-gouvernement%3FfromApp%3DapplInfo%26partageApp%3DapplInfo%26accèsVia%3Dpartage&data=02%7C01%7C%7Ca614011162f046a834df08d7ef980144%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C637241308439052881&sdata=mGkHUEjOn%2BKbUGVaGCdFeMM%2FSh97KSLY2k3VeNeh0BE%3D&reserved=0>

9. Pour contrer l'infection et sa propagation, il y a lieu de réviser les matériaux qui entreront dans la fabrication des surfaces non poreuses qui empêcheront des virus ou des bactéries dans toutes les installations sanitaires de s'y loger et survivre.
10. La remise en question de la centralisation et les rattachements des CHSLD devront être à l'ordre du jour dans la gestion des ressources humaines, des listes de rappel et de l'absentéisme, entre autres.
11. La remise en place de postes d'encadrement et de supervision, dont les titulaires sont en fonction dans chaque CHSLD est à articuler avec des liens de services avec le CIUSSS.
12. Les agences de personnel si elles ne sont pas « nationalisées » devront avoir sur leur liste des PAB, des infirmières auxiliaires et des infirmières qui seront syndiqués et qui rencontreront les mêmes exigences de base obligatoires de formation, de certifications, de compétences et d'habiletés avec un suivi rigoureux de leur assignation (lieux, dates, quart de travail, postes remplacés) et des évaluations (par le CHSLD et l'Agence).
13. Les personnes envoyées par l'agence devront faire l'objet d'un contrôle rigoureux et les employés des CHSLD devront se soumettre et subir des examens obligatoires de santé; ceci dans le but d'éviter de mettre en situation de risque et de danger les autres membres du personnel et les résidents.
14. Il y a lieu de réviser le contenu de tâches, les méthodes et les techniques de travail des préposés à la salubrité et à l'entretien sanitaire.
15. Développer de nouveaux programmes de formation spécifique pour les PAB, les préposés à la salubrité et l'entretien sanitaire.
16. Procéder à la révision de l'ensemble des méthodes d'asepsie, de désinfection, de salubrité, de prophylaxie en cours dans tous les établissements de santé.
17. Les autorités publiques responsables de l'*hygiène sociale* devront se questionner sur le port des uniformes utilisés au travail, mais qui est aussi portés à l'extérieur du CHSLD (et aussi dans les autres types d'établissements de santé), dans les transports en commun, dans les lieux publics et à la résidence des employés.
18. Il y a lieu en temps ordinaire, en fait en tout temps, de contrôler l'entrée des proches aidants et des visiteurs en CHSLD, en mettant s'il le faut des registres de contrôles (de traçabilité) des visiteurs (nom, heures entrée et sortie, no. de chambre et nom du résident visité), désinfection obligatoire des mains à l'entrée et à la sortie, et refus de visite dans les cas où les visiteurs ou proches aidant sont affectés de symptômes d'allure grippale, notamment; d'autres dispositions devront être prises pour réduire, voire enrayer les gastro-entérites, la deuxième cause d'épidémie dans les CHSLD).
19. Le port du masque obligatoire (et peut-être aussi des gants et autres vêtements protecteurs) pour les visiteurs dans les situations requises par les autorités de l'établissement et selon les normes de la Santé publique.
20. Revision des routines et des fréquences de nettoyage, de désinfection des lieux communs et des chambres en CHSLD et intensification des mesures en période d'épidémies.
21. En accord avec les experts de la Santé publique, la prise de température des proches aidants, si ceux-ci sont autorisés à y entrer au CHSLD en période d'éclosion et d'épidémies de grippe et de gastro-entérite et s'il s'avère que cette mesure est efficace ou tout autre test présentement à l'essai.

22. La mise en évidence des atteintes pathologiques mettant à risque plus élevé les résidents en CHSLD en cas d'épidémies de grippe, de gastro-entérites et autres épidémies virales et bactériennes.
23. L'évaluation de l'impact de recours et de l'interaction de multiples médicaments sur la susceptibilité immunitaire, comme il a été constaté avec le choc cytokinique;
24. La prise de température obligatoire du résident en CHSLD.
25. La révision de l'alimentation dans une perspective de renforcement immunitaire.
26. La vaccination obligatoire des résidents en CHSLD, sauf avis médical contraire.
27. La vaccination obligatoire des proches aidants et des membres du personnel.
28. Les chaises roulantes, les prothèses de toutes natures, doivent faire l'objet d'un nettoyage et de désinfection sur une base quotidienne (Il existe des dispositifs mécaniques pour le nettoyage des chaises roulantes).
29. Commander une étude épidémiologique Covid-19 exhaustive sur la propagation, l'infection et la mortalité en CHSLD.
30. Entreprendre une étude sur l'immunodéficience et l'immunosénescence des personnes âgées en général, mais particulièrement des résidents en CHSLD, dans la mesure où ils sont aussi porteurs d'autres pathologies documentées et traitées. On sait de plus que des médicaments suppriment ou modifient le système immunitaire notamment chez les personnes atteintes de cancer⁵².
31. Identifier les résidents en CHSLD ayant un déficit immunitaire pouvant engendrer des infections qui développent et récidivent plus fréquemment, qui sont plus sévères et persistent plus longtemps qu'à la normale.
32. Renforcer les plans d'action en ce qui concerne la santé bucco-dentaire des personnes âgées, compte tenu des complications graves que peut engendrer l'absence ou le peu d'hygiène⁵³.
33. Développer et réviser les attentes du Québec concernant le contenu des démarches d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément, compte tenu de l'impact marginal sur l'évolution des CHSLD vers un état de crise.
34. Réviser le mode de fonctionnement et d'intervention du Protecteur du Citoyen dont la révision de mandat, ainsi que les dispositions légales des Commissaires aux plaintes et à la qualité des services, dont l'autonomie par rapport aux conseils d'administration et des Directions des CIUSSS et créer un organisme indépendant de la qualité (dont ferons partie les commissaires aux plaintes) et qui relève du Premier ministre.
35. Éviter la concentration importante de personnes âgées dans des établissements du modèle actuel de CHSLD en diversifiant les lieux de prises en charge et d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, en allant du 1. maintien à domicile avec soins et services effectués par les CLSC au rôle actualisé, 2. en envisageant des mesures de rémunération des proches aidants, de subvention pour maintenir en maison intergénérationnelle ou autres les aînés, 3.

⁵² <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-immunitaires/d%C3%A9ficits-immunitaires/pr%C3%A9sentation-des-d%C3%A9ficits-immunitaires>. Puisque nous accordons une grande importance, nous avons tenu de donner l'une des références qui documentent notre recommandation.

