



LE LIVRE NOIR DU SPSS DU CENTRE SUD

Bilan syndical de la crise de la COVID-19 au
CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal

Août 2020

Table des matières

Mot de la présidente	3
Sommaire	5
Recommandations du Syndicat	8
État des lieux <i>avant</i> la pandémie.....	9
Les parties et le contrat de travail collectif	9
Les fusions de centre d'activités et les rehaussements (printemps 2019).....	10
La prévention et le contrôle des infections (PCI).....	12
La pandémie au quotidien	14
Les communications avec l'Employeur et l'accès à l'information.....	14
La mise en œuvre de l'arrêté 2020-007 et les suivants.....	16
La ligne d'urgence syndicale.....	18
Bilan de la pandémie.....	19
Pour le personnel	19
Quelques données RH sur l'arrêté 007.....	19
Soutien en santé mentale.....	20
Propagation du virus.....	22
Pour les résidents hébergés dans les CHSLD du CIUSSS	25
Pour les Forces armées canadiennes (FAC).....	28
Mise en contexte	28
Observations et défis.....	28
Observations dans les CHSLD du CIUSSS.....	28
Conclusion	29
Pour l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	30
Quelques pistes de solution	33
Annexe 1 – Couverture médiatique du Syndicat	I
Annexe 2 – Données RH	IV
Annexe 3 – Données cumulatives pour les CHSLD	V

« J'adore mon métier, mais je n'accepterai pas de contracter le virus si rien n'est fait afin de garder mon monde en sécurité. Je peux être porteuse sans le savoir. Je n'embrasse plus mes fils de peur de les contaminer. »

Témoignage #567¹

6 avril 2020

¹ Les professionnelles en soins qui ont témoigné ont demandé que leur identité soit protégée. Les témoignages intégraux se trouvent en ligne à l'adresse suivante : <http://www.fiqsante.qc.ca/jedenonce>

Mot de la présidente

Dans ce document, nous présenterons les faits tels qu'ils ont été vécus par le Syndicat, en particulier dans les CHSLD. Nous laisserons à d'autres le soin de déterminer où étaient les institutions du travail, comme la CNESST et les ordres professionnels, au plus fort de la crise.

La crise sanitaire de la COVID-19 a tôt fait de faire voler en éclat les droits conventionnés des professionnelles en soins. La seule obligation des Employeurs fut de communiquer de façon quasi quotidienne avec les syndicats des différentes catégories d'emplois. C'est ce qui a été fait au CIUSSS. Le Syndicat a été clair avec l'Employeur à de nombreuses reprises sur son appréciation de ces rencontres en conférence téléphonique intersyndicales. D'aucune façon ces rencontres n'ont fait en sorte que le Syndicat a entériné l'application des arrêtés ministériels. D'aucune façon les informations reçues n'étaient complètes, fiables ou fournies au bon moment.

Pour jouer adéquatement notre rôle de défense des intérêts de nos membres, le Syndicat doit avoir accès à des données adéquates. Le Syndicat doit aussi être partie prenante des décisions qui ont un impact sur les conditions de travail négociées de ses membres. Il était aussi plus difficile pour le Syndicat de jouer son rôle avec une équipe réduite. En effet, dès le 20 mars 2020, le Syndicat informait l'Employeur que la majorité des représentantes syndicales élues étaient disponibles pour faire cesser leurs libérations syndicales dans le but de prêter main forte sur le terrain. Les représentantes syndicales ont donc été à pied d'œuvre dans les différents milieux de soins jusqu'à la mi-juillet.



11 juin 2020 - Assemblée nationale, Québec

Nous craignons l'après-pandémie, en particulier pour les relations et le climat de travail. Certains centres d'activités ont été mis à l'épreuve pendant la pandémie, des gestionnaires ont pris des mesures draconiennes pour mettre en œuvre « l'arrêté 007 ». Malheureusement, des membres du Syndicat ont entendu des phrases comme « vous n'avez plus de Syndicat » et « je fais ce que je veux avec vous maintenant ».

La direction du CIUSSS devra agir avec fermeté pour bien faire comprendre aux gestionnaires que les conditions de travail des professionnelles en soins sont issues de décennies de négociation entre les parties. Que notre convention

collective est mature et que le contrat social au Québec encourage la présence syndicale.

Si l'urgence sanitaire devait se prolonger, en raison d'une deuxième vague de la pandémie ou d'une mesure législative, nous avons espoir que l'Employeur aura appris de ses erreurs et que le bilan que nous présentons lui servira à identifier ses angles morts et ses défis futurs.



