

Ce que la COVID-19 a révélé sur le système de santé québécois et comment y remédier



Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres

Montréal
Novembre 2020

Comité de rédaction :

Xavier Gauvreau, étudiant, conseiller MQRP

Noémie La Haye-Caty, MD, secrétaire-trésorière de MQRP

Isabelle Leblanc, MD, présidente de MQRP

Julian Nguyen, MD, conseiller MQRP

Gilles-Philippe Pagé, étudiant, conseiller MQRP

Karyne Pelletier, MD, vice-présidente de MQRP

Hubert Tessier-Grenier, étudiant, conseiller MQRP

Édition et révision :

Nathalie Castaing, secrétaire de MQRP

Camille Pelletier-Vernooy, MD, conseillère MQRP

Table des matières

INTRODUCTION	6
PORTRAIT DU SYSTÈME DE SANTÉ AVANT LA CRISE : FINANCEMENT ET GOUVERNANCE.....	7
Gouvernance	7
Financement	10
Coupes et définancement	11
Dépenses totales de santé par affectation de fonds, 2017.....	12
LES CONDITIONS DE TRAVAIL AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ : PORTRAIT D'UNE CRISE CHRONIQUE.....	13
Pénurie, TSO et roulement.....	13
Le recours aux agences privées de placement.....	15
L'utilisation abusive des pouvoirs d'exception	17
Amélioration des conditions de travail du personnel soignant	18
En somme.....	19
SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES : L'ANGLE MORT.....	20
Pourquoi en sommes-nous arrivés là?.....	21
Déficit chronique de personnel soignant	21
Manque de lits dans les CHSLD publics	23
Des soins à domicile insuffisants et peu accessibles	24
Un financement insuffisant.....	25
Une place croissante du privé.....	26
Le mythe de la meilleure gestion privée	26
En somme.....	28
LES IMPACTS DE LA PANDÉMIE SUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES	30
La santé mentale	30
Réaction du gouvernement et analyse des engagements	31
Psychologues à la rescousse.....	33
Personnes immigrantes et réfugiées	34
Personnes en situation d'itinérance	35
Réaction du gouvernement et analyse	36
En somme.....	37
LE RECOURS AU PRIVÉ PENDANT LA PANDÉMIE : COMMENT ÉVITER LES PIÈGES.....	38

Relance des chirurgies au privé.....	38
L'essor de la télémédecine	40
Le cas de Bonjour-Santé.....	41
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	42
Des solutions pour améliorer les conditions de travail du personnel soignant.....	42
Des solutions pour améliorer la qualité des soins aux aîné·e·s.....	43
Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins des personnes vulnérables.....	45
NOS RECOMMANDATIONS EN UN COUP D'OEIL	46

INTRODUCTION

La pandémie qui ébranle présentement le monde entier est une crise sociosanitaire sans précédent, ayant laissé sur son chemin un nombre significatif de vies détruites, de communautés ravagées et de sociétés en berne. La COVID-19 a rudement mis à l'épreuve la capacité des systèmes de santé à s'adapter rapidement et efficacement à une menace diffuse pour laquelle ils étaient pour la plupart peu ou mal préparés. À ce chapitre, le Québec fait piètre figure, ayant été l'épicentre de la pandémie au Canada lors de la première vague et l'un des endroits les plus durement touchés à travers le monde^{1,2}.

Il est difficile de déterminer avec certitude ce qui pourrait expliquer l'effet dévastateur qu'a eu la COVID-19 ici en comparaison avec les autres provinces canadiennes. Toutefois, la crise sanitaire a mis en lumière de nombreuses lacunes de notre système de santé, pourtant déjà identifiées par MQRP et bien d'autres dans le passé. S'il est vrai que la gestion d'une pandémie de cette ampleur représentait un défi de taille et sans précédent, il est faux d'affirmer que les conséquences étaient imprévisibles et inévitables. Notre système de santé public, affaibli par plusieurs années de gestion néolibérale qui priorise la réduction des coûts, la gestion centralisée et l'hospitalocentrisme des soins, était mal préparé pour faire face à la pandémie.

Dans le présent rapport, MQRP se penche sur les failles de notre système de santé qui ont été accentuées par la crise sanitaire de la COVID-19. Nous ferons d'abord un survol de la gouvernance du système de santé avant la crise, puis nous analyserons l'impact de la pandémie sur 1) les travailleurs et travailleuses de la santé, 2) les personnes âgées, principalement celles qui résident en CHSLD, et 3) les populations marginalisées et vulnérables. Nous terminerons en survolant les différentes incursions du privé observées en temps de crise au sein du système de santé public. Finalement, nous présenterons nos conclusions et nos recommandations pour remédier aux nombreuses lacunes identifiées. C'est un travail colossal qui se dessine devant nous, mais en rassemblant nos forces nous pouvons y arriver.

¹ Cliche, JF. (2020, 22 octobre). Vérification faite: COVID-19: est-ce toujours pire au Québec qu'ailleurs? *Le Soleil*. www.lesoleil.com/actualite/verification-faite/verification-faite-covid-19-est-ce-toujours-pire-au-quebec-quailleurs-04a705b1b189bf29e8bc985bdeb9ddff

² Ferah, M. (2020, 8 novembre). Le bilan s'alourdit de 1397 cas. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-11-08/covid-19-au-quebec/le-bilan-s-alourdit-de-1397-cas-un-sommet-pour-une-journee.php>

PORTRAIT DU SYSTÈME DE SANTÉ AVANT LA CRISE : FINANCEMENT ET GOUVERNANCE

Pour bien comprendre l'ampleur de la crise sanitaire déclenchée par la pandémie au Québec, il faut aller chercher ses racines dans les décisions politiques et de financement prises depuis les trente (30) dernières années. Ce premier chapitre posera les jalons historiques du système de santé québécois et de son financement dans les dernières décennies.

Gouvernance

La question de la « gouvernance » du système mérite d'être explorée. Qui prend les décisions? Au niveau gouvernemental, les décisions concernant le système de santé reposent sur les épaules du ou de la ministre de la Santé et des Services sociaux, avec ses ministres délégué·e·s (ministre responsable des Aîné·e·s et des Proches aidant·e·s et ministre délégué·e à la Santé et aux Services sociaux). Sur le terrain, ce sont les conseils d'administration (C.A.) des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)³ et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)⁴ qui gouvernent le réseau.

Lors du passage de Jean Charest comme premier ministre, nous avons assisté à la nomination de médecins comme ministres de la santé : Yves Bolduc, médecin de famille, puis Philippe Couillard, neurochirurgien (et futur premier ministre), qui ont tous deux été formés au public et ont ensuite travaillé dans le système public. Ce sont eux qui ont consolidé la *nouvelle gestion publique* (NGP), qui entraînera un changement de paradigme dans la gouvernance du réseau. La nouvelle gestion publique suppose une équivalence entre gestion privée et gestion publique : administrer un système de santé et une entreprise privée serait donc similaire du point de vue de la gestion. Une seconde prémisse prétend que les modèles de gestion privée de type « entrepreneurial » sont plus efficaces que la gestion publique traditionnelle, cette dernière étant considérée trop « lourde ». Enfin, si l'État est bien une sorte d'« entreprise » et que les citoyen·ne·s deviennent les « consommateurs et consommatrices », la santé se transforme et devient une marchandise comme les autres⁵.

Ce passage vers une conception néolibérale de la gestion de la santé a entraîné la mise en place de techniques d'optimisation propres à l'entreprise privée. On n'a qu'à penser à la méthode Toyota, rebaptisée selon les lieux Kaizen ou Lean Six Sigma, qui entraîne une fragmentation du travail, un minutage et une imposition de critères très stricts de travail qui ne prennent pas en compte la

³ Comme nous le verrons plus bas, les CISSS sont des organisations territoriales nées de la fusion d'établissements de santé et services sociaux et doivent assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population de leur territoire.

⁴ Les CIUSSS sont des CISSS dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social. Sur le terrain, CIUSSS et CISSS sont semblables au niveau clinique, seule la composition de leur C.A. diffère.

⁵ Médecins québécois pour le régime public. (Mai 2014). *Les impacts de la nouvelle gestion publique sur l'évolution de la première ligne au Québec* (Rapport annuel MQRP 2014). <http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2014-NGP-et-premie%CC%80re-ligne.pdf>

complexité inhérente au fait de prendre soin de personnes. La réorganisation de certains aspects du travail à travers le prisme de l'optimisation peut certes avoir certains effets positifs, mais ce sont avant tout les effets délétères de ce mode de gestion qui retiennent l'attention. Dans une cause opposant le CIUSSS du Nord-de-l' Île-de-Montréal et un syndicat d'employé·e·s de l'établissement, la Cour supérieure du Québec rendait en 2017 un jugement reconnaissant la détresse psychologique des soignant·e·s causée par un tel mode de gestion, mettant de l'avant le droit à des « conditions de travail justes et raisonnables »⁶⁻⁷.

Ce mode de gestion, implanté lors du passage d' Yves Bolduc au ministère de la Santé, a été très rapidement adopté par certains CISSS, incluant celui du Sud-Ouest de Montréal, sous l'égide enthousiaste de sa PDG d'alors, Danielle McCann⁸. En plus du minutage des soins aux patient·e·s et d'une grande importance accordée aux statistiques⁹, un autre aspect de ce type de gestion est celui du « *just in time* », qui vise à minimiser l'entreposage en produisant ou en achetant la quantité de matériel « juste nécessaire » au moment précis où on en a besoin, et ce, à chaque étape du processus. Par exemple, les masques chirurgicaux sont commandés pour usage à la semaine ou au mois, ce qui ne nécessite pas de lieu d'entreposage et permet donc de diminuer les coûts. Or, cette façon de faire peut évidemment poser problème s'il y a une augmentation rapide des besoins et peu de stocks disponibles, comme l'a révélé la crise liée à l'équipement de protection individuel (EPI) engendrée par la pandémie de COVID-19¹⁰.

Après le passage à la NGP vinrent les grandes restructurations sous la direction du ministre Gaétan Barrette. Impossible de passer sous silence les effets majeurs et délétères de la centralisation opérée par le gouvernement Couillard avec la fameuse Loi 10. Celle-ci prévoyait le regroupement d'une multitude d'établissements à vocations aussi diverses que des centres jeunesse, des CLSC, des centres hospitaliers et des centres de réadaptation dans les grands CISSS et CIUSSS¹¹. À noter que le terme « intégré » est vraiment une vue de l'esprit, car malgré un C.A. commun, il est très difficile de démontrer que les décisions et les soins aux patient·e·s sont plus intégrés maintenant qu'auparavant. Au contraire, ces structures ont une vision plutôt hospitalocentrique et les plus petits établissements (comme les centres jeunesse ou les CHSLD) ont souvent peu de représentation réelle au sein des processus décisionnels. La réforme de la Loi 10 a aussi évacué des C.A. les représentant·e·s citoyen·ne·s et plusieurs représentant·e·s des professionnel·le·s, diminuant ainsi encore davantage la représentativité des décideurs et décideuses.

⁶ Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l' Île-de-Montréal c. Jobin, 2017 QCCS 1583 (CanLII), <http://canlii.ca/t/h3b6p>.

⁷ Fleury, E. (2017, 2 mai). Barrette défend la méthode Lean dans le milieu de la santé. *Le Devoir*. <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/barrette-defend-la-methode-lean-dans-le-milieu-de-la-sante-c90188da13c8a7617d0a0d3cbfbf660b>.

⁸ Daoust-Boisvert, A. (2011, 2 novembre). Des fonds pour implanter la méthode Toyota. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/335039/des-fonds-pour-implanter-la-methode-toyota>.

⁹ Fédération interprofessionnelle de santé du Québec. (Novembre 2011). Des méthodes de gestion à connaître: Lean, Six Sigma et Lean Six Sigma (Brochure.) <http://www.figsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/2013-fascicule-tot-6-lean-fr.pdf?download=1>.

¹⁰ Lemay, E-Y. (2020, 11 avril). Le Québec va changer: une réserve de guerre à préparer. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2020/04/11/une-reserve-de-guerre-a-preparer>.

¹¹ Notons que cette réforme centralisatrice faisait suite à une autre réforme centralisatrice entraînant la fusion de CLSC et de centres hospitaliers pour créer des CSS en 2003-4, sous le ministre Couillard.

Qui plus est, en triant sur le volet les quelques dirigeant·e·s de ces CISSS/CIUSSS et en supervisant directement la nomination des membres du C.A., le ou la ministre de la Santé se donne une mainmise importante sur la gestion des établissements de soins. Le danger de ces réformes étaient prévisibles : comme l'écrivait MQRP dans le rapport présenté à la Commission publique en 2014, il semblait évident qu'un problème allait découler de « l'évacuation de la mission des « petits » établissements – CLSC, CHSLD, centres de réadaptation, directions de santé publique, etc. – au profit des hôpitaux, alors que les besoins prioritaires touchent d'abord la première ligne, le soutien à domicile, la prévention et promotion de la santé, et les services sociaux. »¹² Plus les centres de gestion sont éloignés de la population, plus la première ligne est mise de côté et moins les services peuvent s'adapter aux besoins de la population. De plus, depuis les méga-fusions, l'approche « de haut en bas » (*top-down*) est reine : les décisions aux seins des CISSS/CIUSSS sont assujetties aux C.A. de ceux-ci et perdent souvent de vue les situations propres à chaque établissement et la réalité du terrain.

Un autre aspect pertinent de la gouvernance du système de santé à aborder ici est celui de la place de la santé publique, particulièrement dans des régions où il y a de nombreux CISSS/CIUSSS. En effet, suite à la réforme Barrette, plutôt que d'avoir une structure séparée gouvernant les directeurs et directrices de la santé publique, ceux et celles-ci sont dorénavant sous la responsabilité d'un directeur ou d'une directrice général·e (DG) adjoint·e d'un CISSS/CIUSSS. Par exemple, à Montréal, la directrice régionale de santé publique pour toute la région de Montréal, la docteure Mylène Drouin, relève du DG adjoint du CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal et n'a donc aucune autorité véritable sur les décisions prises par les équipes de santé publique des autres CISSS/CIUSSS de l'île de Montréal¹³. Selon Richard Lessard, actuel directeur de santé publique de Lanaudière, « [à Montréal] il y a un problème de gouvernance entre les 5 CIUSSS et la direction de santé publique (DSP). La DSP se retrouve dans un CIUSSS alors qu'elle a un mandat régional. Chaque CIUSSS a son équipe de santé publique. Et ces équipes ne relèvent pas de la DRSP. » Cette organisation et les difficultés qu'elles engendrent au niveau décisionnel pour un plan cohérent de santé publique ont été maintes fois dénoncées depuis le début de la crise sanitaire.

Enfin, soulignons la Loi 20, adoptée en 2015, qui définissait une réorganisation des effectifs médicaux pour la première ligne. En mettant des cibles strictes en terme de nombre de visites de patient·e·s, et en tentant de concentrer le travail des médecins de famille sur la prise en charge en cabinet plutôt que la pratique en établissement, cette loi a entraîné des découvertes médicales dans certains secteurs, notamment en CHSLD, puisque les patient·e·s hébergé·e·s ne comptaient initialement pas dans le quota de patient·e·s inscrit·e·s auprès d'un·e médecin omnipraticien·ne. La Loi 20 s'inscrit dans un contexte de productivisme, qui met l'emphasis sur le nombre de patient·e·s inscrit·e·s plutôt que sur la prise en charge complète des patient·e·s, négligeant ainsi les besoins de certaines

¹² Médecins québécois pour le régime public. (Octobre 2014). Mémoire de MQRP concernant le projet de loi numéro 10: Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. <http://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2015/05/memoiremqrpprojetdeloi10.pdf>.

¹³ Touzin, C., Gagnon, K., Duchaine, G., Lacoursière, A., Tremblay, M. . (2020, 29 mai). Au front les jambes coupées. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-05-29/au-front-les-jambes-coupees>.
Gagné, JP. (2020, 29 mai). Santé publique: une gouvernance de broche à foin. *Les Affaires*. <https://www.lesaffaires.com/blogs/le-blogue-de-jean-paul-gagne/sante-publique-une-gouvernance-de-broche-a-foin/617993>

populations souvent marginalisées ou ayant des besoins plus complexes, et qui sont donc moins « rentables ». Ceci avait d'ailleurs déjà été soulevé par MGRP dans notre mémoire déposé à l'Assemblée nationale du Québec lors des consultations publiques sur le projet de loi 20¹⁴.

Financement

Le financement des services de santé et des services sociaux « repose essentiellement sur la fiscalité générale, ce qui permet une répartition plus équitable du risque dans la société »¹⁵. Les revenus permettant de financer les soins de santé proviennent ainsi principalement des impôts et des taxes prélevés par le gouvernement du Québec, des cotisations des employeurs et employeuses, et des particuliers et particulières au Fonds des services de santé, du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux, ainsi que des transferts du gouvernement fédéral.