⁵³ Il est surprenant d'apprendre qu'un manque d'hygiène peut générer des complications sérieuses : « Les maladies des gencives peuvent augmenter le risque de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral. Une mauvaise santé buccodentaire peut augmenter le nombre de bactéries nuisibles présentes dans la bouche qui peuvent libérer des toxines dans le sang pouvant endommager le tissu cardiaque. 28 nov. 2019 ». <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/sujets/sante-buccodentaire/soin-vos-dents-bouche/personnes-agees.html>

en hébergeant des personnes âgées en « Maison des aînés » et 3. jusques et y compris des environnements du type organisations hospitalières à vocation géronto-gériatrique pour les cas sévères, affiliés avec les universités.

36. Renforcer le bénévolat des jeunes des écoles auprès des personnes âgées, subventionné par le Ministère des aînés et des proches aidants et les municipalités et géré localement par les écoles en renforçant les liens de solidarité intergénérationnelle.

ANNEXE Commentaires sur le projet de loi no. 52

Remarques essentielles sur le Régime d'examen des plaintes en regard au projet de loi 52 étudié en commission parlementaire de la santé et des services sociaux de l'ASSNAT du 18 au 20 février 2020

Auteur : Georges Tormen (georgestormen@sympatico.ca)

Titre du projet de loi : Loi visant à renforcer le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé et des services sociaux notamment pour les usagers qui reçoivent des services des établissements privés.

Remarque no 1 : Un commissaire conseil qui n'est pas dans le projet de loi 52.
--

La ministre Marguerite Blais a introduit dans la discussion des considérations relatives à la création de la fonction de commissaire conseil. Voir en annexe l'article du journal Le Soleil du 3 décembre 2019 18h07.

Le « commissaire conseil » n'est pas mentionné dans le projet de loi 52. et pourtant son rôle, aux dires de la ministre, serait essentiel au bon fonctionnement du régime des plaintes et essentiel aux commissaires aux plaintes en ce qui concerne les dimensions informations, formations et compilation, analyse des données et amélioration du régime de plaintes.

La fonction de commissaire conseil devrait une composante du projet de loi 15.

Remarque no 2 : La mesure cible SEULEMENT les établissements privés.
--

En réalité, les établissements de santé ciblés ne sont-ils pas : les résidences privées de personnes âgées, les CHSLD privés, privés conventionnés et tous les établissements publics CHSLD, CLSC, CH, les CIUSSS et les CIUSSS.

Le projet de loi met plutôt en cause les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services (titre aux termes de la loi) et sans explicitement le dire les propriétaires, les administrateurs de ces établissements, puisque ce sont eux qui embauchent des commissaires locaux dont on questionne l'impartialité et l'apparence d'impartialité.

Les CIUSSS et les CIUSSS embauchent eux aussi des commissaires qui sont des employés salariés sans que l'on questionne pour autant les administrateurs ni le PDG dans le choix des commissaires !

L'argument est à l'effet que le commissaire est trop physiquement proche de la direction générale et que certains (pas tous) ont leurs bureaux contigus. Pourtant de nombreux commissaires sont des travailleurs autonomes qui n'ont pas de bureau dans l'établissement privé.

L'AEPC a fait un sondage auprès de ses membres : aucun bureau de commissaire se trouve près du bureau de la direction et tous utilisent l'outil informatique.

Aucun des députés de la commission n'a posé la question à Association des établissements de longue durée privés du Québec qui ne s'est pas exprimée sur l'état de situation concernant la proximité des commissaires et du propriétaire ni sur l'utilisation de l'informatique et les solutions pour y remédier.

Remarque no 3 : La mesure cible QUE les commissaires locaux embauchés par les établissements privés.

Il y a doute, dans l'esprit de la ministre, des députés, de certaines familles, sur l'intégrité, sur l'impartialité et l'objectivité des commissaires embauchés directement par le président-directeur général et le conseil d'administration des établissements privés.

Y a-t-il eu de la part du Protecteur du Citoyen, des Visites ministérielles, des Rapports d'Agrément Canada ou du Conseil Québécois d'Agrément des signalements, des dénonciations, de situations, de cas rapportés de conflits d'intérêts ou de conclusions biaisées suite au dépôt de plainte ? Le Protecteur particulièrement serait en mesure de le dire.

Remarque no 4 : Des liens de parentés et des liens financiers allégués et non prouvés.

Le projet de loi veut corriger une situation dénoncée (alléguée) à l'effet que dans des établissements privés, des commissaires auraient un lien de parenté et/ou un lien financier avec les propriétaires dirigeants.

Le ministère a-t-il fait la vérification suite aux allégations ? A-t-il demandé des explications aux établissements coupables de ces agissements ?

Remarque no 5 : La non-preuve des allégations.

La conséquence est qu'il y aurait ou aurait eu manquement d'impartialité et d'apparence d'impartialité au-delà des rumeurs, des peurs et des condamnations populaires.

Il faut rappeler que l'AEPC/EPC a déclaré suite à un sondage réalisé auprès de ses membres qu'il n'y a aucun cas réel, ni passé ni actuel, de commissaires qui auraient eu des liens de parenté et/ou financier (d'affaires) avec les propriétaires et les dirigeants.

Remarque no 6 : Des affidavits ou serment solennel qui feraient foi de l'impartialité des commissaires locaux au Privé

Selon l'AEPC, il suffirait pour s'en assurer de faire signer des affidavits aux commissaires en fonction.

Mme Marguerite Blais a indiqué qu'il y avait déjà une mesure semblable envers les administrateurs des établissements de santé publics.

Cette mesure, (l'affidavit) constituerait un engagement solennel comme l'engagement à la confidentialité. L'une des raisons d'être est de « distancer » les commissaires des directions et propriétaires.

Cette mesure devrait être applicable aussi pour tous les commissaires aux plaintes.

Remarque no 7 : La nature des insatisfactions et des plaintes et leur traitement.

Qu'est-ce qu'une insatisfaction ? Qu'est-ce qu'une plainte selon le régime d'examen des plaintes?

Il faut distinguer une insatisfaction qui peut être traitée par le personnel ou la Direction dans le cadre de l'ajustement du travail quotidien et dont la résolution est à la satisfaction de résidents de CHSLD ou de l'utilisateur d'autres établissements santé.

Une insatisfaction c'est le fait et/ou l'impression (le sentiment) pour l'utilisateur et/ou son représentant de :

- Ne pas avoir satisfait un souhait, un désir, une demande, un besoin et qui ne répond pas à ce qui est attendu, requis, demandé par l'état de santé du résident, pour son bien-être psychologique, mental, physique et social, dans le quotidien de sa vie, au cours de son séjour et de son hébergement en établissement de santé ET/OU...
- De ne pas avoir reçu ou obtenu un soin ou service qui correspond à la mission de l'établissement, à l'offre de soins et services décrits et offerts selon les ressources disponibles et requis par l'état de santé du résident.