Françoise Ramel

Présidente par intérim, SPSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

Sommaire

Bien avant la pandémie, le Syndicat était préoccupé par la flexibilité et la mobilité de la main-d'œuvre. Cette mobilité a été grandement facilitée par la fusion de la majorité des centres d'activités de la direction des Soins aux aînées en perte d'autonomie (SAPA). De plus, à peine le tiers de ces postes en prévention et contrôle des infections sont occupés. Il nous apparaît donc impossible de prévenir et contrôler les infections, encore moins de développer une culture de prévention.

Ratios professionnelles en soins-patients en PCI :		
	<i>Ratios recommandés INSPQ</i>	<i>Ratios observés au CIUSSS</i>
CHSLD	1 : 250	1 :911 (+364%)
Centre hospitalier	1 : 100-133	1 :143 (+8%)

Au fil de la pandémie, le Syndicat a été laissé dans l'ombre par l'Employeur. Il aura fallu attendre 1 mois après le début de la crise, soit le 17 avril, pour que nous commencions à obtenir des informations claires permettant de comprendre l'état de la crise sanitaire au CIUSSS. En ce qui concerne le déploiement des mesures antisyndicales de l'arrêté 2020-007, le Syndicat n'a jamais obtenu le plan de l'Employeur. Dans la direction SAPA, **870 professionnelles en soins ont perdu des congés fériés ou des vacances entre le 26 avril et le 23 mai 2020 :**

- 346 ont perdu des vacances pour la période d'hiver;
- 362 ont perdu le congé férié de la fête des Patriotes (F12 - le lundi qui précède le 25 mai);

En dépit de questions insistantes du Syndicat dès le 5 mai 2020, le sort des vacances estivales n'a été connu qu'à la fin du mois de juin. Au moment de rédiger ce document, le Syndicat ne possédait pas le bilan des vacances annulées pour la période estivale 2020.

Les professionnelles en soins de la catégorie 1 sont celles qui ont été délestées dans la plus grande proportion. À la fin du mois d'avril, elles représentaient au moins 42% des salariées délestées au CIUSSS. Toutefois, ce n'est que le 5 mai 2020 que l'Employeur a rencontré le Syndicat pour présenter la séquence de délestage des salariées effectuée depuis le début de la crise sanitaire. Pour l'ensemble des 380 salariées du CIUSSS délestées à la fin du mois d'avril, seulement 11 avaient exprimé un refus d'être déplacées dont 5 professionnelles en soins, moins de 3% d'entre elles.

Pour le Syndicat, l'Employeur n'a pas été en mesure de soutenir et d'écouter les professionnelles en soins sur le terrain. Nous redoutons les conséquences à plus long terme sur les professionnelles en soins de ce laisser-faire. Nous ne connaissons pas les effets de la COVID-19 à long terme et les conditions

d'exercice dans lesquelles les professionnelles en soins ont été placées pendant des mois ont causé un stress important qui prendra du temps à se résorber. La COVID-19 a durement frappé les membres du Syndicat : **entre le 17 avril et le 9 juillet 2020, jusqu'à 16% de l'effectif de la catégorie 1, ou 628 personnes, était en arrêt de travail après avoir contracté le virus ou avoir eu des contacts à risque.** Au Canada, environ 10% du personnel de santé a été infecté durant la pandémie.

En date du 28 juillet 2020, 43 professionnelles en soins ont été absentes plus de 40 jours! On compte aussi 286 absences de 21 à 40 jours et 167 de 20 jours et moins. Dans le cas des professionnelles en soins, la morbidité semble l'aspect fondamental à prendre en compte, avant la mortalité liée au virus. En calculant à partir de la moyenne de 27 jours d'absence, cela représente plus de **100 000 heures d'absence.**

Les résidents en CHSLD ont été lourdement frappés par la COVID-19. La moyenne des taux d'infection dépasse 40%, le taux de décès 15% et le taux de mortalité 30%. **Pour tout le CIUSSS, le bilan oscille autour des 450 décès.**

Les pires taux d'infection du CIUSSS :
--

- | |
|--------------------------------------|
| 1. Yvon-Brunet : 75,6% |
| 2. Des Seigneurs : 69,6% |
| 3. Louis-Riel : 69% |
| 4. IUGM pav. Côte-des-neiges : 66,9% |
| 5. Champlain : 55,6% |