Rappelons que pour obtenir les transferts fédéraux en santé, les services de santé des provinces doivent remplir les conditions suivantes de la Loi canadienne sur la santé (LCS) :

- Être gérés sans but lucratif par une autorité publique;
- Répondre à la condition d'intégralité, c'est-à-dire que tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes sont assurés;
- Être universels, c'est-à-dire que tous les habitants de la province y ont droit;
- Être transférables d'une province à l'autre, et ne pas imposer de délai minimal de résidence supérieur à 3 mois;
- Offrir un accès satisfaisant aux assurés.

En 2020-2021, les transferts fédéraux en santé reçus par le Québec seront de l'ordre de 6.8 milliards de dollars¹⁶ alors que les dépenses provinciales totales en santé, privées et publiques, représentaient quant à elles environ 45 milliards de dollars (environ 13% du PIB)¹⁷. À noter que les trois postes budgétaires les plus importants des dépenses publiques sont, dans l'ordre, les soins hospitaliers, la rémunération des médecins et les médicaments¹⁸.

¹⁴ Médecins québécois pour le régime public. (Mars 2015). Mémoire sur la première partie du projet de loi 20: Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée - Assurer l'accès, 10 propositions pour réellement améliorer l'accès aux services de première ligne.

<http://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2015/05/MGRP-Memoire-projet-de-loi-20-18-mars-2015-final2.pdf>

¹⁵ Santé et services sociaux Québec. (2015, 21 décembre). *Système de santé et de services sociaux en bref*.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/financement-des-services/>

¹⁶ Finances Québec. (2019, mars). Le budget en chiffres.

<http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/statistiques-budgetaires/fr/table-5.html>

¹⁷ Choinière, R. (2020). Comparaisons Santé Québec. *Dépenses de santé et nombre de médecins et d'infirmières, Québec et comparaisons canadiennes*. <https://comparaisons-sante-quebec.ca/depenses-de-sante-et-nombre-de-medecins-et-dinfirmieres-quebec-et-comparaisons-canadiennes/>

¹⁸ Hébert, G., Sully, J-L., Nguyen, M.. (Janvier 2017). *L'allocation des ressources pour la santé et les services sociaux au Québec: État de la situation et propositions alternatives*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques. https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/AltSante_2018.pdf.

Soulignons que tant au provincial que selon la LCS, la définition de soins de santé couvre surtout les soins diagnostiques et curatifs, et que l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie en est exclu. En 2017, le gouvernement fédéral a commencé à transférer un montant annuel de 600 millions de dollars aux provinces et territoires, qui s'additionnent aux transferts fédéraux usuels, spécifiquement destiné à la couverture des besoins en hébergement et soins à domicile des personnes âgées.¹⁹ Or, ces ressources financières demeurent largement insuffisantes, et la majorité des frais doivent encore être payés directement par les patient·e·s. En outre, malgré l'encadrement par la LCS, plusieurs autres frais liés à la santé finissent d'ailleurs par être payés directement par les citoyen·ne·s puisqu'ils sont soit non couverts, soit inaccessibles dans des délais acceptables dans le système public. On parle ici de certains médicaments, certains soins professionnels en cabinet (physiothérapie, psychothérapie, soins dentaires etc.), certains tests diagnostiques et certaines fournitures de santé que les patient·e·s paient directement.

Coupes et définancement

La dernière décennie a entraîné plusieurs modifications aux postes budgétaires du système de santé : que ce soit l'augmentation hors proportion des montants remis pour la rémunération des médecins ou la baisse du financement et d'investissement dans les ressources publiques d'hébergement pour aîné·e·s ou les ressources de santé publique, les choix faits par les gouvernements successifs de Jean Charest, de Pauline Marois et de Philippe Couillard²⁰ ont eu des impacts majeurs et entraîné des conséquences sur notre capacité à réagir à la crise sanitaire.

À titre d'exemple, les données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)²¹ nous montre qu'il y a près de sept (7) fois plus d'argent dépensé pour la rémunération médicale que pour la santé publique depuis des coupes majeures dans le budget de cette dernière en 2015-2016²². La part relative de la santé publique dans les dépenses totales en santé était donc de 2.2% en 2017 au Québec, une baisse de près de 30% par rapport à 2014²³. Dans l'ensemble du Canada, la part des dépenses en santé occupée par la santé publique était plutôt de 5.3% pour la même période.

¹⁹ Le Québec reçoit entre 137 et 145 M \$ par année en vertu de cette nouvelle entente. Gouvernement du Canada. (2018). Accord de mise en œuvre de l'entente asymétrique du 10 mars 2017 – volet concernant les services de soins à domicile et de soins communautaires et les services en santé mentale et en toxicomanie. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/quebec.html>

²⁰ À noter que nous aurions pu remonter jusqu'au gouvernement de Lucien Bouchard ou même avant; les politiques néolibérales ne datent pas d'hier!

²¹ Institut canadien d'information sur la santé (2019). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2019 : tableaux de données. Série C - Dépenses de santé par affectation de fonds, par source de financement, Canada et Série D1 - Dépenses totales de santé par affectation de fonds, par province et territoire. <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-1975-a-2019>

²² Burgun, I. (2020, 14 avril). Covid-19 au Québec: le financement congru de la santé publique. *Agence Science-Presse*. <https://www.sciencepresse.qc.ca/actualite/2020/04/14/COVID-19-quebec-financement-congru-sante-publique>.

²³ Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*

Dépenses totales de santé par affectation de fonds, 2017

	Dépenses totales, en millions de dollars courants	
	Québec	Canada
Hôpitaux	12 827	65 820
Autres établissements	8 427	26 688
Médecins	8 223	37 181
Autres professionnel·le·s	5 798	26 502
Médicaments	9 454	38 187
Immobilisations	1 620	8 119
Santé publique	1 159	12 941
Administration	1 327	6 981
Autres dépenses de santé	4 150	22 444
Total	52 994	244 864

* Les données de 2017 sont utilisées car ce sont les données les plus récentes disponibles.

LES CONDITIONS DE TRAVAIL AU SEIN DU RÉSEAU DE LA SANTÉ : PORTRAIT D'UNE CRISE CHRONIQUE

Au moment où la pandémie frappe le Québec, il est important de constater à quel point le personnel soignant du système de santé était déjà à bout de souffle à la suite de nombreuses années d'austérité et de réformes de centralisation. Plus particulièrement, la crise sanitaire a fait ressortir des lacunes préexistantes au niveau des conditions de travail dans les deux (2) plus importants groupes de travailleurs et travailleuses de la santé²⁴ : le personnel infirmier réglementé, ainsi que les préposé·e·s aux bénéficiaires (PAB). Représentant plus de 140 000 intervenant·e·s dans le système de la santé, soit près de la moitié de la main-d'œuvre salariée du réseau de la santé et des services sociaux du Québec²⁵, il n'est pas étonnant qu'une détérioration de leurs conditions de travail entraîne des répercussions sur le système au complet.

Pénurie, TSO et roulement

Tout d'abord, il faut rappeler que la pénurie chronique de personnel augmente la charge de travail des soignant·e·s, et ce depuis longtemps déjà. En avril 2019, Marguerite Blais, ministre responsable des Aîné·e·s et Proches aidant·e·s, estimait qu'il y aurait 62 018 postes à pourvoir d'ici cinq (5) ans dans le réseau de la santé, dont 33 036 préposé·e·s aux bénéficiaires et 23 963 infirmières²⁶. Plus concrètement, ce que cela signifie sur le terrain : selon un sondage (n=650) externe réalisé par la firme Repère chez les membres de la Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ) en février 2018, « près du tiers des professionnelles en soins affirment que du personnel absent n'était pas remplacé lors de leur dernier quart de travail » et plus de 70% des répondant·e·s songeaient à quitter leur profession en soins, citant « le manque de personnel ou le trop grand nombre de patient·e·s »²⁷.

Ce manque criant d'effectifs pousse les établissements à recourir de plus en plus au temps supplémentaire (TS), souvent obligatoire (TSO), pour assurer une couverture acceptable des besoins des patient·e·s. En temps de pandémie, avec des travailleurs et travailleuses qui doivent s'absenter du travail pour cause de maladie, d'isolement obligatoire, ou par le mécanisme de délestage des

²⁴ Pour donner une idée de grandeur, voici en ordre décroissant les plus grands effectifs œuvrant en santé au Québec en 2018: 75 997 infirmières (auxiliaires, bachelères et cliniciennes), 41 599 préposés aux bénéficiaires, 20 878 médecins (spécialistes et généralistes), 14 190 travailleurs et travailleuses sociaux, 7760 psychologues, 5410 physiothérapeutes, 5386 ergothérapeutes, 4004 inhalothérapeutes, etc.

Source: Institut canadien d'information sur la santé. Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 2014 à 2018, tableaux de données. Ottawa, ON : ICIS; 2020. Et Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2019, Septembre). L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux.

<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/ressources-humaines/Denombrement-et-remuneration-Effectif-RSSS-2018-2019.xlsx>.

²⁵ Ibid, MSSS

²⁶ Porter, I., Bélair-Cirino, M. (2019, 20 avril). Plus de 60 000 travailleurs et travailleuses de la santé recherchés. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/553217/mot-cle-besoin-de-60-000-travailleurs-et-travailleuses-de-la-sante-d-ici-5-ans>.

²⁷ Fédération interprofessionnelle du Québec. (2018, juillet). Les ratios sécuritaires sauvent des vies. http://consultations.finances.gouv.qc.ca/Consultprebudg/2019-2020/memoires/Consultations1920_FIQ.pdf

tâches, une hausse importante de ce phénomène chez les infirmières a été observée : alors qu'en mai 2019 elles ont travaillé en moyenne 6.2 heures de temps supplémentaire, les infirmières du Québec en ont fait environ 16.9 heures en mai 2020, soit une augmentation de dix (10) heures en moyenne par mois. Ceci fait du Québec la province avec la plus grande augmentation de la charge de travail des infirmières durant la pandémie²⁸. On ne s'étonnera pas de cette augmentation, puisqu'avant même cette pandémie, l'attribution de TSO était déjà omniprésente dans le réseau. Normalement, avec un effectif plus ou moins complet, l'utilisation du temps supplémentaire ne devait être qu'un outil de dernier recours pour les gestionnaires, à utiliser seulement dans des situations exceptionnelles où un bris de service mettrait en péril la sécurité des patient·e·s²⁹. Or, avec une pénurie grandissante et la peur de vivre des bris de services sur des unités, le TSO est devenu un outil indispensable pour les gestionnaires. En normalisant ainsi l'utilisation du TSO comme outil de gestion, l'employeur est coupable de gérance abusive, puisqu'il échoue dans son devoir de garantir « le droit du salarié de travailler dans des conditions de travail justes et raisonnables qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique »³⁰.

Devant cette surcharge chronique et des conditions de travail intenable, des employé·e·s choisissent de quitter, ce qui aggrave naturellement la pénurie. Devant normalement se situer autour du 4-5% pour un organisme avec une rétention satisfaisante de son personnel, le taux de roulement, soit la proportion de départs évitables (excluant les retraites prévues et les congés de maternité), se situerait plutôt entre 10-15% selon les établissements du réseau³¹. Cela serait expliqué par « des retraites hâtives, des changements de carrières et la recherche de meilleures conditions de travail dans d'autres milieux »³². Par ailleurs, une des raisons, outre la surcharge au travail, qui pousserait ces employé·e·s à chercher un emploi dans d'autres milieux serait la recherche d'emplois à temps plein. Au Québec, environ la moitié seulement des postes pour les infirmières, infirmières-auxiliaires et PAB sont des postes à temps complet³³. Cela ne découle pas de la volonté des employé·e·s, mais plutôt de l'approche gouvernementale de nouvelle gestion publique, visant une réduction des coûts dans le réseau. Il serait, selon cette logique marchande, plus avantageux de couper le nombre de postes à temps plein, d'éviter les surplus de personnel dans le réseau en offrant des temps partiels (avec lesquels ne viennent pas autant d'avantages sociaux), plus flexibles et moins coûteux pour les gestionnaires, et de combler les trous dans l'horaire « just in time », avec des TSO et le recours aux agences privées de placement. La conséquence de cette gouvernance? Plusieurs employé·e·s cumulent plusieurs postes à temps partiels dans différents établissements pour gagner un salaire

²⁸ Labbé, J. (2020, 2 septembre). Les Infirmières plus débordées au Québec qu'ailleurs au Canada durant la pandémie: coronavirus. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1730707/personnel-infirmier-COVID-19-heures-supplementaires-statistique-canada?fromApp=applinfos>.

²⁹ Archambault, H. (2020, 3 septembre). Épuisement, Retraite Hâtive, Changement De Carrière: Trop De Départs Dans Les Hôpitaux. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2019/07/10/trop-de-departs-dans-les-hopitaux>.

³⁰ Me Bertrand, A-M. (2020, 4 septembre). *Le Temps Supplémentaire Obligatoire Dans Le Réseau De La Santé Et Des Services Sociaux : Comment Concilier Les Intérêts Divergents De L'employeur Et Des Salariés ?*. Ordre des conseillers en ressources humaines agréés. <https://ordrecrha.org/ressources/sante-securite/2019/05/temps-supplementaire-obligatoire-reseau-sante>.

³¹ Op cit., Archambault, H.

³² Ibid.

³³ Ibid.

décent, ce qui explique en partie le va-et-vient d'employé·e·s entre établissements, identifié comme une cause de propagation de la COVID-19 à travers le réseau³⁴.

En bref, avant même le début de cette crise sanitaire, le réseau de la santé, en augmentant la charge de travail sur ses employé·e·s en réponse à une pénurie de main-d'œuvre, était déjà fragilisé. En outre, nous assistions déjà à une augmentation de la détresse et de la maladie chez le personnel soignant. Déjà en 2017, on relevait une importante augmentation de personnes en arrêt de travail pour des problèmes psychologiques: « Au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie, le nombre de dossiers ouverts a augmenté de 47% depuis cinq ans. Le Centre universitaire de santé McGill (+35%) et le CISSS de la Montérégie-Est (+31%) obtiennent aussi des hausses marquées. En Montérégie-Est, la hausse est de 17% depuis un an seulement. »³⁵.

Le recours aux agences privées de placement

Au-delà des statistiques, les employé·e·s du réseau sont des personnes et, malgré leur dénomination populaire d'*ange-gardien*, ils ou elles aspirent à des conditions de vie et de travail décentes. Il n'est guère surprenant que certains et certaines cherchent des solutions pour reprendre le contrôle sur leur horaire de travail, améliorer la conciliation famille-travail et s'assurer une certaine qualité de vie. Dans ce contexte, il est malheureux, mais peu surprenant, que les agences de placements privées occupent une place de plus en plus significative dans le système de santé. Celles-ci fonctionnent comme des sous-traitants, qui embauchent le personnel de la santé comme travailleur ou travailleuse autonome afin d'ensuite offrir leurs services dans le réseau. Évidemment, ces agences facturent au gouvernement un prix supérieur au taux horaire de l'employé·e, pour couvrir leurs frais de gestion. Les conditions de travail au public sont si difficiles que certains employé·e·s du réseau choisissent de sacrifier les avantages sociaux d'un poste dans le réseau pour les troquer contre un horaire plus avantageux et un peu plus flexible. D'autres n'ont d'autre choix que de recourir à ces agences pour accumuler un nombre d'heures de travail équivalent à celui d'un poste à temps plein. En contrepartie, les travailleurs et travailleuses ayant recours aux services de telles agences doivent effectuer des quarts de travail dans différents établissements, selon où l'agence décide de les déployer. Les conséquences de ce roulement et de cette instabilité dans les équipes de travail sont évidentes. Les déplacements entre établissements, couplés à la présence de personnel temporaire et moins formé pour ce type d'établissement, sont une des raisons pour lesquelles la COVID-19 a fait tant de ravages dans les CHSLD³⁶.

En plus d'avoir un statut d'emploi précaire et non permanent, les travailleurs et travailleuses d'agence ont aussi souvent un statut migratoire incertain comme dans le cas des demandeurs et

³⁴ Lacoursière, A. (2020, 10 octobre). Interdiction de la mobilité du personnel: Quel est le secret de la Colombie Britannique. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-10-10/interdiction-de-la-mobilite-du-personnel/quel-est-le-secret-de-la-colombie-britannique.php>.