Par exemple, je voudrais manger des fruits frais et non des fruits en boîte, je trouve que la peinture est défraîchie dans ma chambre ; je ne veux pas me lever de mon lit et être amené à la salle à manger ; il y a un résident qui n'arrête pas de crier, qui chante, qui parle fort tout le temps ; il fait trop chaud ou trop froid dans la chambre ; je suis dérangé par le bruit ; il y a quelqu'un qui entre dans ma chambre sans être invité ; un autre résident crie après moi quand il me voit à la salle à manger ; je n'aime pas ce qui est dans mon assiette et je voudrais manger autre chose ; j'ai besoin d'aller à la toilette maintenant et il y a personne pour venir m'aider maintenant ; je ne veux pas que l'on me dise que je dois faire dans ma couche ; je ne reçois pas des services d'ergothérapie, de physiothérapie ; ce n'est jamais les mêmes soignants et je sens que cela entraîne des retards, des erreurs et une écoute superficielle et qui manque d'attention, j'ai dû prendre mon bain à un autre moment ou jour que celui prévu. Je me sens seul et personne ne vient me parler ; je trouve que l'on manque de délicatesse lorsqu'on me touche pour me donner des soins, je ne veux pas être obligé de prendre mon bain quand cela ne tente pas et que je veux le remettre à plus tard, etc., etc.

L'insatisfaction ne requiert pas l'intervention immédiate du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Une plainte au sens précis du régime des plaintes, c'est plus qu'une (simple) insatisfaction .

On parle à la base d'un sentiment, une perception, un constat qu'un soin, un service, un comportement, une situation est en dessous ce qui est attendu par rapport à des valeurs, des attentes ou des engagements pris et ce, malgré les tentatives faites de la part de l'utilisateur et/ou de ses représentants qui demeurent infructueuses pour obtenir un résultat.

La plainte dans le cadre du régime d'examen des plaintes (Loi sur les services et de santé et les services sociaux).

Définition

C'est tout motif d'insatisfaction mettant en cause les droits des usagers mentionnés par la Loi. Voir en annexe la liste de ces droits

Le dépliant mis à la disposition de la population décrit les étapes relatives au régime d'examen des plaintes :

- Pré-étape avant dépôt d'une plainte

Dans le dépliant du Ministère Le régime d'examen des plaintes, il est écrit : « Avant de porter plainte, vous devriez d'abord en parler avec le personnel responsable des soins et des services de l'établissement concerné » Généralement, les insatisfactions sont résolues à ce niveau à la satisfaction de l'utilisateur et de ses représentants.

- Auteur de la plainte et modes de transmission d'une plainte

Dans le dépliant du Ministère Le régime d'examen des plaintes, il est écrit : « L'utilisateur ou son représentant et l'héritier ou le représentant légal d'un usager décédé peuvent déposer une plainte verbale ou écrite, par téléphone, par courrier ou en personne. »

- Aide et accompagnement du plaignant

Dans le dépliant du Ministère Le régime d'examen des plaintes, il est écrit :

« Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de votre région peut vous aider à formuler une plainte ou vous accompagner dans vos démarches. Ses services sont gratuits et confidentiels.

Composez le 1 877 767-2227 (numéro sans frais).

Le comité des usagers de l'établissement en cause peut également vous aider. Communiquez avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services pour obtenir ses coordonnées.

Toute personne de votre choix peut vous accompagner ou vous assister à toutes les étapes de vos démarches. »

Il est évident que le plaignant a de nombreuses ressources pour se plaindre de façon efficace.

Les informations nécessaires à l'étude d'une plainte

La plainte prend donc la forme d'une déclaration verbale et/ou écrite et adressée au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

La plainte fait état de : le motif, l'objet, les dates, les circonstances, les événements, les personnes qui sont concernées et impliquées dans la plainte.

Sans ces éléments, il est difficile de faire une enquête et de vérifier les faits, de comprendre ce qui est arrivé et de conclure concernant le respect des droits et de recommander des actions à la Direction pour corriger la situation et donner satisfaction aux plaignants.

C'est en fonction et sur la base des droits des usagers que le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services va au terme de son enquête arriver à la conclusion que le ou les droits de l'utilisateur a ou ont été respectés ou, n'ont pas respecté.

S'il y a eu non-respect, le commissaire peut recommander à la Direction de corriger, le cas échéant, la situation et rétablir avec l'utilisateur et son représentant le lien de confiance sur la base du dialogue, de la participation, de la compréhension mutuelle et la satisfaction en matière de services et soins rendus en quantité et en qualité suffisantes.

Sur des formulaires en usage, il est aussi demandé au plaignant d'exprimer ses attentes en matière de résolution de la plainte.

Remarque no 8 : la démarche pour régler une insatisfaction consiste à en parler aux responsables et soignants de l'établissement

C'est aussi comme le mentionne le ministère dans son site internet :

« Soumettre des commentaires ou des propositions d'amélioration à l'égard des soins et des services reçus. Si vous souhaitez signaler une insatisfaction et soumettre vos commentaires ou vos propositions d'amélioration, sans entreprendre une plainte formelle, adressez-vous au comité des usagers de l'établissement. Cette démarche est confidentielle. »

Remarque no 9 : Exprimer son insatisfaction et demander satisfaction : Des moyens pour y arriver.

Le Ministère explique que

« Porter plainte est un geste constructif qui assure le respect des droits des usagers et qui contribue à améliorer la qualité des services de santé et des services sociaux. Porter plainte est une démarche confidentielle. Une démarche de plainte peut être interrompue à tout moment. La procédure d'examen des plaintes permet de formuler une plainte écrite ou verbale sur les services de santé ou les services sociaux que l'utilisateur a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit, ou qu'il devrait recevoir. La plainte écrite ou verbale est acheminée au commissaire aux plaintes et à la qualité des services, lequel en fera le traitement.

D'autres moyens existent pour exprimer votre insatisfaction de manière plus informelle et confidentielle. Pour en savoir plus, consultez la section Soumettre des commentaires ou des propositions d'amélioration à l'égard des soins et des services reçus. »

Remarque no 10 : La plainte verbale ou écrite a un caractère formel et se fonde sur les droits des usagers.

C'est dire que le traitement de la plainte consiste à vérifier si les droits de l'utilisateur ont été ou non respectés. Ces droits sont précisément mentionnés par la loi. Voir en annexe la liste des droits des usagers.

Le commissaire a donc un champ d'intervention limité aux droits de l'utilisateur (voir liste en annexe).

En ce qui concerne les motifs de plainte en dehors des droits de l'utilisateur, le commissaire local peut indiquer au plaignant que ces motifs de plaintes relèvent, selon leur nature, soit par exemple de la Police, ou peut référer le cas échéant à la travailleuse sociale et à d'autres organismes.

Remarque no 11 : Le signalement n'a pas fait l'objet d'une attention particulière, il y a lieu d'en connaître la nature et l'importance.

Dans le dépliant du Ministère Le régime d'examen des plaintes, il est écrit :

« Si vous êtes témoin ou avez connaissance du fait que des droits d'un usager ou d'un groupe d'utilisateurs n'ont pas été respectés, vous pouvez en aviser, verbalement ou par écrit, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui a le pouvoir d'intervenir. Il peut aussi intervenir de sa propre initiative. »

Remarque no 12 : La maltraitance et le commissaire

Le commissaire est aussi concerné par l'application de loi L-6.3 - Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.