Les pires taux de mortalité du CIUSSS :

- | |
|--|
| 1. Yvon-Brunet : 52% |
| 2. Réal-Morel : 50,8% |
| 3. IUGM pav. Alfred Desrochers : 50,7% |
| 4. Jean-de-la-Lande : 48,5% |
| 5. Louis-Riel : 44,9% |

Les Forces armées canadiennes (FAC) ont prêté main forte au personnel du CIUSSS pendant plusieurs semaines. Le CIUSSS a reçu l'appui de 105 militaires dans 3 CHSLD. Les FAC soulignent à plusieurs reprises dans leurs rapports les « besoins d'assistance dans la gestion de l'établissement » et une « difficulté dans la planification et la coordination du travail à faire ».

Le Syndicat défend la recommandation de la Société royale du Canada : il faut mettre en œuvre une « politique du lieu de travail unique ». C'est là la première étape vers de meilleures conditions d'exercice pour les professionnelles en soins et une qualité de soins supérieure pour les patients. Dans une étude récente, des chercheurs ont observé une diminution de 22% des décès liés à la COVID-19 pour chaque augmentation de 20 minutes de soins infirmiers directs aux patients en soins de longue durée. Pour obtenir ce genre de résultat, il faut des équipes complètes et stables. Nous terminons en ce sens : la stabilisation du

personnel est l'élément clef pour contrer la pénurie de main-d'œuvre, augmenter la satisfaction au travail, le sentiment d'appartenance et par le fait même améliorer la qualité et la sécurité des soins. Tant que la main-d'œuvre sera instable, il sera impossible de mettre en place et de maintenir des ratios sécuritaires.

Recommandations du Syndicat

Recommandation 1 :

Développer une politique du lieu de travail unique afin de limiter les déplacements internes de personnel.

Recommandation 2 :

Améliorer les mécanismes de prise de décision et de communication interne afin de permettre une meilleure gestion de proximité

Recommandation 3 :

Réduire à sa plus simple expression les centres d'activités afin qu'il reflète la réalité quotidienne du travail.

Recommandation 4 :

Assurer la présence de gestionnaire dans chaque installation en tout temps.

Recommandation 5 :

Déployer une technicienne dédiée à la confection des horaires de travail pour chaque installation.

Recommandation 6 :

Doter tous les postes de conseillères en soins en prévention et contrôle des infections de façon à respecter les ratios de l'INSPQ.

Recommandation 7 :

Implanter des ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients.

Recommandation 8 :

Constituer des réserves d'EPI et en fournir en quantité suffisante en tout temps.

Recommandation 9 :

Cesser la création et l'affichage de postes atypiques afin de miser sur des structures de postes comportant un maximum de postes simples.

État des lieux *avant* la pandémie

Les parties et le contrat de travail collectif

Le Centre intégré de Santé et de Service sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (« l'Employeur ») a été constitué le 1^{er} avril 2015, dans le cadre de la mise en œuvre de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ, (la « Loi 10 »), par la fusion d'un certain nombre d'installations.

Le Syndicat des professionnelles en soins du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal-FIQ (le « Syndicat ») a été constitué et accrédité dans le cadre de la mise en œuvre de la *Loi 10* et de la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales* (la « Loi 30 »). Le Syndicat détient chez l'Employeur une accréditation qui lui a été octroyée le 31 mars 2017 par la décision du Tribunal administratif du travail pour « *Toutes les salariées et tous les salariés de la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires* » chez l'Employeur.

Le Syndicat et l'Employeur (les « parties ») ont par la suite négocié les nouvelles dispositions locales de la convention collective. Les parties en sont venues à une entente le 20 septembre 2018.

L'une des grandes luttes du Syndicat lors de ces négociations a été de contenir les demandes patronales pour une plus grande flexibilité et mobilité de la main-d'œuvre. Le Syndicat voulait réduire l'ampleur des déplacements possibles. Les nouvelles dispositions apportaient donc certains changements inédits avant la création du CIUSSS, notamment la notion de territoire géographique (art. 1.15). Les « postes de relève » (art. 1.13) s'ajoutaient aussi : les déplacements ne seraient possibles qu'en cas de surplus de main-d'œuvre (art. 18.01).