³⁵ Archambault, H. (2017, 11 juillet). Le nombre de congés de maladie pour santé mentale a explosé. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2017/07/11/le-nombre-de-conges-de-maladie-pour-sante-mentale-a-explose>

³⁶ Op cit., Lacoursière, A.

demandeuses d'asile par exemple³⁷. En effet, une enquête de Radio-Canada publiée en juin dernier démontre l'utilisation par ces agences de travailleurs et travailleuses migrants vulnérables, dépendant·e·s de celles-ci pour accéder au marché du travail. Bien que certaines de ces agences soient bien établies et offrent des services professionnels, d'autres, quant à elles, opèrent de manière moins formelle, voire opportuniste³⁸. L'objectif de ces agences étant de maximiser leurs profits, nous pouvons nous demander à quel point certaines d'entre elles seraient prêtes à abaisser leurs standards afin de répondre aux besoins du réseau qui, après tout, sont bien réels, surtout en période de crise. À ce sujet, l'enquête de Radio-Canada révèle que plusieurs de ces travailleurs et travailleuses étaient effectivement catapulté·e·s d'un établissement à l'autre sans formation adéquate en prévention des infections³⁹, sans même savoir dans quel type de zone ils ou elles allaient être déployé·e·s. D'autres étaient incapables d'effectuer leurs tâches adéquatement, car personne n'était en mesure de leur expliquer dans leur langue maternelle. Certain·e·s ont même avoué avoir caché des symptômes par peur de perdre leur emploi, celui-ci ne leur offrant évidemment pas d'assurance collective. Certaines agences, parfois carrément nées pendant la pandémie, n'ont pas hésité à gonfler leur prix de manière abusive, forçant l'intervention du gouvernement⁴⁰. Dans la foulée de ces révélations, Québec solidaire et le Parti québécois réclamaient d'ailleurs au début juin une enquête publique sur les agences de placement en santé.⁴¹

Depuis le 1^{er} janvier 2020, le gouvernement du Québec a resserré la réglementation afin de mieux encadrer les agences de placement.⁴² En vertu du nouveau règlement, les agences ont l'obligation d'obtenir un permis délivré par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) et il est interdit de verser à un travailleur ou une travailleuse d'agence un salaire moindre en raison de son statut d'emploi. Bien que le règlement prévoit l'imposition de pénalités pour les agences contrevenantes, le manque de surveillance ne permet pas de bien encadrer les pratiques de ces agences qui abusent parfois, comme on l'a vu, de la vulnérabilité des travailleurs et travailleuses en situation de précarité⁴³. Rappelons également que c'est ce même gouvernement qui, avec ses choix de gouvernance du réseau, était au départ responsable de cette ouverture aux agences privées.

³⁷ Auger, C-M.(journaliste). (2020, 1er juin). Rôle des agences de placement pendant la pandémie. [Reportage]. Dans D. Katadotis (réalisateur). *Midi Info*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/midi-info/episodes/464559/rattrapage-du-lundi-1-juin-2020/12>.

³⁸ Chouinard, T. (2020, 24 avril). Agences de placements: des pratiques abusives inquiètent Québec. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-04-24/agences-de-placement-des-pratiques-abusives-inquietent-quebec>.

³⁹ Gerbet, T., Schué, R. (2020, 1er juin). Des migrants mal formés envoyés au coeur du chaos des CHSLD. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1707732/migrants-demandeurs-asile-agences-placement-preposes-chsld-enquete>.

⁴⁰ Op cit., Chouinard, T.

Chouinard, T. (2020, 19 mai). Québec serre la vis aux agences de placement. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-05-19/quebec-serre-la-vis-aux-agences-de-placement>.

⁴¹ Gerbet, T., Schué, R. (2020, 1er juin). L'opposition à Québec exige un ménage dans les agences de placement en santé. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1708187/quebec-agences-placement-coronavirus-migrants>

⁴² Larin, V. (2021, 29 novembre). Agences de placement: le gouvernement du Québec resserre la réglementation. *Le Journal de Québec*. <https://www.journaldequebec.com/2021/11/29/agences-de-placement-le-gouvernement-du-quebec-resserre-la-reglementation>

⁴³ Larouche, V. (2020, 15 septembre). Vaste enquête sur le travail au noir en CHSLD. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-09-15/vaste-enquete-sur-le-travail-au-noir-en-chsld.php>

Les agences de placement privées se présentent donc comme le symptôme d'une organisation du travail chroniquement déficiente. Notre dépendance grandissante envers ces agences rend notre système de santé plus fragile et les individus les plus vulnérables font face à un réel risque d'abus. Cette réalité, présente avant la pandémie, a cependant pris des proportions choquantes lors de celle-ci, en plus d'avoir contribué directement au bilan québécois catastrophique chez les aîné·e·s. De plus, d'un point de vue strictement comptable, avec les coûts élevés associées à l'embauche de personnel d'agence, il coûte plus cher d'y avoir recours que d'offrir des postes à temps complet aux employé·e·s régulier·e·s du réseau. Au sortir de la crise, il apparaît nécessaire de s'assurer de réduire notre dépendance à ces agences en améliorant la qualité des emplois offerts au public et, à court terme, de mieux surveiller le respect des normes de travail qui encadrent leur pratique.

L'utilisation abusive des pouvoirs d'exception

En situation d'urgence sanitaire, le gouvernement a la possibilité de mettre en place des mesures d'exception qui visent à protéger le public, et ce, même si lesdites mesures doivent de manière temporaire être incompatibles avec certains droits et libertés individuelles⁴⁴. Pour être justifiées dans une société démocratique, ces mesures d'urgence doivent cependant se limiter à ce qui est strictement nécessaire et proportionnel aux exigences de la situation⁴⁵. Ces mesures doivent donc nécessairement être temporaires et encadrées par des balises qui permettront, à terme, de revenir aux conditions qui existaient avant la crise. Cependant, il n'est pas rare que les gouvernements s'accrochent aux pouvoirs d'exception qui leur sont accordés et tentent de faire de ces nouvelles règles, des « exceptions permanentes »⁴⁶.

Au début de la crise sanitaire liée à la pandémie COVID-19, la Ministre de la Santé et des Services sociaux a signé l'arrêté numéro 2020-007, qui est venu modifier certaines dispositions des conventions collectives en vigueur dans le réseau de la santé. Il a ainsi été donné aux gestionnaires du réseau des pouvoirs exceptionnels notamment quant à l'horaire de travail, le lieu d'affectation, la mobilité du personnel soignant, les vacances annuelles et les congés⁴⁷. Déjà au mois d'avril, la FIQ dénonçait l'utilisation abusive de l'arrêté dans des régions comme le Bas-Saint-Laurent ou l'Abitibi-Témiscamingue, où la situation demeurerait stable. En juillet, alors que le Québec était en déconfinement, c'est devant la Cour supérieure que les syndicats se voyaient forcés de contester

⁴⁴ Lampron, L-P. (2020, 16 avril). Les droits en temps de crise - première partie. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/les-droits-en-temps-de-crise--premiere-partie-2ab94679bd188756e77bbdd711855b15>

⁴⁵ Lampron, L-P. (2020, 27 avril). Les droits en temps de crise - deuxième partie. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/opinions/point-de-vue/les-droits-en-temps-de-crise--deuxieme-partie-5a83b498436294de238f724cab396662>

⁴⁶ Plourde, A. (2020, 12 août). *Faire la grève pour protéger les services essentiels et mettre fin au régime d'exception permanente*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/faire-la-greve-pour-protger-les-services-essentiels-et-mettre-fin-au-regime-d-exception-permanente>

⁴⁷ Ministère de la Justice du Québec. (2020, 21 mars). Arrêté numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux Loi sur la santé publique concernant l'ordonnance de mesures visant à protéger la santé de la population dans la situation de pandémie de la COVID-19. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/lois-reglements/AM_numero_2020-007.pdf?1584823544

l'usage injustifié des mesures qui servaient davantage à gérer des problèmes dans le réseau qui existaient bien avant la pandémie⁴⁸.

Le traitement réservé aux employé·e·s du système de santé aura évidemment exacerbé des conditions de travail déjà difficiles. Malgré la crise, on ne semble pas disposé à se donner les moyens de répondre aux besoins des professionnel·le·s qui prennent soin de nous. Le manque de considération, l'épuisement et la perte de contrôle continuent de pousser plus de professionnel·le·s vers la sortie. Au moment où le Québec se préparait à contenir la deuxième vague, les syndicats de professionnel·le·s de la santé sonnaient l'alarme devant le nombre de départs inquiétant qui dépassait de manière significative celui enregistré à pareille date l'année dernière⁴⁹. L'équilibre déjà fragile entre l'offre de service et la demande en main d'œuvre atteint un point de rupture faisant de la main d'œuvre le facteur limitant principal dans notre réponse à la crise. Surtout, rappelons que l'utilisation permanente des pouvoirs d'exception n'est absolument pas une manière de gérer durablement le système.

Amélioration des conditions de travail du personnel soignant

En réponse à cette détérioration des conditions de travail, plusieurs initiatives et demandes ont été émises dans les dernières années. La première, menée par la FIQ, est l'implantation de ratios sécuritaires encadrée dans la législation qui obligerait les gestionnaires à avoir un nombre minimal d'infirmières, d'infirmières-auxiliaires et de PAB par patient. Or, malgré cinq (5) projets pilotes prometteurs sur les ratios sécuritaires menés par la FIQ dans cinq (5) établissements, le gouvernement tarde à légiférer sur les ratios. Il est pourtant démontré que ces ratios ont pour effet de diminuer le recours au privé, d'améliorer la rétention des employé·e·s et d'augmenter la qualité des soins aux patient·e·s. Lors du dépôt du budget de mars 2020, le gouvernement Legault a promis d'embaucher plus de personnel, mais ne prévoit toujours aucune somme pour l'implantation de ratios dans le réseau⁵⁰.

Un autre aspect qui a fait couler beaucoup d'encre durant cette pandémie concerne la rémunération des PAB. Or, la situation ne date pas d'hier : déjà, en novembre 2019, ceux-ci demandaient au gouvernement Legault d'émettre un décret pour augmenter le salaire des PAB travaillant en résidences privées. Ceux-ci ne touchaient qu'en moyenne de 13 à 14 \$ de l'heure, un salaire indécent pour des employé·e·s travaillant dans des conditions de travail que la présidente du Syndicat

⁴⁸ La Presse canadienne. (2020, 14 juillet). COVID-19 : la FIQ va en cour contre un arrêté ministériel jugé abusif. *La Presse*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1719511/covid-19-fiq-infirmieres-arrete-ministeriel>.

⁴⁹ Caron, E. (journaliste). (2020, 21 août). Vague de démissions dans le réseau de la santé. [Reportage]. *Télé-journal*. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/info/videos/media-8308252/vague-demissions-dans-reseau-sante>
Lévesque, F., Lacoursière, A. (2020, 8 septembre). Personnel en santé : une vague de départs qui fait peur. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-09-08/personnel-en-sante-une-vague-de-departs-qui-fait-peur.php>

⁵⁰ Lacoursière, A. (2020, 10 mars). Budget : Embaucher plus de personnel et cibler les populations vulnérables. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-03-10/budget-embaucher-plus-de-personnel-et-cibler-les-populations-vulnerables>.

québécois des employé·e·s de service (SQEES), Sylvie Nelson, qualifient d' « abominables »⁵¹. Il aura fallu la pandémie pour que le gouvernement agisse : en septembre 2020, le gouvernement s'entend avec deux (2) syndicats (SCFP et SQEES), représentant plus de 15 000 PAB, pour offrir des postes à temps plein à tous ceux qui le désirent⁵². En outre, le gouvernement s'est aussi engagé à bonifier le salaire des PAB, même si des doutes subsistent quant à la pérennisation de cette entente et le montant réel de cette hausse salariale. Celle-ci devrait rendre permanente les « primes COVID » qui s'ajoutent au salaire normal des employé·e·s pendant la pandémie, signifiant que tou·te·s les préposé·e·s, tant les ancien·ne·s que les 10 000 nouveaux et nouvelles ayant été formé·e·s cet été en hâte, auraient droit à un salaire de 26 \$/h⁵³.

En somme

Au niveau du personnel soignant dans le réseau de la santé au Québec, notamment les infirmières et les PAB, la pandémie n'a eu pour impact que d'empirer des conditions déjà difficiles. Les pouvoirs d'exceptions conférés aux gestionnaires en temps de crise tendent à exacerber des phénomènes comme le TSO et le changement d'établissements sans préavis. Cela ne fait qu'aggraver la surcharge chronique de soins et le sentiment d'impuissance chez les soignant·e·s : la pénurie d'employé·e·s et le haut roulement de personnel sont des symptômes d'un système fragilisé, tout comme le recours à des agences de placement privées. Les pouvoirs d'exception ne peuvent devenir la norme; nous croyons fortement qu'il est nécessaire d'embaucher plus d'infirmières et de PAB, d'augmenter le nombre de postes à temps complet et finalement donner des conditions de travail décentes au personnel soignant, bonifiant par le fait même les soins aux patient·e·s et la rétention des employé·e·s.

⁵¹ Lévesque, L. (2019, 12 Novembre). Conditions de travail: Des préposés aux bénéficiaires demandent un décret à Québec. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-11-12/conditions-de-travail-des-preposes-aux-beneficiaires-demandent-un-decret-a-quebec>

⁵² Lévesque, L. (2020, 28 septembre). Préposés aux bénéficiaires: entente historique entre Québec et deux syndicats. *Le Devoir*. <https://www.ledevenir.com/societe/sante/586800/preposes-aux-beneficiaires-entente-historique-entre-quebec-et-deux-syndicats>.

⁵³ Loiseau, C., Bernier, J. (2020, 8 octobre). La première paie de certains préposés est loin des 26\$/h. *Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2020/10/08/un-salaire-horaire-de-966--pour-de-nouveaux-preposes-aux-beneficiaires>.

Crête, M. (2020, 1er juin). Quel salaire horaire pour les préposés aux bénéficiaires?. *Le Devoir*. <https://www.ledevenir.com/politique/quebec/579986/quel-salaire-horaire-pour-les-preposes-aux-beneficiaires>.

SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES : L'ANGLE MORT

La crise sanitaire de la COVID-19 a mis en lumière de nombreux problèmes concernant la prestation de soins pour les aîné·e·s en perte d'autonomie. Au moment d'écrire ces lignes, la COVID-19 avait fait 5965 décès au Québec.⁵⁴ L'écrasante majorité (92%) de ces décès est survenue chez des personnes âgées de plus de 70 ans et 67% des personnes décédées vivaient en CHSLD (3999/5965 patient·e·s). À l'échelle du Canada, c'est environ 80% des décès liés à la COVID-19 qui sont survenus chez des personnes vivant en résidence de soins longue durée. Selon une analyse de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) comparant les données de seize (16) pays, ceci fait du Canada le pays de l'OCDE ayant la plus grande proportion de décès liés à la COVID-19 dans des résidences de soins de longue durée, bien que le taux de mortalité lié à la COVID-19 au Canada soit dans l'ensemble relativement bas⁵⁵. Il faut noter que le Canada a aussi une plus grande proportion de personnes âgées de plus de 70 ans vivant en résidence que la majorité des pays de l'OCDE. Au Québec, près de 10% des personnes de plus de 65 ans vivent en résidence de soins longue durée.

Le Québec et le Canada sont loin d'être les seuls endroits où, en temps de pandémie, les soins aux personnes vivant en résidence pour aîné·e·s ont été révélés comme l'angle mort du système de santé : cet état de fait apparaît comme un consensus dans les pays occidentaux. Le fait d'être hébergé au sein d'un établissement de soins de longue durée a d'ailleurs été identifié comme un facteur de risque de mortalité en lien avec la COVID-19, même en contrôlant pour des variables confondantes comme l'âge des patient·e·s⁵⁶.

Mais lorsqu'on parle de résidences pour aîné·e·s, de quoi parle-t-on au juste? Certains établissements sont publics, d'autres privés, avec ou sans attache financière publique. Au Québec, il existe au total cinq (5) types d'hébergement pour aîné·e·s : les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) publics, les CHSLD privés conventionnés, les CHSLD privés non conventionnés, les résidences privées pour aîné·e·s (RPA) et les ressources intermédiaires (RI).

Les services offerts par les établissements varient principalement selon le niveau d'autonomie des aîné·e·s. Les RPA accueillent généralement des personnes âgées autonomes ou semi-autonomes. Elles sont gérées par des entreprises privées et ne reçoivent pas de financement du gouvernement. Depuis quelques années, la construction de ce type de résidence est un marché en plein essor⁵⁷. Les RI accueillent des personnes semi-autonomes ou en perte d'autonomie. Elles sont sous la responsabilité du gouvernement (prestation et financement publiques). Les CHSLD offrent quant à

⁵⁴ Institut national de santé publique du Québec. (2020, 12 octobre). *Données Covid-19 au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/COVID-19/donnees>.

⁵⁵ Canadian Institute for Health Information. *Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector: How Does Canada Compare With Other Countries ?*. Ottawa, ON: CIHI; 2020.

⁵⁶ Gandal, N., Yonas, M., Feldman, M., Pazuener, A. & Tabbagh, A. (2020, 2 juillet). Long term facilities as a risk factor death for COVID-19: Evidence from European Countries and US States. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3616760> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3616760>

⁵⁷ Dubuc, A. (2017, 6 février). Des investissements d'un milliard par année pendant 20 ans. *La Presse*. https://plus.lapresse.ca/screens/9e9e7421-7835-44d8-aad9-0dc73ff83b52_7C_0.html.

eux des services aux personnes âgées ayant une grande perte d'autonomie : ce sont les cas dits les plus « lourds ».