Suite à l'enquête de la part du commissaire, il y a lieu de se poser la question ou de faire la remarque comme certains participants aux audiences l'ont fait : qui exercera le pouvoir de contrainte, assumera l'imputabilité en matière de reddition de comptes sur les mesures prises et les résultats obtenus ?

Remarque no 13 : Les plaintes et les signalements et la question de la responsabilité, de l'imputabilité et de la reddition des comptes des résultats obtenus s'appliquent aussi pour les plaintes et les signalements.

Le comité de vigilance joue un rôle important en matière de suivi. Il est impératif que ce comité existe, qu'il soit fonctionnel et assure un suivi rigoureux des recommandations et des mesures d'amélioration qui concerne le suivi des plaintes.

Remarque no 14 : Aucune forme de suivi et d'appréciation des plaignants quant au traitement de leur plainte

Les statistiques ne disent rien de la satisfaction de la clientèle. Aucun suivi post-intervention n'est fait avec les plaignants, voire anonyme par un organisme indépendant.

Une enveloppe-formulaire d'appréciation pré-affranchie pour être remis au plaignant et envoyée au responsable externe, le cas échéant le commissaire conseil.

Remarque no 15 : Le renforcement de la démarche des Visites ministérielles et des Visites d'Agrément en matière de traitement des plaintes et signalement.

Ces organismes peuvent et devraient jouer un rôle plus important en matière d'appréciation et de contrôle des démarches mis en place pour traiter les plaintes et les signalements, sachant très bien que même UN Commissaire conseil ne serait pas en mesure d'avoir un portrait de la manière dont les établissements s'acquittent de leur responsabilité ni aussi des commissaires aux plaintes et à la qualité des services nouvelle génération avec le projet de loi 52.

Remarque no 16 : Le régime de traitement des plaintes ne doit pas être dissocié des processus d'amélioration continue de la qualité des services et des soins et de la satisfaction de la clientèle.

Contrairement à la position de certains participants à la Commission le régime de traitement des plaintes fait partie des processus en matière de satisfaction de la clientèle et aliment le processus d'amélioration continue de la qualité. Il n'y a donc pas lieu de les dissocier, mais au contraire de mieux les intégrer.

Remarque no 17 : C'est une erreur de tenir compte UNIQUEMENT de la DIMENSION COGNITIVE en matière de satisfaction de la clientèle, alors que la DIMENSION ÉMOTIONNELLE ET LA DIMENSION COMPORTEMENTALE est bien présente.

Oui, certes il faut davantage et constamment informer la population, les familles et autres représentants des usagers et former les intervenants de la santé notamment les préposés aux bénéficiaires, mais aussi les bénévoles très jeunes encore à l'école et les bénévoles retraités qui souhaitent faire œuvre d'aider les plus affligés par la vie.

Mais il ne faut surtout oublier que la dimension cognitive ne suffit pas, il faut s'adresser à la population, aux résidents, aux membres des familles aidantes en tenant compte de la dimension émotionnelle par des attitudes, des comportements, une présence physique, des interventions verbales empreintes de respect, d'empathie et d'écoute qui engendrent le lien de confiance.

Car, il est impératif que le résident dans la mesure de ses moyens et les membres de sa famille aidante et présente soient réellement mis à contribution, qu'ils participent au soin et au bien-être. Ces comportements d'aide et de participation font toute la différence.

Remarque no 18 : Les délais : un vrai et un faux problème.

Le vrai problème est que lors du dépôt il y a une exaspération, une exacerbation, il y a une urgence psychologique de la part du plaignant, il y a un besoin d'écoute et d'intervention immédiate.

C'est dire que le commissaire doit agir immédiatement. Comme disait un participant à la Commission : agir et l'enquête après.

Après tout, une plainte est un cri du cœur d'abord et de la tête ensuite.

Parce que celui qui se plaint, éprouve une frustration, une colère de voir que, dans le pire des cas, malgré de nombreuses interventions verbales, malgré des actions aux effets inadéquats pour résoudre le problème, rien ne s'améliore, alors que s'installe une sorte d'immobilisme, de fatalisme, d'indifférence de la part des intervenants à régler le problème.

Alors, c'est dire que toute insatisfaction doit être traitée immédiatement avec rapidité, écoute, participation et efficacité. Si non, l'escalade est certaine. On a entendu le participant de la Commission à ce propos.

J'ose dire que le délai de 45 jours pour remettre un rapport écrit est raisonnable pour un commissaire.

Mais en fait, tout délai de la part des responsables des services et des soins pour intervenir, écouter, corriger et améliorer une situation de plainte est un délai déraisonnable.

Remarque no 19 : Le profil du commissaire conseil

Il est important de déterminer le profil du commissaire conseil : veut-on un bureaucrate qui jongle avec des chiffres, un formateur qui donne des cours ou qui met en place un programme de cours, un avocat qui juge en fonction de concepts légaux de droits, d'obligations, de pénalités?

Veut-on plutôt un candidat avec le profil d'une travailleuse sociale, d'une infirmière, d'une personne ayant une expérience terrain ou une personne ayant une expérience en matière d'amélioration continue de la qualité et de satisfaction de la clientèle ?

Voilà qui demande une sérieuse réflexion !

Remarque no 20 : Évaluation des commissaires aux plaintes

Dans tout ce processus qui va évaluer le travail du commissaire conseil des commissaires des CISSS et de CIUSSS ? Sur quelle base, en fonction de quelles exigences et quels résultats?

Va-t-on demander aux plaignants leur évaluation des services fournis par le commissaire ?

Remarque no 21 : Un tableau matriciel pour renforcer la complémentarité des organismes et les mettre davantage à contribution

Le ministère a-t-il songé à monter un tableau qui met en relation chacun des organismes pour comprendre le champ d'intervention, leur complémentarité et s'assurer d'une cohésion et de l'efficacité de la démarche corrélée des plaintes, de la satisfaction de clientèle et de l'amélioration continue de la qualité ?

À quoi sert un comité de vigilance et de la qualité dans les établissements ?

Comment renforcer le pouvoir d'écoute et d'intervention du comité des usagers des établissements ?

Quelle place le conseil d'administration donne-t-il à ces questions au-delà de l'enfilade des statistiques qui ne disent rien sur le réel état de satisfaction de la clientèle ?

À quoi servent les visites ministérielles et les organismes d'accréditation comme Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément, si les rapports ne mettent pas en évidence, en rétroaction, l'aspect essentiel de la satisfaction de la clientèle ?

Afin de renforcer l'efficacité du traitement des plaintes, pourquoi ne pas donner plus d'importance au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) au lieu de laisser les plaignants vivre un stress et une anxiété inutiles ?

Remarque no 22 : Au-delà de l'objection de l'AEPC

Après l'étonnement, l'incompréhension et la « condamnation publique » de la position de l'Association des établissements privés conventionnés (AEPC), QUI a cherché à comprendre les craintes de ce partenaire qui gère approximativement 7,000 lits d'hébergement, soit 20% de la clientèle des personnes âgées vivant en hébergement ?