Les CHSLD peuvent être entièrement publics, gérés par des entreprises privées mais financés par le public (privé conventionné) ou entièrement privés (privé non conventionné). Ces derniers n'ont pas les mêmes exigences quant à leur fonctionnement et aux conditions de travail de leurs employé·e·s. Dans les CHSLD privés non conventionnés, c'est en outre l'entreprise privée qui détermine les tarifs chargés à l'usager ou l'usagère. Par contre, dans les CHSLD publics et les CHSLD privés conventionnés, les tarifs sont fixés par la RAMQ. Les établissements publics ou privés conventionnés sont également obligés de se doter d'un comité des usagers et usagères, contrairement aux CHSLD non conventionnés et aux RPA.

Au Québec, on compte 313 CHSLD publics (76%), 59 CHSLD privés conventionnés et 40 CHSLD privés non conventionnés⁵⁸. Ces proportions, de même que l'organisation du financement et de la prestation des soins, sont hautement variables au Canada selon les provinces et donc difficiles à comparer⁵⁹. En moyenne, au Canada, 27% des *nursing homes* (équivalent des CHSLD) sont entièrement publics, 29% sont gérées par des entreprises privées à but non lucratif et 44% par des entreprises privées à but lucratif.

Pourquoi en sommes-nous arrivés là?

Le triste bilan de la COVID-19 pour les personnes âgées vivant en résidence a mis en évidence que les soins aux aîné·e·s constituent un des écueils majeurs de notre système de santé. Nous connaissons déjà les principales causes responsables de cette situation : la rotation du personnel liée à un manque chronique de main d'œuvre, le transfert de patient·e·s hospitalisé·e·s vers des résidences afin de libérer des lits d'hôpitaux et des conditions de travail déplorables liées à la pression de la rentabilité dans le cas des résidences privées. À cela s'ajoutent un sous-financement et une offre de soins à domicile largement insuffisante.

Déficit chronique de personnel soignant

Le ratio de personnel soignant par résident·e en établissement de soins longue durée au Canada est un des moins élevés des pays de l'OCDE⁶⁰. Dans un rapport publié en septembre 2020 sur les soins de longue durée, l'OCDE affirmait constater un « décalage dangereux entre les besoins de soins (la demande) et les ressources humaines (l'offre) à tous les niveaux, notamment en termes de capacités,

⁵⁸ Lavoie, M. (2020, 12 avril). Privé, public, conventionné ou non : les différents types de foyers pour aînés. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1693454/chsld-residences-aines-personnes-agees-quebec-coronavirus>.

⁵⁹ National Institute on Ageing. (2019). Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada. Toronto, ON: National Institute on Ageing White Paper.

⁶⁰ Canadian Institute for Health Information. Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector: How Does Canada Compare With Other Countries?. Ottawa, ON: CIHI; 2020.

de compétences et de combinaison des compétences » dans tous les pays étudiés⁶¹. La pandémie de COVID-19 a permis de mettre en lumière ce manque flagrant de personnel⁶² et les conséquences qui en découlent. Ceci concerne d'ailleurs autant les infirmières et les auxiliaires que les préposé·e·s aux bénéficiaires. Les besoins sont criants partout.

Les normes de pratique, établies en fonction de la littérature scientifique sur le sujet, dictent que les établissements de soins longue durée devraient offrir chaque jour un minimum de quatre (4) heures de soins aux résident·e·s⁶³. Notons bien que ce minimum ne concerne que les soins directs aux résident·e·s, et ne comprend donc pas le travail essentiel concernant par exemple l'entretien ménager et les services alimentaires. Au Canada, aucune province et aucun territoire n'offre actuellement ce standard de soins dans ses établissements de soins de longue durée.⁶⁴ L'ensemble des établissements n'engage actuellement pas suffisamment de personnel pour répondre aux besoins des résident·e·s. Cette problématique était déjà bien connue. En 2019, face au constat que les soins de base ne pouvaient être dispensés adéquatement dans un établissement, la FIQ avait entamé des procédures judiciaires pour forcer le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île à embaucher du personnel supplémentaire⁶⁵. Dans une décision exceptionnelle, la justice a forcé le réseau de la santé à embaucher immédiatement quatre (4) infirmières et neuf (9) préposées.

Tel que décrit dans la section précédente du présent rapport, le manque chronique de personnel encourage également le recours aux agences privées de placement pour combler à la pièce et de façon temporaire les besoins en personnel de première ligne, avec pour conséquences : une dégradation des soins aux patient·e·s, un roulement créant de l'instabilité au sein des équipes de soins, et une augmentation des coûts pour l'État. En effet, pour l'État, le recours aux agences engendre des coûts beaucoup plus importants que s'il offrait des postes à temps plein à son personnel dans le réseau public. En outre, alors que les employé·e·s ont au bout du compte une rémunération moindre, les agences empochent les surplus facturés à l'État.⁶⁶

En contexte pandémique, ces lacunes pourtant déjà connues sont devenues une évidence généralisée. Face à l'urgence de la situation, plusieurs gouvernements ont dû prendre des mesures pour remédier à la situation. En Colombie-Britannique, la province a décidé d'embaucher l'ensemble du personnel des RPA et des CHSLD privés et de prendre sous sa responsabilité, en tant qu'employeur, toutes les résidences privées sur son territoire.⁶⁷ La Colombie-Britannique et le Québec ont augmenté les

⁶¹ de Bienassis, K., A. Llana-Nozal et N. Klazinga. (2020). *The economics of patient safety Part III: Long-term care : Valuing safety for the long haul*. Documents de travail de l'OCDE sur la santé. n° 121. Éditions OCDE. Paris. <https://doi.org/10.1787/be07475c-en>.

⁶² TVA Nouvelles. (2020, 15 mai). Le manque de personnel, le plus grand défi du réseau de la santé. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldequebec.com/2020/05/15/COVID-19-le-manque-de-personnel-le-grand-defi-du-reseau-de-la-sante>

⁶³ op. cit. Canadian Institute for Health Information.

⁶⁴ ibid.

⁶⁵ Teisceira-Lessard, P. (2019, 27 janvier). La justice force l'embauche d'infirmières dans un CHSLD. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201901/27/01-5212555-la-justice-force-lembauche-dinfirmieres-dans-un-chsld.php>.

⁶⁶ op cit., Chouinard, T.

⁶⁷ Wyton, M. (2020, 1er avril). BC Boosts Pay for Long-Term Care Workers amidst COVID-19. *The Tyee*.

salaires des travailleurs et travailleuses de la santé en première ligne⁶⁸, une mesure appuyée par le gouvernement fédéral. Le Québec et l'Ontario ont dû faire appel aux forces militaires pour combler les besoins en main-d'œuvre dans les CHSLD de la province.⁶⁹ Il est raisonnable de croire que les coûts engendrés par cette catastrophe et toutes ces mesures exceptionnelles s'avèrent beaucoup plus importants que les économies réalisées dans les dernières années alors qu'on limitait l'embauche de personnel.

Manque de lits dans les CHSLD publics

Les listes d'attente pour les soins de longue durée sont longues. La mise en chantier de nouvelles installations ne suit pas le rythme du vieillissement de la population. En 2019, une étude de Radio-Canada révélait d'ailleurs que plus de 3000 québécois étaient en attente d'une place en CHSLD⁷⁰, une hausse de 10% par rapport à l'année précédente. À l'échelle du Canada, c'est 40 000 personnes en perte d'autonomie qui attendent une place en établissement de soins de longue durée⁷¹. Une des conséquences majeures de ce manque de lits en CHSLD est un surpeuplement des hôpitaux avec des patient·e·s en attente de transfert vers un établissement pouvant répondre à leurs besoins. Garder ces patient·e·s longtemps à l'hôpital plutôt qu'en CHSLD engendre évidemment des coûts élevés pour le système de santé.

En raison du manque de lits publics, des places dans des résidences privées pour aîné·e·s et CHSLD privés sont achetées par le réseau de la santé afin de libérer des lits d'hôpital. Or, ces entreprises privées ne sont pas adaptées pour prendre soin de ces résident·e·s avec de lourds problèmes de santé, ce qui compromet la qualité des soins. Un rapport produit par le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal en 2019 mentionne d'ailleurs que ces résidences privées « n'ont souvent ni le personnel compétent et en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la clientèle que le réseau lui confie »⁷². Ces transferts de patient·e·s vers des places achetées en résidences privées se sont accélérés pendant la pandémie de COVID-19⁷³ pour libérer des lits d'hôpitaux en prévision de la hausse des hospitalisations, avec les conséquences désolantes que l'on connaît.

<https://thetyee.ca/News/2020/04/01/Long-Term-Care-Worker-Pay-Boosted/?fbclid=IwAR3IHgC0QrSP6nm0Z6Hc7xPUYza4QJGJJf7vV7cPjixmc00qWFFKw-kRAIk>

⁶⁸ Lévesque, L. (2020, 2 avril). Québec bonifie la rémunération de milliers de travailleurs et travailleuses dans la santé. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-04-02/quebec-bonifie-la-remuneration-de-milliers-de-travailleurs-et-travailleuses-dans-la-sante>

⁶⁹ Bellavance, J.-D. (2020, 16 juin). Militaires en CHSLD: Ottawa éponge une facture de 10 millions par mois. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-06-16/militaires-en-chsld-ottawa-eponge-une-facture-de-10-millions-par-mois>.

⁷⁰ Boily, D., Gentile, D. (2019, 18 septembre). CHSLD : la liste d'attente s'allonge depuis l'élection de la CAQ. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1304819/chsld-liste-attente-caq-place-marguerite-blais>.

⁷¹ National Institute on Ageing. (2019). Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada. Toronto, ON: National Institute on Ageing White Paper.

⁷² Lacoursière, A. (2019, 22 avril). Un réseau parallèle de CHSLD privés. *La Presse*.

<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-04-22/un-reseau-parallele-de-chsld-privés>

⁷³ Gagnon, K., Lacoursière, A., Teisceira-Lessard, P., Duchaine, G. Établissements pour aînés: la béquille du réseau chancelle. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-04-18/etablissements-pour-aines-la-bequille-du-reseau-chancelle>.

Des soins à domicile insuffisants et peu accessibles

Par ailleurs, le nombre grandissant de personnes âgées nécessitant une place en hébergement de soins de longue durée est causé en partie par des lacunes importantes dans les soins à domicile. Selon les données gouvernementales, il était estimé en 2016 que plus de 430 000 canadiens n'avaient pas accès aux soins à domicile dont ils avaient besoin⁷⁴. Au Québec, le rapport annuel 2017 du Protecteur du citoyen critiquait la gestion des soins à domicile « pour la cinquième année consécutive »⁷⁵. Dans ce rapport était mentionné spécifiquement la lenteur du gouvernement à faire des soins à domicile une priorité, ce qui avait pour conséquence que les établissements de soins longue durée parvenaient de plus en plus difficilement à répondre à la demande. À ce moment, il était estimé qu'entre 15 et 18% des québécois âgés de plus de 65 ans nécessitaient des soins à domicile, et que seulement 8.6% en recevaient.

Au Canada, 87% des dépenses reliées aux soins aux personnes âgées sont dédiés aux établissements de soins de longue durée, alors que seulement 13% du budget est alloué aux soins à domicile⁷⁶. Au Danemark, pays souvent cité en exemple pour son approche des soins aux personnes vieillissantes, le ratio est pratiquement inverse : 64% du budget va aux soins à domicile et 36% aux établissements de soins longue durée.

Il est connu que d'investir dans les soins à domicile permet de maintenir l'autonomie des aîné·e·s plus longtemps, de diminuer les hospitalisations et d'améliorer la qualité de vie⁷⁷. L'hébergement en CHSLD est bien sûr nécessaire dans certains cas, mais devrait être le dernier recours, lorsque les ressources à domicile sont épuisées. Pourtant, les soins à domicile restent un parent pauvre du système de santé canadien et québécois. Pourquoi? Selon Isabelle Marchand, professeure en travail social à l'Université du Québec en Outaouais et citée dans *Le Devoir*, « il y a une idéologie derrière cette réalité : on a décidé de confier au marché privé la gestion de la vieillesse, sans qu'il y ait vraiment de chien de garde. L'argent dépensé par Québec et Ottawa sert à pallier les effets du démantèlement de politiques publiques, au nom de politiques néolibérales »⁷⁸. Les décisions politiques concernant les soins à domicile favorisent la privatisation de ces soins. Ainsi, l'aide domestique (entretien ménager, préparation des repas) et la plupart des services d'assistance personnelle (aide à l'habillement, à l'alimentation, au bain, etc.) sont depuis longtemps maintenant à la charge du patient

⁷⁴ Gilmour, H. (2018, 21 novembre). Unmet home care needs in Canada. Statistiques Canada, Catalogue no. 82-003-X • Health Reports, Vol. 29, no. 11, pp. 3-1.

⁷⁵ Le protecteur du citoyen. (2016-2017). 47th Annual Report of the Québec Ombudsman for fiscal year 2016-2017. Assemblée nationale du Québec. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2016-2017-ar-protecteur.pdf.

⁷⁶ Wherry, A. (2020, 25 avril). Can this pandemic be the crisis that finally forces us to fix long-term care? *CBC*. <https://www.cbc.ca/news/politics/covid-pandemic-coronavirus-long-term-care-1.5544722>

⁷⁷ Tessier, A., Beaulieu, M.-D., Latulippe, R., McGinn, C.A. (2015, mars). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). ETMIS 2015; 11(01): 1-57. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Avis_Autonomisation.pdf.

⁷⁸ Nadeau, J.-F. (2020, 9 mai). Les personnes âgées sous de mauvais auspices. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/578602/histoire-les-personnes-agees-sous-de-mauvais-auspices>.

ou de la patiente⁷⁹, qui doit faire appel aux organismes communautaires ou aux entreprises dites d'économie sociale ou même au marché de soins privés payants à domicile. De plus, alors que 80% des soins à domicile publics étaient fournis par les CLSC en 2012, maintenant plus de 33% de ces soins sont plutôt délivrés par des sous-traitants privés⁸⁰.

Un financement insuffisant

En ce moment, les soins de longue durée ne font pas intégralement partie du système de santé public, puisqu'ils sont exclus des services médicalement nécessaires devant être pris en charge par l'État tel que définis par la Loi canadienne sur la santé. Les principes énoncés par la Loi canadienne sur la santé permettent de maintenir un système de santé fondé sur le concept de service public. En l'absence de cet encadrement fédéral, les soins de longue durée au Canada se sont développés de façon fragmentée, avec une combinaison de services publics et privés. Pour cette raison, les résident·e·s paient des frais importants pour un lit dans un établissement de soins de longue durée. Ces frais varient en fonction du lieu de résidence et du statut de l'établissement, public ou privé, et sont évidemment plus substantiels au privé.

Selon les données de l'OCDE, le Canada consacre environ 11% de ses dépenses publiques en santé aux soins de longue durée, ce qui le place en queue de peloton par rapport aux autres pays analysés⁸¹. Des pays comme la Suède, le Danemark et la Norvège dépensent près du double pour offrir des soins de longue durée publics à leur population. Ceci n'est pas surprenant, dans la mesure où depuis les années 80 au Québec, les décisions politiques néolibérales favorisent la restriction budgétaire de l'État et la privatisation. Dans ce contexte, la part des dépenses en santé assumée par le gouvernement fédéral via le Transfert canadien en santé a d'ailleurs considérablement fluctué au cours des dernières décennies, pour se situer actuellement autour de 25%⁸². En avril dernier, le premier ministre du Canada Justin Trudeau a évoqué la possibilité d'étendre la portée de la Loi canadienne sur la santé⁸³, afin d'imposer des normes pancanadiennes pour les soins de longue durée, qui devraient dès lors être universels, publics et accessibles. Cette initiative, que nous saluons, devrait être une occasion d'augmenter les transferts fédéraux en santé et par le fait même le financement global de la santé. La crise sanitaire actuelle nous semble une occasion d'accélérer cette prise de décision, et est d'ailleurs déjà réclamée par plusieurs provinces⁸⁴.

⁷⁹ National Institute on Ageing. (2019). *Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada*. Toronto, ON: National Institute on Ageing White Paper.

⁸⁰ *ibid.*

⁸¹ Op. cit. de Bienassis, K., A. Llana-Nozal et N. Klazinga.

⁸² Wherry, A. (2020, 28 mai). Leaving out long-term care was medicare's original sin and we're paying for it now. *CBC*.

<https://www.cbc.ca/news/politics/seniors-long-term-care-pandemic-covid-coronavirus-1.5587387>

⁸³ Michel, D. (2020, 25 avril). L'inévitable chicane. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/577692/l-inevitable-chicane>

⁸⁴ Bordeleau, S. (2020, 18 septembre). Transferts fédéraux : les provinces réclament 28 milliards de plus par an en santé. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1734737/legault-ford-kenney-pallister-ottawa-discours-trone>.

Une place croissante du privé

Dans ce contexte de sous-financement public, la place des entreprises privées dans l'hébergement et les soins aux personnes âgées est en plein essor. Une étude ayant comparé la place des établissements pour aîné·e·s à but lucratif au Canada, en Norvège, en Suède, en Angleterre et aux États-Unis démontre par ailleurs que cette tendance est la même partout⁸⁵. Cette étude démontre aussi que les grandes entreprises dans ce domaine sont très profitables, avec de substantielles marges de profits. Ces marges de profits sont d'ailleurs attendues par les investisseurs. Un exemple frappant décrit dans l'étude concerne des hébergements privés avec lesquels le gouvernement britannique faisait affaire pour loger des personnes âgées en perte d'autonomie. Il est rapporté que les actionnaires de ces entreprises privées blâmaient le gouvernement de limiter leurs profits, jugeant que ce dernier ne payait pas suffisamment cher pour ses places en résidence. Ceci expose de manière flagrante la perversité des partenariats public-privés en santé et de la trame narrative découlant de ces ententes : ces entreprises privées demandent maintenant plus de financement public pour couvrir les soins de santé, car ce sont ultimement elles qui empochent les bénéfices, et ce sans prise de risque. Une aubaine! En bout de ligne, les coûts totaux de la santé sont plus élevés pour l'État, sans que n'ait été augmenté ni amélioré l'offre de soins pour la population.

Le mythe de la meilleure gestion privée

Les effets catastrophiques de la pandémie sur les centres de soins longue durée ont ravivé le débat sur la privatisation des soins. Les orientations politiques des dernières décennies ont pavé la voie à une croissance exponentielle de la place des résidences privées de soins pour aîné·e·s au sein du réseau québécois. D'un côté, les tenants de la privatisation allèguent que le privé offre une meilleure qualité de soins, en plus de coûter moins cher⁸⁶. Nous avons vu précédemment que cet argument des coûts est fallacieux. Les données issues de la littérature scientifique sur le sujet offrent également un constat divergent en ce qui concerne la qualité des soins.

Au Québec, les CHSLD privés ne représentent qu'une minorité des centres d'hébergement pour aîné·e·s, mais ils sont surreprésentés sur la liste rouge des établissements les plus problématiques depuis le début de la pandémie⁸⁷. Ces mêmes établissements ont également bien souvent fait les manchettes⁸⁸ dans les dernières années concernant la qualité de leurs installations et des soins qui y sont prodigués. En fait, la corrélation entre établissement privé et diminution des standards de soins

⁸⁵ Harrington, C., Jacobsen, F. F., Panos, J., Pollock, A., Sutaria, S., & Szebehely, M. (2017). Marketization in Long-Term Care: A Cross-Country Comparison of Large For-Profit Nursing Home Chains. *Health Services Insights*. <https://doi.org/10.1177/1178632917710533>

⁸⁶ Déry, P. (2019, 3 octobre). *L'entrepreneuriat fait-il une différence en santé? Le cas des CHSLD privés conventionnés*. Institut économique de Montréal. <https://www.iedm.org/fr/lentrepreneuriat-fait-il-une-difference-en-sante-le-cas-des-chsld-privs-conventionnes>.

⁸⁷ Lacoursière, A., Vailles, F. (2020,28 juin). Les CHSLD de l'hécatombe. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-06-28/les-chsld-de-l-hecatombe.php>

⁸⁸ Lloyd, L., Banerjee, A., Harrington, C., F. Jacobsen, F. and Szebehely, M. (2014). *It is a scandal! Comparing the causes and consequences of nursing home media scandals in five countries*. *International Journal of Sociology and Social Policy*. Vol. 34 No. 1/2, pp. 2-18. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-03-2013-0034>

a maintes fois été démontrée dans les études. Par exemple, une étude québécoise réalisée par deux chercheuses de l'Institut de recherche en politiques publiques conclue que les établissements privés à but lucratif sont plus susceptibles de fournir des soins de moindre qualité⁸⁹. Selon cette étude, un des principaux mécanismes utilisés pour générer des bénéfices consiste à réduire le personnel, ce qui diminue inévitablement la qualité des soins. Par ailleurs, le partenariat de l'État avec ces milieux privés et la réglementation et la surveillance nécessaires qui en découlent engendrent de tels coûts invisibles que les économies offertes par le privé sont en fait largement illusoires. Les arguments économiques évoqués pour justifier le recours au privé ne tiennent donc pas la route. En 2018, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) publiait une revue de littérature sur la qualité de vie en CHSLD où il était démontré qu'un haut taux de roulement du personnel, le recours fréquent à du personnel d'agence ainsi qu'un ratio inférieur de personnel avaient des conséquences néfastes sur la santé et l'autonomie des résident·e·s⁹⁰.

Une étude canadienne publiée en 2016 démontrait que les établissements privés à but lucratif prodiguent des soins de qualité inférieure, et présentent plus souvent des déficiences majeures que les établissements publics⁹¹. Une des auteures de l'étude, la Dr Margaret McGregor, rattachée à la Faculté de médecine de la University of British Columbia (UBC), proposait cette hypothèse pour expliquer les résultats: "*There is this conflict of interest between the profit motive and actually spending money on things like staffing* [Il y a un conflit d'intérêt entre la quête du profit et dépenser réellement de l'argent sur des choses comme l'embauche du personnel (traduction libre)]".⁹² En 2020, dans la même province, un rapport de la Protectrice du citoyen (*BC Seniors Advocate*) notait d'ailleurs que les résidences privées pour aîné·e·s n'avaient dans les faits pas donné des milliers d'heures de soins pour lesquelles elles avaient reçu du financement public, en plus de sous-payer leurs employé·e·s⁹³. La conclusion de ce rapport est sans équivoque : les établissements publics et à but non lucratif mettent plus d'argent dans les soins directs aux patient·e·s, et les établissements à but lucratif mettent l'argent dans leurs marges de profit.

Les évidences similaires dans la littérature scientifique sont abondantes. Une large méta-analyse portant sur la qualité des soins dans les établissements de soins longue durée au Canada et aux États-Unis concluent que, selon deux indicateurs (soit la quantité et la qualité du personnel, et la prévalence de plaies de pression chez les patient·e·s), la qualité des soins est meilleure dans les établissements

⁸⁹ Rioux, L.-M. (2011, 25 janvier). En CHSLD, qualité rime d'abord avec public. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/315383/en-chsld-qualite-rime-d-abord-avec-public>.

⁹⁰ David, I. (2018). *Qualité du milieu de vie en centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie*. Institut national d'excellence en santé et services sociaux.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Qualite_milieu_de_vie.pdf

⁹¹ Ronald LA, McGregor MJ, Harrington C, Pollock A, Lexchin J. (2016). *Observational Evidence of For-Profit Delivery and Inferior Nursing Home Care: When Is There Enough Evidence for Policy Change?* PLoS Med 13(4): e1001995. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001995>

⁹² Johson, L. (2016, 19 avril). For-profit nursing homes provide 'inferior' care, new report claims. *CBC*. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/for-profit-nursing-homes-plos-medicine-1.3541402>

⁹³ Lindsay, B. (2020, 4 février). For-profit homes fail to deliver on direct care funded by the public, B.C. seniors advocate says. *CBC*. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-seniors-advocate-care-home-spending-1.5450524>.

publics ou à but non lucratif⁹⁴. Une autre étude ayant analysé 640 établissements de soins longue durée en Ontario démontre que les taux de mortalité et d'admission à l'hôpital sont significativement plus élevés dans les résidences privées subventionnées par le public (privé conventionné) que dans les établissements publics⁹⁵. Ceci était vrai un (1) an, trois (3) ans et six (6) ans après le transfert des patient·e·s dans ces résidences. Ces constats ont également été démontrés par une étude observationnelle comparative internationale⁹⁶. En outre, cette dernière étude révélait que l'utilisation de paradis fiscaux et les problèmes de transparence quant aux coûts et la qualité des services étaient typiques des grandes entreprises immobilières œuvrant dans le marché des résidences pour aîné·e·s.

Le mythe de la meilleure gestion privée est devenu flagrant pendant la pandémie. Au plus fort de la crise liée à la COVID-19, l'État a dû venir « à la rescousse » des résidences privées pour aîné·e·s, qui prétendaient être incapable de payer décemment leurs employé·e·s et de faire face aux frais supplémentaires engendrés par la situation⁹⁷. Au Québec comme en Ontario, l'État a même dû prendre carrément le contrôle de plusieurs résidences privées, après des rapports accablants faisant état de lacunes majeures dans la qualité des soins⁹⁸.

En somme

Les données probantes sont claires : confier les soins de longue durée à des compagnies privées signifie une moins bonne qualité de soins et une augmentation des coûts. Affirmer le contraire se base sur une idéologie politique, et non sur un raisonnement scientifique. En effet, pourquoi choisir de financer publiquement des CHSLD privés qui offrent des soins de moins bonne qualité, et ne permettent même pas de réduire les coûts de l'État? Poser la question c'est y répondre. Des CHSLD publics et bien financés offrent les meilleurs soins à moindre coût. Le reste est une question de volonté politique.

Enfin, rappelons également les dangers maintes fois démontrés de l'implantation d'une offre privée parallèle de soins de santé⁹⁹ : 1) le volet privé draine des ressources du réseau public, contribuant

⁹⁴ Comondore Vikram R, Devereaux P J, Zhou Qi, Stone Samuel B, Busse Jason W, Ravindran Nikila C et al. *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis*. BMJ 2009. 339 :b2732.

⁹⁵ Tanuseputro, P., Chalifoux, M., Bennett, C., Gruneir, A., Bronskill, S., Walker, P., Manuel, D. (2015). Hospitalization and Mortality Rates in Long-Term Care Facilities: Does For-Profit Status Matter?. *Journal of the American Medical Directors Association*. Volume 16. Issue 10. ISSN 1525-8610. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.004>.

⁹⁶ Harrington, C., Jacobsen, F. F., Panos, J., Pollock, A., Sutaria, S., & Szebehely, M. (2017). Marketization in Long-Term Care: A Cross-Country Comparison of Large For-Profit Nursing Home Chains. *Health Services Insights*. <https://doi.org/10.1177/1178632917710533>.

⁹⁷ Plourde, A., Theurillat-Cloutier, A. (2020, 16 avril). *Il est temps de nationaliser les résidences pour personnes âgées*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/il-est-temps-de-nationaliser-les-residences-pour-personnes-agees>

⁹⁸ CBC News. (2020, 27 mai). Ontario taking over 5 long-term care homes following 'gut-wrenching' military report. *CBC*. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/COVID-19-coronavirus-ontario-update-may-27-emergency-order-1.5586256>

⁹⁹ Hughes Tuohy, C., Flood, C.M., Stabile, M. (2004, juin). How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. *J Health Polit Policy Law* 1. 29 (3): 359–396. doi: <https://doi.org/10.1215/03616878-29-3-359>

ainsi à la dégradation de ce dernier; 2) le privé choisit davantage sa clientèle, gardant bien souvent les patient·e·s les moins malades car les plus rentables, et laissant les cas « plus lourds » au public, contribuant ainsi à faire paraître ce dernier moins « performant »; 3) le privé augmente de façon globale les coûts du système de santé sans en améliorer l'accès, la pertinence ou la qualité. À ces dangers, en ce qui a trait aux soins de longue durée, on peut ajouter que les établissements privés ne réinvestissent pas les bénéfices dans l'amélioration des installations et des soins offerts aux patient·e·s.

LES IMPACTS DE LA PANDÉMIE SUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES

Une pandémie apporte son lot d'inquiétudes et de changements. Elle déstabilise l'accès aux soins, elle met au défi notre capacité de résilience et elle endeuille des familles. Les ravages de la COVID-19 mettent à l'épreuve les structures de notre système de santé, mais tout le monde n'est pas affecté de la même manière par la pandémie. Malheureusement, le plus souvent les personnes déjà vulnérables souffrent davantage de ces bouleversements.

Nous discuterons dans ce chapitre des populations vulnérables et/ou marginalisées qui sont particulièrement affectées par la pandémie, en tentant d'exposer que l'offre de soins les concernant est inégale et encore plus affaiblie par la crise actuelle. Ce survol n'est certainement pas exhaustif. Nous n'aborderons que brièvement cette problématique, et nous savons que plusieurs autres groupes de personnes non citées dans ce rapport sont aussi touchés par la crise. Le fait que nous n'abordons pas en détail leur situation ici ne vise pas à diminuer l'importance de l'impact de la pandémie vécue par ces groupes.

La santé mentale

La santé mentale de tou·te·s et chacun·e est chahutée; que ce soit par l'isolement, l'insécurité face à la situation mondiale, les pertes d'emplois ou les deuils. Durant les derniers mois, nous avons beaucoup entendu parler de l'impact de la pandémie sur la santé mentale, et avec raison : la crise actuelle engendre une augmentation inédite des besoins en santé mentale. Pour ne nommer qu'un exemple, une récente enquête menée par l'Université de Sherbrooke montre que les niveaux de dépression en juin 2020 étaient trois à quatre fois plus élevés qu'avant la pandémie¹⁰⁰. La journaliste Marie-Ève Cousineau nous apprenait récemment qu'il y a une augmentation de 20% des réclamations aux assurances privées pour des antidépresseurs entre janvier et août 2020, en comparaison à la même période l'année précédente¹⁰¹. Le docteur Luigi de Benedictis, psychiatre à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, explique en entrevue à La Presse que le Canada commence déjà à ressentir une augmentation importante de la demande en santé mentale¹⁰². Paradoxalement, beaucoup de services ont dû être arrêtés : groupes de soutien, organismes communautaires, etc. Plusieurs experts estiment que la pandémie aura des répercussions sur les besoins en santé mentale pendant des années. Une étude se basant sur des catastrophes canadiennes récentes (par exemple, les incendies de forêt à Fort McMurray ou la crise économique de 2008-2009) a établi des projections pour les années à venir et suggère que l'incidence des troubles liés à l'humeur

¹⁰⁰ Généreux, M and al. (2020, 17 juin). *Enquête internationale menée par l'Université de Sherbrooke sur les impacts psychosociaux de la pandémie à COVID-19*. Université de Sherbrooke. <https://www.usherbrooke.ca/relations-medias/communiqués/2020/juin/communiqués-detail/c/42986/>.

¹⁰¹ Cousineau, M. (2020, 22 septembre). Le nombre de Québécois sous antidépresseurs augmente depuis le début de la pandémie. *Le Devoir*. https://www.ledevenir.com/societe/sante/586403/sante-mentale-la-pandemie-pese-lourd-sur-le-moral?utm_medium=email&utm_source=10317&utm_campaign=Le+courrier+du+soir+-+22+septembre

¹⁰² Despatie, A. (2020, 18 juin). La santé mentale dans l'angle mort de la pandémie. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1713357/depression-anxiete-stress-deconfinement-coronavirus>

et à l'anxiété pourrait augmenter de 3% après la pandémie. Les femmes seraient particulièrement touchées. Il y a un lien à faire avec cette donnée et le fait que les personnes touchées par une perte d'emploi dû à la crise sont à plus de 68% des femmes.¹⁰³ Effectivement, les pertes d'emploi reliés à la COVID-19 touchent plus particulièrement le commerce de détails et des services, dont la majorité des employé·e·s sont des femmes¹⁰⁴. De plus, les femmes sont surreprésentées dans la tranche de personnes ayant un faible revenu, les mettant donc encore plus à risque de perdre leur emploi. Les femmes sont aussi surreprésentées dans les emplois de première ligne en santé comme PAB, infirmières ou inhalothérapeutes, en contact direct avec des patient·e·s atteint·e·s ou à risque d'être atteint·e·s de la COVID-19, augmentant ainsi le risque de s'infecter et transmettre la maladie à leurs proches.

Réaction du gouvernement et analyse des engagements

Au début de la pandémie, le gouvernement a mandaté l'INESSS de produire un rapport sur l'impact de la pandémie sur la santé mentale des employé·e·s en santé, une initiative intéressante. Ce rapport, finalisé en avril 2020, souligne que les acteurs et actrices du réseau de santé sont particulièrement à risque d'une détérioration de leur santé mentale, notamment au niveau de la consommation de substances psychoactives, d'état de stress post-traumatique et de souffrance morale face à la souffrance des patient·e·s¹⁰⁵. Le rapport souligne que pour contrer ces effets, il importe de faire des changements importants dans les milieux de travail. Ils mentionnent entre autres l'augmentation du personnel et la mise en place d'activités de soutien. Ces mesures se sont-elles concrétisées? Pour des éléments de réponse, nous vous référons au chapitre précédent qui discute plus précisément des conditions de travail du réseau en temps de pandémie.