La ministre et, le cas échéant la Commission, doit rencontrer les représentants, écouter, comprendre, identifier les craintes, assurer et trouver une façon de faire, avancer la question, arriver à une position unanime dans un esprit d'ouverture, de dialogue et de concertation.

Le pire serait de passer par-dessus et ne pas s'entendre.

Remarque no 23 : Le respect des commissaires aux plaintes des établissements privés actuels : Pré-avis et compensation pour la perte d'emploi

Le ministère devrait, de concert avec les établissements privés concernés avoir un comportement responsable de décideur et d'employeur à l'égard des commissaires des établissements privés qui seront mis à pied.

Faire relever les commissaires des établissements privés sans perdre l'emploi.

Il va sans dire que la possibilité de se replacer dans les postes qui seront affichés est quasiment nulle.

Si le ministère décide pour ou force les établissements privés d'abolir lesdits postes, il y aurait lieu que le ministère assume une part de responsabilité contractuelle.

Car ce serait la moindre des choses de donner un préavis et de verser une compensation pour perdre d'emploi décider par l'employeur.

Respectons le code et les normes du travail.

ANNEXE Que penser d'un « super commissaire » ?

Article « super » commissaire pour mieux encadrer les plaintes de maltraitance envers les aînés de JOCELYNE RICHER La Presse Canadienne du 3 décembre 2019 18h07 :

« La ministre Marguerite Blais se dit déterminée à mieux encadrer le processus d'examen des plaintes de maltraitance envers les aînés vulnérables qui résident dans les établissements privés.

Elle a déposé mardi à l'Assemblée nationale le projet de loi 52, qui vise à harmoniser les différents régimes d'examen des plaintes en vigueur dans ces centres d'hébergement privés.

Le projet de loi aura aussi pour effet de créer une sorte de «super» commissaire aux plaintes, chargé notamment de superviser le processus d'examen partout au Québec, et de s'assurer que les meilleures pratiques en matière de traitement des plaintes reçues seront préconisées quand il s'agit d'un aîné qui s'estime maltraité ou lésé dans ses droits.

Ce futur commissaire conseil, qui relèvera du ministère de la Santé et des Services sociaux, devra aussi conseiller les différents commissaires aux plaintes du réseau. Le titulaire du poste devrait être connu en février.

«On va davantage pouvoir agir en amont avec un commissaire conseil qui va être capable de davantage former tous les conseillers aux plaintes et de faire en sorte qu'ils soient en mesure d'évoluer dans leurs façons de faire. On va harmoniser les pratiques», a commenté la ministre Blais, en conférence de presse.

Situations «préoccupantes»

La ministre responsable des Aînés a dit espérer que cette loi viendrait corriger des situations «préoccupantes», tout en faisant une réelle différence pour les personnes souvent fragiles et vulnérables qui habitent une résidence privée pour aînés.

Par exemple, Mme Blais a dit avoir découvert que dans certains cas les plaintes formulées par des résidents n'apparaissaient nulle part dans le système informatique de l'établissement. En vertu du projet de loi, ce sera obligatoire.

Ainsi, «si on se rend compte que dans telle région il y a plus de plaintes, on va pouvoir commencer à examiner davantage la situation pour pouvoir agir» en amont, a ajouté Mme Blais.

Dans le but d'harmoniser leurs pratiques, les commissaires aux plaintes seront désormais réseautés, une fois la loi adoptée.

La loi viendra «renforcer le rôle des commissaires aux plaintes», leur donnant plus de moyens, a-t-elle expliqué.

L'annonce devra entraîner quelques déboursés, soit la somme récurrente de 1,2 million \$ pour permettre aux CISSS et aux CIUSSS de traiter efficacement les plaintes des usagers des établissements privés, plus une somme supplémentaire de 1,2 million \$, cette fois non récurrente, pour moderniser le système informatique servant au traitement des plaintes. »

En tant qu'usager du réseau de la santé et des services sociaux, vous avez le droit : D'être informé :

- Sur votre état de santé,
- Sur les soins qui peuvent vous être offerts et sur leurs effets,
- Sur les services existant dans votre milieu et sur la façon de les obtenir;
- De recevoir des services de santé et des services sociaux personnalisés et adéquats sur les plans scientifique, humain et social;
- D'être informé de tout accident survenu alors que vous receviez des services, si cet accident peut avoir des conséquences sur votre état de santé;
- De choisir le professionnel ou l'établissement qui vous fournira les soins et les services dont vous avez besoin;
- D'être suffisamment informé pour pouvoir participer librement aux décisions qui vous concernent, par exemple d'accepter ou de refuser des soins ou des services;
- De consulter votre dossier d'usager, qui est confidentiel;
- De recevoir des soins en cas d'urgence;
- D'être traité de façon courtoise, juste et sécuritaire, dans le respect de votre dignité, de votre autonomie et de vos besoins;
- De recevoir des services en anglais si vous êtes un usager anglophone, comme cela est prévu au programme d'accès de votre région;
- D'être accompagné, aidé ou représenté, au besoin, par une personne de votre choix;
- De recevoir des soins de fin de vie;
- Et, si vous croyez que vos droits n'ont pas été respectés :
 - D'être informé de ce que vous pouvez faire,
 - De porter plainte en toute confidentialité,
 - D'être aidé ou accompagné dans vos démarches

Référence : Loi sur les services de santé et les services sociaux

(L.R.Q. chap. S-4.2)

ANNEXE Réponse à la question « Que faisaient les bureaux des plaintes ? »

Texte de Georges Tormen (georgesippa16@icloud.com)

En réaction à la parution dans La presse+ Débats Opinion Covid-19

« Services de santé Que faisaient les bureaux de plaintes ? » d'André Sirois Avocat auprès de l'Organisation des Nations unies.

Qui trop embrasse, mal étreint

Après lecture intégrale de votre opinion, je constate que vous vous positionnez tout à la fois comme dénonciateur, accusateur (sans être nécessairement une victime), avocat intercesseur peut-être, défenseur, témoin et juge.

Ai-je besoin de vous rappeler le rôle de chacun dans notre société de droit et particulièrement dans notre système judiciaire au Québec ?

Vous nous faites part dans votre cursus que vous avez été dans le domaine des plaintes en tant que procureur et protecteur.

Vous avancez aussi votre intérêt comme honnête homme et dilettante.

Certes, vous comprenez que ces multiples points de vue risquent de générer une certaine confusion, dans l'esprit de vos lecteurs.

Les limites de l'investigation

J'ai donc analysé votre texte, non pas pour lui opposer un contre-interrogatoire et une contre-preuve, mais pour découvrir ensemble ce qu'il ne dit pas, ce qu'il laisse entendre, ce qu'il induit et laisse comme impression.

Je me suis donc intéressé à la logique de votre réquisitoire et son argumentaire. J'aurais préféré suivre la logique de votre enquête, mais ce n'est pas la démarche ni les conclusions d'un tel cheminement que vous nous présentez.