Pour faire suite au rapport de l'INESSS, mais aussi au climat ambiant de détresse psychologique dans la population souligné par plusieurs experts, le gouvernement a produit le *Plan d'action: services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19*¹⁰⁶. Ce plan souligne que ce serait plus de 15% de la population québécoise qui vivrait une détresse psychologique importante à l'heure actuelle, en comparaison à une prévalence de 2% avant la crise. Nous aimerions souligner quelques faits saillants mis de l'avant dans le plan du gouvernement. Des 31 M\$ d'investissements pour un «

¹⁰³ Bryden, J. (2020, 5 août). COVID-19: l'impact sur la santé mentale se ferait sentir pendant des années. *La Presse*. [https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-08-05/covid-19-l-impact-sur-la-sante-mentale-se-ferait-sentir-pendant-des-annees.php#:~:text=\(Ottawa\)%20Une%20nouvelle%20C3%A9tude%20laisse,de%20toucher%20particuli%C3%A8rement%20les%20femmes](https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-08-05/covid-19-l-impact-sur-la-sante-mentale-se-ferait-sentir-pendant-des-annees.php#:~:text=(Ottawa)%20Une%20nouvelle%20C3%A9tude%20laisse,de%20toucher%20particuli%C3%A8rement%20les%20femmes).

¹⁰⁴ Conseil du statut de la femme du gouvernement du Québec. (2020, 28 mai). *Impacts économiques de la pandémie sur les femmes*. Gouvernement du Québec. <https://csf.gouv.qc.ca/article/publicationsnum/les-femmes-et-la-pandemie/economie/impacts-economiques-de-la-pandemie-sur-les-femmes/>

¹⁰⁵ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020, 8 avril). *COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_SM_personnel_reseau.pdf

¹⁰⁶ Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Plan d'action: services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de Covid-19*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-131W.pdf>

rehaussement des services psychosociaux et des services en santé mentale », 11.7 M\$ serviront à l'ajout de ressources professionnelles. Sans chiffrer les initiatives, le plan souligne qu'il veut « continuer l'évaluation des nouvelles demandes en santé mentale », faire une « intensification du repérage et suivi effectué auprès de la clientèle par téléphone ou en télésoins », une « intensification des services de suivi intensif dans le milieu (SIM) pour les personnes présentant des troubles sévères pour éviter le recours à l'urgence et à l'hospitalisation », un « ajout de personnel supplémentaire pour assurer les soins et les services dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie » et finalement fournir des fonds afin d'offrir des hospitalisations en psychiatrie pour les personnes atteintes du coronavirus. À cela s'ajoute un fonds ajouté quelques semaines plus tard de 14 M\$ pour renforcer le programme d'aide aux employé·e·s et faire bénéficier le personnel de plus de séances de soutien psychologique¹⁰⁷.

On comprend avec ce plan que le gouvernement Legault reconnaît les problèmes en santé mentale dans le contexte de pandémie. Il importe par contre de faire une analyse critique de ces engagements. Tout d'abord, soulignons que nous n'avons pas encore entendu des acteurs et des actrices sur le terrain rapporter avoir été témoins des fruits de ces idées. Nulle part dans les médias nous n'avons eu écho que les mesures mises en place avaient réellement aidé à la crise, à savoir même si les mesures divulguées étaient visibles dans le milieu (notamment en ce qui a trait à l'ajout de personnel). Les intervenant·e·s sont toujours débordé·e·s par l'intensification des demandes et nous n'entendons peu, voire aucunement, parler de l'ajout de personnel dans les domaines qui comptent le plus (hospitalisation psychiatrique, suivi intensif dans le milieu, etc.).

Deuxièmement, les chiffres annoncés sont à remettre en perspective. Un budget annuel en santé représente des montants très élevés. Pour établir une comparaison et chiffrer le concept, notons que dans le budget gouvernemental pour l'année 2020-2021, les dépenses en santé représentent 43% des dépenses de portefeuille en services sociaux (ce qui inclut l'éducation et tous les autres types de services sociaux soutenus par l'État). Pour l'année en cours, le budget en santé s'élève à 47.8 milliards de dollars, une croissance de 5.3% par rapport à l'année précédente (avec des dépenses totalisant 45.4 milliards de dollars en 2019-2020)¹⁰⁸. Le gouvernement Legault avait annoncé une augmentation des investissements de 1.7 milliards de dollars en santé dès 2020-2021, s'échelonnant jusqu'en 2024-2025¹⁰⁹. En comparaison, le gouvernement a déployé un plan de 2.5 milliards de dollars pour aider le milieu des affaires en temps de pandémie¹¹⁰. Pour faire une comparaison encore plus imagée, le ministère de l'Économie et de l'Innovation annonçait le 18 juin dernier qu'il allait offrir 14 M\$ à l'entreprise GHGSat, une entreprise de technologies vertes, pour appuyer sa croissance

¹⁰⁷ Ministère de la santé et des services sociaux Québec. (2020, 8 mai). *Pandémie de la COVID-19 – 14 M\$ pour bonifier le soutien psychologique à nos anges gardiens*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2108/>.

¹⁰⁸ Gouvernement du Québec (2020, 10 mars). *Votre avenir votre budget Plan budgétaire 2020-2021*. http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2020-2021/fr/documents/PlanBudgetaire_2021.pdf

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Plante, C. (2020, 19 mars). Québec dévoile un programme de 2,5 G \$ pour aider les entreprises et l'économie. *L'actualité*. <https://lactualite.com/actualites/quebec-devoile-un-programme-de-25-g-pour-aider-les-entreprises-et-leconomie/>

par l'entremise d'Investissement Québec¹¹¹. Cet investissement a été peu publicisé, faisant partie d'investissements plus larges. En comparaison, les 11.7 M\$ débloqués pour augmenter le personnel en santé mentale et en services sociaux nous apparaît bien maigre, mais il a pourtant été bien plus publicisé.

Enfin, non seulement les investissements en temps de crise sont mineurs, mais à cela s'ajoute le fait que la santé mentale souffre de sous-financement chronique depuis de nombreuses années. La santé mentale (comme la santé publique et les soins aux aîné·e·s) est malheureusement souvent le parent pauvre de la médecine. Il n'est donc pas étonnant qu'il ait été difficile de réagir rapidement et de prodiguer des services renforcés et adéquats en temps de pandémie si nous avons déjà des difficultés à répondre à la demande avant la pandémie. Le COSME, organisme œuvrant en santé mentale au Québec depuis de nombreuses années, déplorait déjà que la santé mentale était négligée dans le budget provincial de 2018-2019 : la part du budget pour la santé mentale ne représentait que 3% des dépenses du ministère. Qui plus est, la santé mentale est le secteur qui affiche le taux de croissance des dépenses le plus faible¹¹². Le COSME se positionne de nouveau par rapport au budget 2019-2020 et nous explique que le budget prévoyait une augmentation des dépenses en santé mentale de 5.4% (ce qui équivaut environ au taux de croissance des autres secteurs), mais pour redescendre par la suite à 4.1% les deux années suivantes. Il souligne que les maigres augmentations en santé mentale représenteront seulement l'augmentation des coûts du système, et ne pourront se traduire en une augmentation de services¹¹³. L'association canadienne pour la santé mentale a produit un rapport très éclairant sur l'équité en santé mentale en 2018. On peut y lire que « consacrant seulement 7.2 % de ses dépenses de santé aux services en santé mentale, le Canada met ainsi la santé mentale des Canadiens en péril. Par rapport à tous les pays membres du G7, il est celui qui consacre la plus faible proportion de dépenses en santé mentale. Par exemple, le système de santé en Angleterre attribue 13% de ses dépenses de santé aux services en santé mentale. Cependant, une analyse récente de l'OCDE portant sur les dépenses liées aux services en santé mentale à travers le monde a conclu que même les 13% des dépenses de l'Angleterre risquent d'être insuffisants, considérant que les troubles mentaux représentent jusqu'à 23% du fardeau total des maladies. »¹¹⁴

Psychologues à la rescousse

Devant les besoins criants en santé mentale, plusieurs psychologues québécois·es (plus de 800) se sont regroupé·e·s et ont créé un regroupement « COVID-19 pysys engagés et en action ». Leur idée

¹¹¹ Ministère de l'Économie et de l'Innovation. (2020, 18 juin). *Québec accorde 14 M\$ à l'entreprise GHGSat pour appuyer sa croissance*. https://www.economie.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqués-de-presse/communiqué-de-presse/?no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=24735&cHash=b43a738e943652efcc8dc3efab92228d

¹¹² Réseau Cosme. (2018, 28 mars). *Budget du Québec 2018-2019 : la santé mentale encore négligée*. Cosme. <https://cosme.ca/budget-du-quebec-2018-2019-la-sante-mentale-encore-negligee/>

¹¹³ Réseau Cosme. (2019, 26 mars). *Le budget 2019-2020 et la santé mentale : de bonnes et de moins bonnes nouvelles*. Cosme. <https://cosme.ca/le-budget-2019-2020-et-la-sante-mentale-de-bonnes-et-de-moins-bonnes-nouvelles/>

¹¹⁴ Association canadienne pour la santé mentale. (2018, Septembre). *Mettre fin à la disparité en santé au Canada*. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2018/09/CMHA-Parity-Paper-Full-Report-FR.pdf>

était de créer une cellule de crise par rapport au coronavirus et d'offrir leurs services au public, eux qui travaillent normalement majoritairement au privé. Malgré cela, le ministère de la Santé n'a pas « *estimé avoir besoin d'eux* »¹¹⁵ et il n'y a jamais eu de suite à leur demande. Pourtant, la situation sur le terrain nous dit le contraire, sachant que les besoins en santé mentale augmentent. L'initiative des psychologues aurait pu être utilisée de plusieurs manières. Nous pensons entre autres à un déploiement des psychologues dans les hôpitaux, à un déploiement des psychologues dans les écoles publiques à partir de septembre, à des cliniques ambulatoires et temporaires de psychologie publiques, etc. Pourquoi s'est-on privé de cette expertise?

Enfin, à cela s'ajoutent le sous-financement et l'inaccessibilité des soins en psychothérapie. MQRP milite depuis longtemps pour l'inclusion de la psychothérapie dans le panier de services public¹¹⁶. Il s'agit d'un service de santé essentiel, mais actuellement très peu accessible à la majorité de la population. Le pas à faire pour le rendre plus accessible en temps de pandémie à bas coût pour la population est immense, étant donné qu'il n'est pas couvert par la RAMQ. L'IRIS soulignait récemment que l'argent octroyé aux services de psychothérapie au public depuis 2017 couvrait « environ 146 \$ pour chacune des 240 000 personnes ciblées par la mesure. Cela représente entre une (1) et deux (2) séances chez un ou une psychothérapeute et peut-être un accompagnement pour se prodiguer des soins soi-même »¹¹⁷. Il ajoute que l'argent injecté de plus à cet effet en temps de pandémie reste minime par rapport au budget global : « si nous voulions atteindre les standards de l'Angleterre ou de l'Australie, ce budget devrait plutôt être de l'ordre de 300 M\$ ».

Personnes immigrantes et réfugiées

Comme mentionné précédemment, la maladie n'affecte pas tout le monde de la même manière. On apprenait récemment que les personnes immigrantes en Ontario sont particulièrement affectées par la COVID-19 : 44% des cas de contamination concernent des personnes immigrantes dans le premier trimestre de l'année 2020 dans cette province¹¹⁸. Bien que déplorable, la situation n'est pas étonnante : les personnes issues de l'immigration (particulièrement les femmes) sont surreprésentées dans les emplois en santé et dans les services essentiels. L'institut de recherche à but non lucratif ICES souligne aussi que les habitations surpeuplées et multigénérationnelles

¹¹⁵ Porter, I. (2020, 2 avril). Les psychologues offrent en vain leurs services à Québec. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/576256/desarroi-chez-les-psychologues>

¹¹⁶ Médecins québécois pour le régime public. (2016, Juin). *Pour une collaboration publique Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec*. <http://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2016-autres-prof.pdf> et MQRP.

¹¹⁷ Schepper, B. (2020, 9 octobre). *Québec doit ajouter 500M\$ en santé mentale*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques. https://iris-recherche.qc.ca/blogue/quebec-doit-ajouter-500-m-en-sante-mentale?fbclid=IwAR05aYeVc_-dcdrZGWdYmo6p-jjtBWL2SLk36ze18efEOXPJqG_6HlxKPvw.

¹¹⁸ The Canadian Press. (2020, 9 septembre). Immigrants, refugees nearly half of Ontario's COVID-19 cases but only a quarter of the population: study. *CBC*. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/immigrants-refugees-covid-ontario-1.5717277>

pourraient jouer un rôle dans cette disparité majeure¹¹⁹. Non seulement il est difficile pour les personnes immigrantes et réfugiées d'avoir un accès adéquat au système de santé public, mais beaucoup de ces personnes ont participé à faire du bénévolat dans les CHSLD lors du début de la crise, et beaucoup travaillent dans le système de santé via l'entremise d'agences de placement (voir section précédente du rapport). La table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) a mené un sondage auprès de plus de 400 demandeurs et demandeuses d'asile québécois ayant travaillé dans les services essentiels durant la pandémie. Ils y découvrent qu'il y a « un accès fort limité aux services publics pour les demandeurs et demandeuses d'asile alors que les soins de santé auraient dû être accessibles et que des services de garde d'urgence avaient été mis en place pour les travailleurs et travailleuses essentiel·le·s. Cette situation s'explique notamment par une difficulté d'accès à l'information chez les demandeurs et demandeuses d'asile concernant leurs droits aux services de santé, un manque d'accompagnement et de soutien ainsi que la méconnaissance au sein même des institutions publiques. Ces institutions elles-mêmes étaient mal informées et véhiculaient des informations inexactes »¹²⁰. Parmi les demandeurs et demandeuses d'asile ayant contracté la COVID-19 en travaillant dans les services essentiels, on souligne que 28% d'entre eux et elles n'ont pas touché de revenu d'emploi ou d'aide d'urgence gouvernementale quand ils ou elles étaient malades ou en attente de test, devant compter sur leurs propres économies. Le sondage nous apprend aussi que chez les personnes qui ont eu des symptômes s'apparentant à ceux du coronavirus, 64% ont eu de la difficulté à avoir accès à des soins de santé adéquats. Rien n'est dit dans le *Plan d'action : services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19* spécifiquement par rapport aux personnes immigrantes et réfugiées. Pourtant, on y parle de plusieurs populations marginalisées qui sont particulièrement touchées par la crise (gens souffrant de problèmes de toxicomanie, violence conjugale, etc.).

D'un point de vue systémique, il est impératif de s'attarder aux disparités socio-économiques touchant les personnes immigrantes. Un système de santé public se doit de s'assurer que ses employé·e·s (souvent des femmes issues de l'immigration) ont accès à des soins, des tests de dépistage et un matériel de protection adéquat. Il doit aussi s'assurer que la pandémie ne va pas toucher de manière disproportionnée les personnes qui sont déjà en situation de vulnérabilité. Sans cela, notre système de santé participe à la perpétuation des disparités socio-économiques dans un contexte de racisme systémique, bien présent dans le système de santé québécois.

Personnes en situation d'itinérance

Le sujet des personnes en situation d'itinérance a aussi fait les manchettes à de maintes reprises durant le printemps 2020. Au-delà de la possibilité d'attraper la COVID-19, c'est avant tout un enjeu

¹¹⁹ Data discovery and better health. (2020, 9 septembre). *ICES releases report on COVID-19 in immigrants, refugees and other newcomers in Ontario*. IC/ES. <https://www.ices.on.ca/Newsroom/Announcements-and-Events/2020/ICES-releases-report-on-COVID-19-in-Immigrants-Refugees-and-Other-Newcomers-in-Ontario>

¹²⁰ Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes. (2020, 17 septembre). *Communiqué de presse - témoignages de près de 400 demandeur·se·s d'asile travaillant dans les services essentiels*. TCRI. <http://tcri.qc.ca/nouvelles/430-communique%C3%A9-de-presse-t%C3%A9moignage-de-pr%C3%A8s-de-400-demandeur-se-s-d-asile-travaillant-dans-les-services-essentiels>

de survie qui résonne le plus. Un article de Radio-Canada mentionnait à ce propos que « contracter la COVID-19, ce n'est pas forcément ce qui fait peur aux itinérants montréalais, pour qui il est impossible de se confiner à la maison. La plupart d'entre eux luttent avant tout pour trouver un toit, un centre d'injection supervisée ou encore le moyen d'acheter à manger, alors que la quasi-totalité des commerces n'acceptent plus l'argent comptant.¹²¹ » De plus, plusieurs centres d'hébergement d'urgence et centres de jour pour personnes en situation d'itinérance ont dû réduire leur capacité d'accueil de façon significative tout en réajustant leurs règles de fonctionnement afin de respecter les mesures sanitaires. Contrairement au climat printanier plus clément de la première vague, l'arrivée des grands froids soulève des grandes inquiétudes et des questionnements. Comment assurer un accès à de l'hébergement, des services et des soins à une population très mobile souvent sans accès à des moyens de télécommunication, qui dépendent de nombreux services communautaires et institutionnels opérant maintenant à capacité souvent réduite, et qui en plus font face à de nombreux obstacles limitant le confinement et la distanciation physique? Non seulement les personnes en situation d'itinérance ont été très touchées par la COVID-19, mais la pandémie a aussi poussé des gens à la rue, étant donné les pertes d'emplois et l'instabilité financière vécue par une partie de la population.¹²² Selon la mairesse Valérie Plante, le nombre de personnes en situation d'itinérance à Montréal aurait plus que doublé depuis le début de la pandémie¹²³. Il s'agit d'un enjeu crucial de santé publique qui doit être pris très au sérieux.