En écrivant votre opinion de la manière dont vous l'avez fait et l'argumentaire que vous déployez, vous avez présenté les éléments et les circonstances qui vous ont apparu propices à faire votre démonstration de la cause que vous défendez ou autrement dit de la démonstration du bien-fondé de vos dénonciations.

Vous nous avez informés de votre questionnement, de votre amertume, de votre déception dans le cadre d'une expérience de vie professionnelle.

Ainsi, n'ayant pas procédé au contre-interrogatoire du système et de ses représentants mis en cause, vous vous êtes privé d'une information essentielle sur les 'comportements de structure' que vous dénoncez et vous vous dirigez tout droit à la fois vers une aporie et vers un non-lieu.

Vous ne pouviez terminer votre réquisitoire que sur des interrogations ouvertes au sujet du pourquoi (motivation ou cause) et sur la recherche d'une réponse dans le cadre du dialogue démocratique.

Toutefois, dans le contexte d'une opinion et non d'un débat, vous risquez de n'avoir jamais de réponse satisfaisante.

Votre question initiale est accusatrice et, après un bref préambule, vous en êtes à votre réquisitoire.

La logique de l'enquête

Je suis surpris de cette entrée en matière. Il me semble que si vous défendez votre client ou votre (hypo)thèse, vous vous devez de connaître, d'établir les faits, tous les faits, d'établir un motif, une raison d'être et les circonstances.

Pour nous convaincre hors de tout doute, vous deviez fonder votre argumentaire non sur des constatations personnelles, des présomptions, des rumeurs, des opinions, des préjugés, des oui-dire, car une question aussi importante « Que faisaient les bureaux des plaintes ? » aurait dû faire partie d'un processus d'enquête élaboré.

Malheureusement, d'entrée de jeu le propos dérive ; sa déviance l'entraîne loin du « là » (du lieu) de la tragédie des CHSLD et vous encadrez la démarche dans le carcan du judiciaire. Vous êtes déjà, avant même de comprendre, en quête de coupables à blâmer et à punir.

Dans votre reconstitution de la scène (du crime allégué), vous affirmez péremptoirement que le recours au régime d'examen des plaintes utilisé se conclut « sans jamais obtenir de résultat, sinon des représailles ».

Deux affirmations qui ne sont pas fondées ni soutenues par les faits.

D'abord, les résultats ne sont jamais publics, mais la version exposée par le plaignant aux médias fait par contre la « nouvelle »,

Dans les faits, il s'agit de plaintes individuelles déposées en première instance auprès de commissaires aux plaintes et à la qualité des services, , et, en deuxième instance auprès du Protecteur du Citoyen.

Les conclusions sont intégrées dans un processus qui mène avec ou sans recommandations à des plans de correction et d'amélioration de la qualité des soins et des services, dont le suivi est assuré.

Ces plans font l'objet d'un suivi de la part d'un comité de vigilance et de la qualité au sein de l'établissement, ou le cas échéant, de la part du Protecteur du citoyen, de la part du Ministère, de la part des organismes d'accréditation (Agrément Canada et Conseil québécois d'agrément).

Conséquemment, toutes les plaintes et leur résolution ne sont pas publiées et en conséquence vous ne pouvez pas donc généraliser, à partir des cas rapportés dans les journaux et encore moins des cas issus de votre expérience personnelle et/ou professionnelle.

Le traitement confidentiel des plaintes crée un double biais : le premier, il ne permet pas de déterminer le taux de résolution à la satisfaction du plaignant, et le deuxième biais, les plaignants qui ne sont pas satisfaits ressortent uniquement et donnent à la fois une idée tronquée de la réalité et une importance accrue et médiatisées des insatisfactions.

La méfiance est mauvaise conseillère

De plus, le spectre des « représailles » est dans la majorité des cas un leurre, une contre-peur, un argument surutilisé non pas d'impunités, mais de déresponsabilités par rapport à sa propre implication.

Je ne dis pas qu'il n'y a pas des cas rares où il y a eu représailles, mais la plupart de ceux qui craignent des représailles de la part du 'système' cherchent davantage une garantie d'intouchabilité, d'impugnabilité' en regard à ce qui a été dit même dans le cas de diffamation.

Les établissements de santé au Québec ne se défendent jamais en public, poursuivent rarement et acceptent que leur réputation soit entachée.

En faisant valoir cet argument vous insinuez la méfiance à l'égard des commissaires, des protecteurs, des ombudsmans, des législateurs, des gouvernements, du système judiciaire, voire et à l'égard de la société tout entière.

Les limites de la pensée binaire

Votre démonstration s'inspire d'une conception dualiste, manichéenne et machiavélique des rapports sociaux et des comportements qui en découlent.

Vous tombez dans une séquence dramatique où vous opposez des « héros » à des « zéros » dans un monde tragique et vous questionnez le cheminement 'là où nous en sommes arrivés', soit de l'indignité des conditions de vie des personnes âgées en hébergement public et privé.

Au-delà du visible, vous cherchez l'Ennemi invisible, anonyme et occulte aux mains complices de ces exactions.

C'est à partir de cette vision duelle du monde (les héros et les zéros, les victimes et les bourreaux, les innocents et les coupables) qu'une justice à la pensée binaire devrait faire son œuvre : désapprouver, réprouver, réprimer.

Un réquisitoire, une inquisition

C'est sur ces fondements 'chambranlants' que vous vous sentez assez solide pour bâtir votre réquisitoire, votre portrait à charge et pour pointer de votre doigt accusateur. Drapé dans votre toge, les sourcils froncés, je vous entends prononcer de votre voix courroucée la question accusatrice : '*Vous ! Protecteurs du citoyen, ombudsmans, médiateurs, commissaires aux plaintes et à la qualité des services, Vous ! Que faisiez-vous ? Où étiez-vous ?*'

Ainsi, il n'y a pas que des acteurs aux mains liées, aux lèvres scellées de part et d'autre. Il y aurait aussi au-delà du silence davantage : de l'inertie, de l'indifférence et de l'inhumanité qu'une éthique sociale devrait mettre en accusation. Les supports de ces menées sont ces bureaucrates qui appliquent les règlements, les lois et l'ordre dans une passivité, un désengagement désarmant digne d'un procès kafkaïen utopique.

"Mais que faisait donc tout ce beau monde ? ... Où étaient-ils ? N'ont-ils jamais reçu de plaintes ?"

Pour répondre à ces questions vous devenez témoin à charge et ce, à partir d'expériences personnelles.

Vous dites ce qui suit : « Disons d'abord que j'ai été pendant un certain temps assistant du Protecteur du citoyen du Québec et que, plus tard, j'ai contribué à mettre sur pied le Bureau de l'Ombudsman de l'ONU. C'est dire que c'est un sujet qui m'intéresse ».

Ce faisant vous tentez de nous convaincre qu'en mettant votre réputation dans la balance, votre crédibilité en jeu, vous allez donner de la force probante à votre démonstration.

Puis, « j'ai aidé des amis en fin de vie et d'autres personnes à présenter des plaintes qu'ils avaient contre des organes du système de santé, plaintes qui me semblaient fondées et solidement documentées. Trois exemples ... Je pourrais en citer plusieurs autres."

Votre indignation et votre déception sur les rejets des plaintes dont vous faites état constituent pour vous l'illustration que le système est faussé, inefficace et injuste et par ouï-dire vous en arrivez à conclure que c'est la situation générale qui prévaut. En disant cela, vous disqualifiez sans aucune réserve le régime d'examen des plaintes du réseau de la santé que la démarche d'enquête de Protecteur du citoyen.

Vous savez que votre témoignage n'est pas admissible et ne respecte pas les règles de preuve et de procédure : qu'étant avocat de la cause que vous représentez dans votre texte-réquisitoire, vous ne pouvez pas être en même temps et votre propre témoin et porte-parole de trois causes qui illustrent votre propos ?

Tout ce que vous pourriez dire ne serait que témoignage d'opinion, preuve intéressée et preuve par ouï-dire. Ces procédés n'ont pas leur place ici.

Votre formation vous oblige à toute la rigueur qu'impose l'affaire.

La conclusion était dans vos prémisses

Je vous cite : " Aucune de ces plaintes n'a abouti de façon satisfaisante. Dans le premier cas, on a fait traîner la plainte pendant très longtemps pour finir par dire que la commissaire n'avait pas compétence ; dans [le deuxième cas], le commissaire adjoint a rejeté la plainte sans jamais avoir communiqué avec le plaignant pour connaître sa version des faits ; dans le [troisième] cas, la plainte a été rejetée péremptoirement puis rejetée de nouveau en appel, malgré une solide documentation sur la façon de traiter ce type de problèmes ailleurs....Je connais de nombreux cas de ce genre, certains vraiment absurdes et pénibles. Et je retiens des conversations autour de moi que cela semble la règle."

Que ce soit trois ou trente ou trois cents cas particuliers ne dégagent pas à eux seuls une tendance, un vice structurel, une déviance, une injustice sociale, une maltraitance sociétale généralisée, ni une inadéquation de l'outil actuel qu'est le régime d'examen des plaintes à l'amélioration continue de la qualité des services et des soins aux personnes âgées.

S'il était possible de compiler des statistiques à partir d'études de dossiers de plaintes, alors nous pourrions avoir un aperçu réel de la situation du traitement des plaintes et de leur résolution.

Il n'y a pas été prévu non plus de donner à un organisme indépendant, la tâche statistique et scientifique d'analyser et de compiler les interventions et les résultats en matière de plaintes.

Il n'existe pas non plus de méta-analyses faites dans ce champ sociosanitaire. Ce ne sont pas les rapports annuels présentés par les établissements de santé au Ministère qui peuvent nous aider, au-delà des tableaux de chiffres et de pourcentage, à connaître l'ampleur des plaintes, les situations qu'elles dénoncent et leurs caractéristiques en tant qu'indicateurs de malaises structurels.

Vous faites une proposition, celle qu' "Une enquête devrait nous permettre de comparer ce nombre avec la quantité de plaintes considérées comme fondées et, le cas échéant, de chercher des explications."

Il faudrait, plutôt qu'une enquête-procès, mettre sur pied un organisme pour analyser et compiler les plaintes et créer une jurisprudence et ce, tout en respectant les lois sur l'accès aux informations personnelles et la confidentialité.

Or, aujourd'hui, ces dispositifs n'existent pas et chaque cas est analysé au mérite dans le cadre de loi et du régime réglementaire d'application en vigueur et des mandats attribués aux instances de recours.

Votre accusation que les agents de traitement des plaintes ont pour souci "de préserver la réputation de l'établissement ou du service" ne tient pas. Ce n'est pas fondé

Il suffirait de lire les rapports d'enquête des commissaires aux plaintes du réseau de la santé, pour vous rendre compte de l'intégrité, de l'honnêteté et de la rigueur intellectuelle et professionnelle de ceux-là qui rendent des conclusions dans le cadre du dépôt d'une plainte.

Ces conclusions ont été transmises aux plaignants et aux gestionnaires des établissements concernés, des corrections ont été faites, voire des améliorations ont été apportées, mais voilà elles ne sont pas publiées, ni rapportées à l'Assemblée nationale.

Or, c'est seulement les plaignants insatisfaits qui peuvent s'exprimer et présenter la narration des faits dénoncés, sans pouvoir être contredit puisque les administrations et les professionnels sont tenus au silence par les lois en vigueur.

Mais là n'est pas l'essentiel, même si nous avons une vision tronquée de la réalité.

À défaut d'analyse, Il y a risque de faire des amalgames et risque de faire un melting-pot de tout ce qui ne va pas avec la société.

Dans votre réquisitoire, vous n'avez même pas effleuré les causes du fonctionnement déficient des institutions ? Tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas une connaissance objective de la nature, des modalités d'existence, de fonctionnement, des profils des résidents, des modes de production des services et des soins, des contrôles et des contraintes de toute nature, le discours de dénonciation retombera dans l'expression d'une opinion, sans débats et sans suite.

Il y a lieu de faire avancer le débat public et de développer une conscience sociale engagée à mettre en place des lieux de solution des problèmes du bien-vivre ensemble.

La place des personnes âgées dans notre société est un malaise qui va bien au-delà de l'aspect des droits et d'obligations.

Monsieur, je ne vous connais davantage que ce qui s'est exprimé dans votre texte. Cependant, votre réflexion indignée ne peut pas que vous faire honneur d'avoir osé vous exprimer publiquement au risque de la critique, voire pire de l'indifférence.

Votre texte n'est pas tombé sous le regard d'un aveugle qui cherche aussi les conditions du bien-vivre au Québec.

Je vous salue, Georges Tormen

ANNEXE Devoir de loyauté, omertà et responsabilisation

En réaction à l'opinion de Clément Cloutier, intitulé « Réseau de la santé et des services sociaux Le devoir de loyauté des employés... et celui du système envers ces derniers » publié dans La presse du jeudi 27 février 2020

Votre discours appartient au paradigme que vous dénoncez.

Ce discours était déjà à la mode dans les années 1980 dans tous les colloques de l'AHQ (AQESSS). La mode a passé, l'AQESSS a été poussé à fermer ses portes suite à la réforme Barrette et les syndicats nationaux et locaux ont perdu leur capacité à mobiliser et à proposer un modèle de travail socio-éco-bio-éthico-responsable.

En fait, ce ne sont pas les modèles de gestion ni les outils qui manquent, ce sont plutôt les raisons vitales qui pousseraient les employeurs, les employés, la population en général à sortir de l'indifférence et de la déresponsabilisation.

Alors, nous n'en sommes plus à se référer à ce qui est conforme à la loi. Ce n'est pas pertinent quand on se demande ce qui ne va pas dans la société et pas seulement le réseau de la santé.