Réaction du gouvernement et analyse

Bien que le plan d'action du gouvernement provincial fasse mention à quelques reprises d'investissements touchant les personnes en situation d'itinérance, l'aide s'est concrètement organisée de manière locale et décentralisée. À Montréal par exemple, afin de répondre aux multiples besoins de cette population lors de la première vague de la pandémie, des installations d'accueil temporaires ont été érigées conjointement avec la Ville de Montréal, la Santé publique, les volets cliniques des différents CIUSSS et différents organismes communautaires (les grands refuges de la ville, la Croix-Rouge, Médecins du monde, des organismes œuvrant auprès des personnes issues des Premières Nations et des peuples Inuit du Québec, etc.). Ainsi, le 27 mars 2020, la mairesse Valérie Plante déclarait l'urgence sanitaire dans la ville, une décision motivée entre autres pour « venir en aide aux plus démunis »¹²⁴. La ville mettait entre autres en place plusieurs mesures pour ce qui est de l'hébergement et de services de base : hôtels privés réquisitionnés, arénas offrant des lits temporaires et différents autres sites ont été mis à disposition en plus d'ouvrir des tentes mobiles

¹²¹ Jung, D. (2020, 13 avril). Contracter la COVID-19, moindre souci des itinérants. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1693445/coronavirus-itinerants-sans-abri-montreal-covid-injections-supervisees>

¹²² Marin, S. (2020, 30 juin). La crise de la COVID-19 a mené des gens à la rue. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-07-30/la-crise-de-la-covid-19-a-mene-des-gens-a-la-rue.php#:~:text=ARCHIVES%20LA%20PRESSE-,La%20crise%20de%20la%20COVID%2D19%20a%20men%C3%A9%20des%20gens,d%C3%A9%20fort%20difficile%2C%20des%20itin%C3%A9rants.>

¹²³ Cyr, G. (2020, 18 septembre). Deux fois plus d'itinérants à Montréal depuis la COVID-19. *TVA nouvelles*. <https://www.tvanouvelles.ca/2020/09/18/litinerance-a-double-a-montreal-pendant-la-pandemie>

¹²⁴ Donahue, Y. (2020, 22 mai). Des ressources pour itinérants aux prises avec des cas confirmés de COVID-19. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1705179/refuges-itinerance-metropole-maladie-infection-contagion>

dans différents endroits de la ville afin de fournir repas et matériel sanitaire aux personnes en collaboration avec des organismes communautaires¹²⁵. L'ancien Hôpital Royal-Victoria a aussi été transformé afin d'accueillir les personnes en situation itinérante affectées par la COVID-19 ou en attente de résultat et présentant des enjeux importants de toxicomanie. Avec la deuxième vague actuelle, des initiatives similaires sont déjà opérationnelles ou en voie de l'être.

Ces initiatives locales, issues de la débrouillardise et de la motivation d'organismes communautaires, de personnel soignant sur le terrain, et du palier gouvernemental municipal, a su démontrer que travailler avec une population connue et connaître les besoins du territoire octroie plusieurs avantages : réagir vite, être capable de s'ajuster en chemin et travailler en collaboration avec les personnes et les acteurs du milieu concerné. Mais ce n'est pas sans coût pour les différent·e·s intervenant·e·s qui accompagnent ces personnes. Les employé·e·s du réseau de la santé et des services sociaux ont aussi subi des conséquences directes en termes de surcharge de travail, de délestage de personnel et d'impuissance vécue face aux conditions de vie encore plus altérées de ces individus. Également, les services essentiels fournis par les organismes communautaires travaillant conjointement avec le réseau, mais palliant aussi à certains bris de service et lacunes de ce même réseau, ont été mis en lumière. Nous avons d'ailleurs déjà abordé leur travail essentiel et leurs difficultés de financement dans un précédent rapport annuel portant sur le philanthrocapitalisme en santé, auquel nous vous référons¹²⁶.

En somme

La pandémie COVID-19 a mis en lumière de nombreuses disparités dans les soins de santé : tout le monde n'a pas accès à la santé de la même manière. Certaines personnes sont plus atteintes de la COVID-19 que d'autres, et la pandémie elle-même vient chambouler le système de soins, rendant plus difficile l'accès à la santé pour des personnes pour qui il était déjà ardu d'y avoir accès. Nous avons brièvement survolé comment la pandémie affecte particulièrement les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les personnes réfugiées ou issues de l'immigration et les personnes en situation d'itinérance, et avons argumenté que la réponse du gouvernement à ces disparités est jusqu'à maintenant insuffisante.

¹²⁵ Radio-Canada. (2020, 28 mars). L'aide pour les personnes itinérantes s'organise à Montréal. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1689303/coronavirus-itinerants-sans-abri-montreal-urgence-sanitaire-square-cabot>

¹²⁶ MQRP. Mai 2019. *Le « philanthrocapitalisme » des fondations en santé*. <https://drive.google.com/file/d/1l0sUWUTZWmgGw7qU--qSOaS-bTTuNtzD/view>

LE RECOURS AU PRIVÉ PENDANT LA PANDÉMIE : COMMENT ÉVITER LES PIÈGES

Une crise de l'ampleur de celle de la pandémie actuelle, désastreuse à bien des égards pour les plus démunis de la société, demeure néanmoins une opportunité pour les gouvernements de faire avancer leur agenda néolibéral. Ce phénomène, appelé « capitalisme du désastre » par l'activiste et auteure Naomi Klein, explique la tendance des gouvernements de droite à profiter du choc et du désarroi causés par des catastrophes, humaines ou naturelles, pour mettre en place des politiques en faveur du libre marché, comme la dérégulation, les réductions d'impôt, la suspension de la démocratie et, bien évidemment, la privatisation¹²⁷; le tout dans le but de « relancer l'économie ».

Certains gouvernements provinciaux canadiens ont déjà élaboré de telles politiques. Notamment, pensons au gouvernement albertain, déjà engagé depuis un certain temps sur la voie de l'austérité¹²⁸, et au gouvernement caquiste de François Legault, avec sa tentative ratée de mettre en place le projet de loi 61¹²⁹. Dans les deux cas, le même thème ressort : l'État prend des décisions sous le couvert de la relance économique pour favoriser les élites économiques, aux dépens du bien collectif.

Étant donné l'impact marqué de la pandémie sur le système de santé public, le gouvernement actuel doté d'une vision pro-entreprise et la tendance des dernières années à promouvoir la privatisation de la santé comme solution aux maux du système public, il est fort à parier que la pandémie sera vue comme une opportunité pour le gouvernement d'accentuer le virage vers le privé¹³⁰. De plus, l'endettement important des gouvernements au sortir de cette crise sera également une occasion d'avoir recours une fois de plus aux mesures d'austérité¹³¹.

Relance des chirurgies au privé

Déjà, le retard significatif accumulé dans les chirurgies suite à la fermeture des salles d'opération pendant la première vague de la COVID-19 a amené le gouvernement à se tourner vers les cliniques de chirurgie privées dans l'objectif de combler ce déficit. Effectivement, on estimait à plus de 92 000 le nombre de chirurgies en attente au Québec le 4 septembre dernier, un chiffre inédit¹³². Dans la

¹²⁷ Grafton, K. (2020, 11 mai). Shock-and-wave Pandemics. *Canada's National Observer*. <https://www.nationalobserver.com/2020/05/11/opinion/shock-and-awe-pandemics>

¹²⁸ Alexander, C., Stanley, A. (2020, 29 avril). Disaster capitalism: Coronavirus crisis brings bailouts, tax breaks and lax environmental rules to oilsands. *The Conversation*. <https://theconversation.com/disaster-capitalism-coronavirus-crisis-brings-bailouts-tax-breaks-and-lax-environmental-rules-to-oilsands-135996>

¹²⁹ Boisclair, V. (2020, 19 août). La CAQ abandonne le projet de loi 61 sur la relance économique. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1727704/gouvernement-legault-projet-loi-61-sonia-lebel>

¹³⁰ Hardcastle, L., Ogbogu, U. (2020, 16 juillet). Opinion: Alberta's Bill 30 is a gateway to privatization and cronyism. *Edmonton Journal*. <https://edmontonjournal.com/news/politics/opinion-albertas-bill-30-is-a-gateway-to-privatization-and-cronyism>

¹³¹ Hébert, G. (2020, 21 avril). *Je me souviens de l'austérité*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/je-me-souviens-de-l-austerite>

¹³² Lacoursière, A. (2020, 4 septembre). Plus de 92 000 opérations retardées: « Il faut trouver des solutions ». *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/COVID-19/2020-09-04/plus-de-92-000-operations-retardees-il-faut-trouver-des-solutions.php>

sphère médiatique, la seule solution discutée par les politicien·ne·s mais également des médecins, dont Dr Serge Legault, président de l'Association québécoise de chirurgie, et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), semble être l'octroi de ces chirurgies en attente aux cliniques médicales spécialisées (CMS) privées⁵. Six (6) ententes ont déjà été conclues avec des CMS, et le gouvernement semble disposé à en signer d'autres.

MQRP s'était déjà positionné dans le passé quant au « projet-pilote » des chirurgies au privé payées par le public¹³³. Ce projet-pilote, qui semble de plus en plus s'éterniser, est la conséquence du désinvestissement en santé des gouvernements successifs, obnubilés par l'idée de réduire la taille et surtout le coût de notre système socio-sanitaire. À l'époque, sous les réformes du gouvernement libéral et du ministre de la santé et des services sociaux Gaétan Barrette, les conditions de travail avaient mené à un manque de personnel en salles d'opération. Ce contexte était favorable à l'émergence de cette façon de faire qui s'alimentait du désinvestissement dans le réseau public. D'ailleurs, dans un article paru sur le projet-pilote au Centre RocklandMD, un chirurgien en faveur de cette initiative disait: « Quand Sacré-Cœur réussira à embaucher – et garder – suffisamment d'infirmières et de préposé·e·s, on les fermera, ces centres de chirurgie là, mais pour l'instant, c'est une soupape nécessaire et sécuritaire »¹³⁴.

Ainsi, au cœur de la pandémie, les conditions de travail continuent de rester difficiles pour les infirmières, menant à une augmentation des démissions des infirmières par rapport à l'année précédente¹³⁵. Ces démissions viennent s'ajouter au manque de personnel chronique, contribuant à l'augmentation des délais en chirurgie. Le gouvernement, au lieu de trouver des moyens pour améliorer lesdites conditions de travail des professionnel·le·s de la santé, se tourne à la place vers les cliniques privées, qui continuent de prendre de plus en plus de place. De plus, ce virage contribue à drainer du personnel du secteur public vers le secteur privé, empirant une situation déjà précaire.

De plus, nous questionnons également la capacité réelle des CMS de remédier aux besoins en matière de chirurgie semi-urgentes qui ont pris du retard, notamment en oncologie ou en chirurgie vasculaire, thoracique et cardiaque. Les chirurgies habituellement prodiguées dans les CMS sont des chirurgies électives en orthopédie ou en ophtalmologie, qui requièrent moins de soins post-opératoires et qui sont à faible risque de complications. Le retard à rattraper et les besoins plus urgents ne concernent pas ce type de chirurgie, et nécessite dans la plupart des cas des soins post-opératoires intra-hospitaliers, alors que les CMS n'ont pas cette capacité. De plus, considérant le déficit en personnel soignant dans les milieux hospitaliers dû à la pandémie, il est possible que l'augmentation du roulement en CMS entraînerait un transfert de ressources humaines du système public vers le système privé, réduisant ainsi la capacité de prodiguer les chirurgies plus urgentes au public.

¹³³ Médecins québécois pour le régime public. (2019, 26 avril). *Fil d'actualité – Réaction à un article publié par La Presse le 23 avril 2019*. <http://mgrp.qc.ca/2019/04/fil-dactualite-reaction-a-un/>

¹³⁴ Touzin, C. (2019, 23 avril). Projet pilote en chirurgie: la productivité bondit au privé. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-04-23/projet-pilote-en-chirurgie-la-productivite-bondit-au-privé>

¹³⁵ Boily, D., Gentile, D. (2020, 15 septembre). Des centaines d'infirmières quittent le métier. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1734070/departs-infirmieres-augmentation-quebec>

Dans le passé, MQRP a déjà soulevé les enjeux en lien avec cette privatisation¹³⁶. Au premier coup d'œil, les patient·e·s semblent ne pas souffrir de celle-ci, les coûts étant assumés par la RAMQ. Toutefois, les cliniques médicales spécialisées, gérées comme des entreprises privées, comportent de sérieux désavantages. Ce sont souvent des organismes à but lucratif, gérées par des médecins et des investisseurs, avec comme objectif de maximiser les profits. Souvent, elles sélectionnent leurs patient·e·s pour choisir ceux et celles qui comportent le moins de risques de complications, et lorsque les complications arrivent, elles envoient les patient·e·s à l'hôpital pour les soins post-chirurgicaux. Elles peuvent donc se targuer d'être plus « productives » ou « efficaces » en déléstent les coûts de leurs complications au public. De plus, au sein de ces cliniques, l'absence d'un comité d'usagers ou d'un ombudsman prive les patient·e·s de recours en cas de plainte. Les CMS fonctionnent donc selon un mode qui contribue à effriter des valeurs essentielles de notre système de santé, en choisissant de traiter en fonction de la rentabilité des soins et des patient·e·s.

L'essor de la télémédecine

Pendant la pandémie, l'essor de la télémédecine a permis aux patient·e·s de poursuivre leurs suivis avec leurs médecins en clinique externe. La croissance impressionnante de la vidéoconférence pendant la pandémie dans toutes les sphères de nos vies a mené à une véritable révolution dans la prestation des soins. On estime présentement que le taux de téléconsultations en médecine de famille est d'environ 30% à 40%¹³⁷, après avoir atteint un sommet au-delà de 80% au pic de la crise. Avant la pandémie, seules les consultations données d'un établissement à un autre étaient couvertes par la RAMQ. Les patient·e·s devaient donc se rendre dans un établissement de soins pour avoir accès à la télémédecine. Toutefois, pendant la pandémie, la RAMQ a décidé de couvrir la télémédecine afin de permettre aux consultations d'avoir lieu en limitant les déplacements¹³⁸, permettant aux patient·e·s de consulter leurs médecins tout en limitant les risques de propagation du virus.

Déjà en 2018, MQRP se positionnait pour la couverture de tous les soins médicalement nécessaires prodigués par la télémédecine¹³⁹, notamment pour empêcher la mixité de pratique et les frais accessoires encourus par les patient·e·s puisque ce service n'était pas couvert. Nous tenons à souligner que la couverture de la télémédecine permet entre autres d'améliorer l'accessibilité des soins, notamment pour les individus à mobilité réduite ou dans des régions éloignées. Il reste néanmoins à voir si cette couverture s'étendra au-delà de la pandémie, chose qui n'est pas encore confirmée. La RAMQ devra rapidement statuer à cet égard. Si la RAMQ accepte de couvrir la télémédecine, elle devra également s'assurer que les médecins ne puissent pas charger de frais en téléconsultation à la fois au privé et au public. Également, il faut s'assurer que la pratique de la télémédecine ne contribue pas à augmenter les inégalités dans l'accessibilité aux soins, en privant de

¹³⁶ Op.cit. MQRP.

¹³⁷ Roy, Guillaume. (2020, 4 septembre). Essor fulgurant de la télémédecine. *L'actualité*. <https://www.lequotidien.com/actualites/essor-fulgurant-de-la-teledemedecine-9a3e164614612ce272984b28eae1893b>

¹³⁸ Morvan, A. (2020, 24 mars). COVID-19 : la télémédecine en réponse à la distanciation sociale. Portail de l'assurance. <https://portail-assurance.ca/article/COVID-19-la-teledemedecine-en-reponse-a-la-distanciation-sociale/>

¹³⁹ Médecins québécois pour le régime public. (2018, 27 novembre). *La télédermatologie*. <http://mgrp.qc.ca/2018/11/fil-dactualite-la-teledermatologie/>.

services les patient·e·s qui ne sont pas en mesure d'accéder à la technologie nécessaire, faute de moyens ou de capacités.

Le cas de Bonjour-Santé

La saga du site web Bonjour-Santé révèle également le penchant du gouvernement québécois pour des solutions privées à des problèmes du réseau de la santé. Rappelons-nous que le site Bonjour-Santé, une entreprise privée, sert à la prise de rendez-vous avec un médecin de famille, moyennant un frais de 20 à 25 dollars (à moins d'être inscrit sur la liste de ce médecin). Déjà, une demande d'action collective avait été déposée contre le site web, indiquant que ce paiement consistait en fait un frais accessoire¹⁴⁰, c'est-à-dire un montant illégal à payer pour accéder à des soins couverts par la RAMQ¹⁴¹.

Puis, au cœur de la pandémie, on apprenait que le gouvernement se livrait à une « guerre ouverte » avec Bonjour-Santé¹⁴². En effet, le gouvernement précédent avait créé sa propre plateforme gratuite de prise de rendez-vous en ligne, Rendez-Vous Santé Québec (RVSQ), mais l'adoption de celle-ci demeurait partielle, notamment à cause de bogues informatiques initiaux ainsi que d'une pauvre intégration avec les applications de dossiers médicaux électroniques existantes, elles-mêmes conçues par des entreprises privées. Le gouvernement tentait en vain d'exiger l'utilisation de la plateforme à travers les cliniques médicales mais celles-ci se montraient réticentes à adopter l'option publique, malgré l'investissement de 11 millions \$ dans cette plateforme.

Finalement, nous apprenions que le gouvernement dépenserait un 3 millions \$ supplémentaire pour créer un « hub » qui intégrerait plusieurs plateformes, privées et publiques, payantes et gratuites¹⁴³. Si un·e citoyen·ne en recherche d'un rendez-vous se retrouve sur une plateforme privée et payante, il ou elle devra quand même en acquitter les frais. Donc, au final, malgré une tentative du gouvernement de créer une plateforme publique pour permettre la prise de rendez-vous pour les citoyen·ne·s, nous nous retrouvons finalement à devoir payer collectivement pour un « hub » où il n'est pas garanti d'avoir accès à un rendez-vous gratuitement. En abdiquant devant le manque de volonté de la part des cliniques d'utiliser une plateforme publique, le gouvernement laisse encore plus de place au privé au sein du système de santé. De plus, dans ce cas-ci, nous assistons véritablement à l'acceptation d'un système à deux vitesses, où les citoyen·ne·s peuvent payer pour un accès plus rapide à un médecin, le tout avec l'aval, voire le financement, de la part du gouvernement.

¹⁴⁰ La presse canadienne. (2018, 21 septembre). Le site Bonjour-Santé est visé par une demande d'action collective. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201809/21/01-5197441-le-site-bonjour-sante-est-vise-par-une-demande-daction-collective.php>

¹⁴¹ Pour plus d'informations sur les frais accessoires, voir notre rapport annuel sur le sujet en 2013, <http://mgrp.qc.ca/wp-content/uploads/2019/01/2013-frais-access.pdf>

¹⁴² Lachance, N. (2020, 29 juin). Guerre ouverte entre Québec et le site internet Bonjour-santé. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2020/06/29/guerre-ouverte-entre-quebec-et-le-site-internet-bonjour-sante>

¹⁴³ Lachance, N. (2020, 19 août). Québec va payer pour Bonjour-santé. *Le Journal de Québec*. <https://www.journaldequebec.com/2020/08/19/quebec-va-payer-pour-bonjour-sante>

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La pandémie actuelle aura permis de faire plusieurs constats sur l'état de notre système de santé, ainsi que de mettre en lumière de façon flagrante ses nombreuses blessures et lacunes découlant de décennies de gestion néolibérale. La succession de réformes, le mode de gestion invariablement à court terme, le mépris pour les gens qui y travaillent et la privatisation rampante conduisent à une mort lente et insidieuse de nos services publics. Ceci aura finalement occasionné beaucoup de souffrance. En effet, face à la pandémie de COVID-19, la succession de coupes budgétaires et les réductions de services ont eu pour effet que le système québécois de santé et de services sociaux s'est retrouvé incapable de répondre aux besoins et de protéger la vie des plus vulnérables. Face à ce constat, nous proposons de rejeter le statu quo et de finalement rebâtir un système de santé à l'image de nos valeurs : un système de santé juste, accessible, uni, fort et couvrant tous les besoins médicalement nécessaires. Il s'agit de la seule solution, ou révolution, permettant de réellement améliorer de façon globale et durable la qualité des soins aux aîné·e·s et aux personnes vulnérables. De même, il est primordial de reconnaître le travail de tout le personnel soignant et de soutien à sa juste valeur, en améliorant significativement leurs conditions de travail.

Pour conclure ce rapport, nous proposons une série de recommandations visant à rebâtir le système public de soins de santé. À l'heure où les sirènes de l'austérité budgétaire nous guettent, il est primordial d'offrir une voix collective différente. Refuser de s'engager dans cette voie est, évidemment, un choix politique.

Des solutions pour améliorer les conditions de travail du personnel soignant

La vague de démission actuelle et le recours croissant à des agences de placements privées ne sont que les symptômes d'un système qui maltraite de manière chronique son personnel soignant. En ce sens, nous recommandons des mesures qui visent à améliorer les conditions de travail du personnel soignant et ainsi leur permettre de donner des soins sans devoir sacrifier leur santé.

D'une part, il est important de reconnaître que la santé n'est pas un domaine qui peut être géré selon des politiques néolibérales visant à minimiser les investissements et la prestation de soins. Il faut ainsi procéder à la formation et à l'embauche massive de personnel (infirmières, infirmières auxiliaires, préposé·e·s aux bénéficiaires) pour atteindre des ratios sécuritaires de patient·e·s /soignant·e·s sur les unités. À cet égard, nous appuyons l'objectif de la FIQ de légiférer pour qu'il existe des ratios sécuritaires standards dans les établissements de santé. Nous saluons aussi l'effort du gouvernement actuel de former massivement de nouveaux préposé·e·s aux bénéficiaires, bien que nous ayons des craintes sur leur encadrement et la pérennisation de leurs conditions salariales.

D'autre part, il ne suffit pas de créer de nouveaux postes; il est impératif d'offrir des conditions de travail décentes aux employé·e·s. Cela signifie que le temps supplémentaire obligatoire et les pouvoirs d'exception ne peuvent être utilisés comme des méthodes de gestion des ressources

humaines. Le personnel soignant doit avoir son mot à dire sur son horaire et doit avoir le droit de travailler dans l'unité dans laquelle il est employé, sans être changé d'établissement au gré des pénuries successives. Ainsi, nous recommandons d'augmenter de manière significative la proportion de postes à temps complet pour le personnel soignant. Nous voyons concrètement qu'il est plus onéreux de gérer un système constamment en pénurie, en tentant de jongler les employé·e·s à temps partiels entre divers établissements et en ayant recours aux agences privées de placement, que d'embaucher du personnel à temps plein. D'ailleurs, une plus grande stabilité au sein des unités entraîne une diminution de la charge de travail, une plus grande continuité auprès des patient·e·s et une meilleure qualité de soins.

Finalement, nous voyons le recours aux agences privées de placement, avant et durant cette pandémie, comme une dérive de notre système public de santé. Au final, cela signifie que le public paye plus cher pour des soins de moins bonne qualité, au profit d'entreprises privées qui, dans certains cas, n'hésitent pas à exploiter les vulnérabilités du système de santé pour leur profit individuel. Sans blâmer le personnel soignant qui utilise des agences de placement pour avoir des conditions de travail plus décentes, nous dénonçons les agences qui capitalisent sur une crise sanitaire pour s'enrichir et nous croyons que l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant dans le système public rendra ces agences obsolètes.

Des solutions pour améliorer la qualité des soins aux aîné·e·s

Actuellement au cœur de la deuxième vague, la crise engendrée par la pandémie appelle à des changements rapides dans la manière dont sont prodigués les soins aux personnes âgées. Plusieurs pays comme l'Australie, qui ont décidé d'implanter des mesures d'urgence rapidement dans les centres d'hébergement, ont vu leur taux de mortalité dans ces milieux être significativement plus bas que celui d'autres pays comparables¹⁴⁴. Ainsi, l'initiative d'embaucher massivement et rapidement des préposé·e·s aux bénéficiaires, grâce à des formations payées et à des postes attrayants, est un exemple à suivre. Par contre, la crise de COVID-19 a également révélé des failles qui demandent des solutions à long terme. Les conditions de vie et de travail déplorables dans certaines résidences pour aîné·e·s nous demandent d'adresser de front une fois pour toute cet enjeu trop longtemps relégué au second rang.

Le manque de personnel soignant et les déplacements de ceux-ci entre les différents établissements de santé a, comme démontré plus haut, grandement contribué aux ravages causés par la COVID-19 dans les résidences pour aîné·e·s. Il apparaît donc clair pour MQRP qu'une embauche massive et une formation de qualité de nouveau personnel œuvrant dans ces établissements est urgente et requise. Pour qu'une telle mesure soit réalisable, les conditions de travail de ceux-ci se doivent d'être attirantes. La première mesure, facilement et rapidement implantable, est simplement une amélioration de leur salaire. Il est grand temps que la rémunération de ces travailleurs et

¹⁴⁴ Canadian Institute for Health Information. (2020). *Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector: How Does Canada Compare With Other Countries?*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-en.pdf>.

travailleuses reflète réellement l'importance unanime que la société accorde à ceux et celles-ci. Qui plus est, il est primordial de garantir ces mêmes conditions de travail aux employé·e·s des CHSLD privés et résidences privées pour aîné·e·s. MQRP suggère également de ne pas utiliser uniquement cette mesure de manière temporaire au plus fort de la crise, mais bien de la maintenir à plus long terme et d'assurer une pérennité de services adéquats dans ces établissements privés. Pour attirer et assurer la rétention de nouveau personnel, les conditions de travail autres que le salaire, doivent également être bonifiées. Des emplois à temps plein, des horaires plus flexibles et l'abolition du temps supplémentaire obligatoire, voilà des mesures qui, en plus d'offrir une qualité de vie supérieure à ces travailleurs et travailleuses, décourageront l'utilisation des agences de placement et limiteront les déplacements de personnel entre les milieux de soins de longue durée.

Nous avons également mis en évidence que la qualité des soins dans les établissements privés est souvent inférieure à celle des établissements publics, en plus de ne permettre aucune réduction des coûts. C'est pourquoi MQRP revendique la nationalisation des CHSLD, qu'ils soient conventionnés ou non. Pour ce faire, nous en appelons également à une extension de la Loi canadienne sur la santé pour y intégrer l'hébergement aux personnes âgées. Cette extension permettrait de s'assurer que ce secteur, qui a historiquement été exclu du système public et laissé en grande partie entre les mains du secteur privé, réponde aux principes cardinaux énoncés par la LCS que sont la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité des soins. Nous sommes d'avis que de cette extension devrait également découler une augmentation des transferts fédéraux en santé, qui servirait à embaucher du nouveau personnel à un salaire décent, à racheter les établissements détenus par le secteur privé et à rénover les centres qui en ont besoin. Les principes de la LCS allant de soi dans un système public fort, la promesse du Québec d'y adhérer ne devrait pas incommoder un gouvernement qui voudrait réellement s'attaquer aux problèmes criants révélés par la pandémie de la COVID-19.

Enfin, nous croyons également que la gouvernance des CHSLD doit être repensée. Contrairement à l'esprit véhiculé dans la loi 10, nous croyons qu'une décentralisation du pouvoir de gestion est indispensable au fonctionnement optimal de ces établissements. Ramener la prise de décision au niveau local, par les travailleurs et travailleuses, les usager·e·s ainsi que leur famille, assurerait pragmatisme et agilité pour prendre des décisions éclairées et signifiantes. Cette décentralisation permettrait de surcroît l'autonomisation et la responsabilisation des travailleurs et travailleuses, des usager·e·s et de leur famille par l'adaptation locale de stratégies.

Plus en amont, nous croyons qu'il est temps d'effectuer de profondes mutations dans la façon dont sont prodigués les soins aux personnes âgées. Les changements proposés plus haut permettront certainement de garantir une plus grande sécurité à nos aîné·e·s en résidence et de meilleures conditions à ceux qui tiennent ce système à bout de bras depuis longtemps, mais les CHSLD devraient demeurer un hébergement de dernière ligne. Il est temps de faire de l'investissement dans les soins à domicile une priorité. Nous croyons fortement à l'importance de la reconnaissance de l'autonomie des personnes âgées et nous croyons qu'il est du devoir du système de santé d'assurer le maintien de celle-ci le plus longtemps possible.

En somme, l'hébergement et les soins de longue durée pour les personnes vieillissantes sont des services essentiels et médicalement nécessaires, et rien ne justifie qu'ils soient exclus de la couverture publique des soins de santé. De plus, la bonification substantielle de l'offre en soins à domicile s'impose comme une solution globale simple et avantageuse.

Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins des personnes vulnérables

La crise sanitaire de la COVID-19 a mis en lumière des inégalités au sein du système public de santé : la pandémie n'a pas affecté tout le monde de la même manière, et certaines populations en souffrent plus. Il est vital d'assurer un réel accès aux soins pour toute la population.

Nous avons vu que la santé mentale de la population est particulièrement mise à l'épreuve avec la pandémie. Vouloir préserver la santé mentale de sa population, c'est faire des investissements directs en psychiatrie et aux organismes communautaires en santé mentale, qui sont chroniquement sous-financés. Il est évident pour nous que les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle majeur dans l'évolution des problèmes de santé mentale. Vouloir préserver la santé mentale de sa population, c'est aussi investir dans le domaine public en amont : en éducation, dans la lutte contre la pauvreté et dans l'accès au logement. Les possibilités d'avoir des soins en psychothérapie au public sont actuellement très minces, et beaucoup de personnes se tournent vers le privé... lorsqu'ils en ont les moyens. L'accès à la psychothérapie doit être complètement revu et élargi. De plus, face au désir des psychologues d'aider la population en temps de pandémie, nous croyons que répondre à leur proposition pourrait aider la population. Pourquoi ne pas redéployer des psychologues qui travaillent au privé dans des fonctions publiques?

Ensuite, nous croyons qu'une certaine part des ajouts aux ressources communautaires devrait soutenir les personnes immigrantes et réfugiées. Ces personnes sont discriminées dans leur accès aux soins, alors que ce sont souvent elles qui sont en contact avec les personnes atteintes de la COVID-19 car elles travaillent en première ligne dans des conditions précaires. Les personnes en situation d'itinérance sont aussi particulièrement touchées par cette crise, et leur situation contient des enjeux de santé publique qui méritent d'être adressés.

NOS RECOMMANDATIONS EN UN COUP D'OEIL

1. Réinvestissement financier massif dans les services publics, qui ont trop souffert des politiques d'austérité budgétaire.
2. Décentraliser la gestion du réseau, et favoriser une gestion locale axée sur les besoins locaux et orientée par les connaissances des intervenant·e·s.
3. Abolir la nouvelle gestion publique; favoriser la reddition de comptes sur la *qualité* des soins, plutôt que la quantité.
4. Étendre la Loi canadienne sur la santé, afin que tous les soins aux aîné·e·s, y compris l'hébergement dans un milieu sécuritaire capable de donner les soins requis, en fassent intégralement partie.
5. Faire des soins à domicile une priorité dans la conception des soins aux personnes âgées, avec les investissements majeurs qui devraient en découler.
6. Embauche et formation massive de personnel soignant : infirmières, infirmières auxiliaires et préposé·e·s aux bénéficiaires pour répondre aux besoins du réseau.
7. Dans l'immédiat, dans le secteur de l'hébergement et des soins aux personnes âgées, assurer les mêmes conditions salariales aux employé·e·s du secteur privé que celles du secteur public.
8. Pérenniser l'amélioration des conditions salariales des préposé·e·s aux bénéficiaires.
9. Ultimement, en finir avec la gestion privée à but lucratif et nationaliser tous les CHSLD privés, qu'ils soient conventionnés ou non.
10. Instaurer des ratios sécuritaires patient·e·s /personnel soignant.
11. Abolir le temps supplémentaire obligatoire.
12. Prendre les mesures nécessaires afin de réduire au maximum notre dépendance envers les agences de placement privées qui devraient uniquement jouer un rôle de soutien très ponctuel. De même, assurer le respect des lois régissant les agences de placement privées en santé notamment en offrant à la CNESST les ressources nécessaires à la réalisation efficace de leur mandat de surveillance.
13. Faire de la santé mentale une priorité, notamment en adoptant de manière urgente un programme d'accès universel à la psychothérapie couvert par le régime public d'assurance-maladie.
14. Soutenir les organismes communautaires dans leur mission, reconnaître leur expertise, et créer des partenariats pour améliorer les soins des patient·e·s vulnérables.

NOUS CONTACTER

CP 48729 Outremont
Outremont, Québec
H2V 4T3

514 638-6659

info@mgrp.qc.ca

<http://mgrp.qc.ca/>