SI LES EMPLOYÉS ET LES CADRES VOUDRAIENT VRAIMENT DÉNONCER L'ÉTAT LAMENTABLE DU RÉSEAU, IL DEVRAIT D'ABORD CESSER D'EN ÊTRE COMPLICE ET UTILISER L'ANONYMAT DU SIGNALEMENT POUR RENDRE PUBLIC AUPRÈS DES JOURNAUX, DU PROTECTEUR DU CITOYEN ET AUTRES RECOURS TOUTES LES SITUATIONS SOCIALEMENT INACCEPTABLES ET AINSI METTRE À JOUR LES ABERRATIONS DE NOS ORGANISATIONS.

Rien ne justifie l'indifférence et la déresponsabilisation de ceux qui ont un devoir de respect, d'attention et de soin auprès des autres individus.

Oubliez le coffre d'outils idéal, oubliez l'arbitrage de griefs, et ne vous repliez pas sur des notions sans valeur ajoutée du type « il faut admettre que les exigences du travail dépassent les capacités du personnel et causent une perte de motivation et de sens dans le réseau. » Cela nous éloigne des causes de l'état actuel de la société et particulièrement du réseau de la santé et des services sociaux. Le scandale de DPJ en est un formidable exemple.

Tous les objectifs que vous mentionnez (changer de paradigmes, les règles; atteindre de nouvelles cibles à portée de compétences; planifier; concevoir les modes d'interaction humains et technologie et l'interaction interdiscipline) sont de nature à reproduire le même paradigme.

Tout cela représente la panoplie des vieilles recettes qui ont donné ce que nous connaissons.

Votre illusion est d'associer les notions d'organisation et conditions de travail, déontologie et adéquation des soins et services, motivation et confiance et prétendre de mixte en faire une potion magique. Déception!

Je peux vous dire que vous êtes à 100,000 lieues de résoudre les problèmes complexes de la société, de la politique, de l'économie et de la bienveillance de tous les membres de la société. L'individu et le

travail sont en cours de rupture. Le travail n'est en soi une source de motivation, une vocation. Ne soyons idéalistes.

Tous les vices que vous dénoncez et toutes les vertus dont vous faites la promotion sont anachroniques.

Nous vivons dans une autre époque et les défis des services publics concernent l'adéquation entre les besoins et leurs satisfactions individuelles, les choix collectifs et son traitement politique.

Vous ne pouvez pas prétendre résoudre le sort du travail et des travailleurs dans le cadre d'une pensée qui continue à poser le problème en se référant implicitement et inconsciemment à un cadre conceptuel qui ne correspond plus à la réalité vécue de ceux qui gèrent et travaillent et se déresponsabilisent par rapport aux enjeux actuels de société.

L'indifférence en privilégiant sa tranquillité d'esprit malgré un climat pourri de travail se traduit par le laisser-faire et le chacun pour soi.

Georges Tormen

ANNEXE Omerta du devoir de loyauté et représailles

En réaction à la chronique de Patrick Lagacé « L'omerta du devoir de loyauté » dans la Presse de lundi 24 février 2020

Vous dénoncez, ce qui a été dénoncé depuis longtemps et à maintes reprises, mais vous vous contentez d'exemples pour imputer l'omerta à l'acte délibéré de la direction des établissements publics de faire taire les consciences en les rappelant aux conséquences de ne pas se plier au « devoir de loyauté », à savoir mesures disciplinaires et administratives affectant l'emploi, la promotion et la réputation de l'employé et aussi le cadre qui oserait téléporter le problème en dehors des murs de l'établissement.

Cela est certes une cause. Elle n'est malheureusement pas la seule et si les intervenants avaient aussi un lourd fardeau de complicité et de responsabilité pour cet état de choses lamentable dont la dénonciation survient toujours après un drame humain !

La journaliste Brigitte Breton dans sa chronique « Loi du silence et de l'indifférence » publiée dans Le Droit, éditions du 3 et 4 juillet 2019 a identifié, mis en évidence d'autres paramètres, d'autres causes à l'équation.

Mentionnons les causes (omissions et commissions) suivantes:

1. « Le travail des divers acteurs n'a pas toujours été réalisé avec toute la rigueur exigée et le suivi attendu ». Pourquoi le travail n'a-t-il pas été adéquat ? Incompétence ? Absence d'évaluation de la performance des intervenants ? Absence de supervision ? Manque de jugement individuel et/d'équipe ? Charge de travail excessive non-dénoncée au et par le Syndicat, à la CNSST ? Que font les syndicats en matière de conditions de travail ?
2. « Personne se sent responsable. » Est-ce à dire aussi que personne ne prend ses responsabilités quel qu'elles soient: administratives, professionnelles, citoyennes, humaines ? Où est l'imputabilité des uns et des autres ? Que font les ordres professionnels ? Pas d'inspection soit-elle préventive ? Qu'arrive-t-il aux codes d'éthique clinique, de déontologie professionnelle et organisationnelle ? Y a-t-il personne pour demander des comptes ? D'abord le conseil d'administration, le PDG, les comités de vigilance ? Les organismes d'agrément de la qualité: quels genres d'inspection font-ils pour passer à côté des réalités au-delà de vérifier la production de politiques et de procédures ? Qui traite des insatisfactions et des plaintes ? Que fait la commissaire aux plaintes et à la qualité des services ? Que fait le Protecteur du citoyen ?
Pire ! Les intervenants pourraient faire de façon anonyme un signalement, MAIS ILS NE LE FONT PAS ! Où est la responsabilité citoyenne, en matière de respect des droits des humains, des intervenants qui pourraient dénoncer ANONYMEMENT ET QUI NE LE FONT PAS ?
3. « Si les cadres et les employés concernés n'osent parler de crainte de perdre leur emploi ou de nuire à leur avancement professionnel, s'ils suivent bêtement des règles administratives même si celles-ci vont à l'encontre du bien et de la sécurité des enfants, si un gouvernement impose des restrictions budgétaires dans un secteur où la réduction des ressources humaines et financières a des conséquences majeures dans la vie de jeunes vulnérables, si les appels à l'aide sont ignorés à tous les paliers, les médias risquent de faire encore les manchettes dans dix ans avec un rapport accablant visant la protection de la jeunesse. »
Est-ce que c'est dire que toute une société est tombée dans l'INDIFFÉRENCE ET LE CHACUN POUR SOI ? Sommes-nous devenus hyperindividualistes et hyperégoïstes au point de n'avoir plus de principes de vie qui consistent à prendre soin de l'autre, à le protéger et lui donner l'espoir d'un monde meilleur ? Aimer son prochain comme soi-même !

J'en suis à vous dire que le méchant employeur qui menace tacitement ou explicitement ses employés de représailles n'explique pas cette indifférence et cette irresponsabilité vis-à-vis de l'être humain petit et jeune, grand et vieux.

Au plaisir de vous lire

Georges Tormen
georgesippa16@icloud.com