Les parties ont aussi entériné leur volonté d'atteindre les cibles nationales de postes à temps complet de la lettre d'entente no 6 des dispositions nationales de la convention collective nationale FIQ 2016-2020 avant le 31 mars 2020, tout en favorisant la diminution de la précarité des salariées à temps partiel. Cette volonté qui s'est traduite dans l'annexe 4 des dispositions locales de la convention collective devait permettre de réduire le recours au temps supplémentaire² et à la main-d'œuvre indépendante, de favoriser la stabilité des équipes de travail, la continuité des soins ainsi que l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.

Le travail paritaire devait permettre d'optimiser la structure de postes des centres d'activités en allant vers une structure de postes comportant un maximum de postes simples (art. 1.07) et à temps complet dans le centre

² Selon le rapport annuel 2018-2019 du CIUSSS, les heures supplémentaires pour la catégorie 1 ont connu une augmentation de plus de 200% entre l'année 2016-2017 et l'année 2018-2019.

d'activités. Quant aux salariées à temps partiel, elles devaient désormais avoir un poste d'au minimum sept (7) quarts aux deux (2) semaines.

Les fusions de centre d'activités et les rehaussements (printemps 2019)

Puisque la pandémie a surtout frappé les CHSLD, nous limiterons l'analyse à la direction des Soins aux aînés en pertes d'autonomie (SAPA). **Un peu moins d'un an avant la pandémie, le 18 avril 2019, l'Employeur a procédé à la fusion des 52 centres d'activités de la direction SAPA en 18 nouveaux méga centres d'activités.** Il n'y aurait plus désormais qu'un seul centre d'activités pour les 18 CHSLD du CIUSSS, sauf quelques exceptions. Il s'agissait d'une décision surprenante pour le Syndicat à l'époque puisqu'aucune discussion n'avait eu lieu à cet égard.

Le concept de centre d'activités n'est pas anodin. Il est bien défini comme « un ensemble d'activités organisées en fonction de la spécificité des soins à dispenser à un groupe d'utilisateurs » (art. 1.04). L'appartenance à un centre d'activités est « quelque chose qui se vit » et qui « doit correspondre à une réalité »³. Autrement dit, le centre d'activités n'est ni théorique ni budgétaire. C'est un concept qui se vérifie dans le quotidien, le vécu, la pratique : c'est le « reflet de la réalité », pour reprendre les mots de l'arbitre Marcheterre.

Or, en mai 2019, les parties se sont rencontrées pour échanger sur l'application de la convention collective dans les nouveaux centres d'activités. Lors de cette rencontre, le Syndicat a fait valoir à l'Employeur les conséquences néfastes des fusions de centres d'activités, d'une part, sur la stabilité des équipes soignantes et la qualité des soins et, d'autre part, les implications de telles fusions sur l'application de la convention collective, notamment à l'égard des congés annuels des salariées. Les nouveaux centres d'activités n'allaient plus refléter le vécu des équipes soignantes, mais des paramètres budgétaires et organisationnels.

Pour l'Employeur, les fusions étaient nécessaires afin de lui donner la marge de manœuvre (lire ici la mobilité de la main-d'œuvre) pour rehausser certains postes et atteindre les cibles du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) fixées pour chaque établissement. L'Employeur a donc été en mesure de rehausser à temps complet plus de 130 postes vacants d'infirmières afin d'attirer les salariées vers certains milieux.

Un an plus tard, en avril 2020, on remarque que les postes à l'équipe volante ont diminué du tiers (-28%, -47 postes) et que les postes de relève représentent maintenant 66 postes dans la direction SAPA, dont la majorité sont à temps complet (88%)⁴. Bien qu'on ait réduit la taille de l'équipe volante, les postes de relève, disposant d'une mobilité inter-installations, semblent l'avoir remplacée.

³ *C.H. Pierre Boucher c. Centrale des professionnelles et professionnels de la santé*, 2004-A26, sentence rendue le 2 décembre 2003 par l'arbitre Richard Marcheterre.

⁴ Les données proviennent du cahier des postes de l'Employeur.

La mobilité et la flexibilité de la main-d'œuvre demeurent donc bien présentes. La pandémie nous a révélé qu'il s'agissait d'une recette pour un désastre. Nous y reviendrons.

En dépit de cela, on trouve encore **374 postes vacants en avril 2020 dans la direction SAPA** sur tous les quarts de travail et dans plusieurs titres d'emploi, dont au moins 126 sont vacants depuis décembre 2019. Les CHSLD les plus touchés sont les suivants :

1. CHSLD Manoir de Verdun (34 postes vacants)
2. CHSLD Yvon Brunet (31 postes vacants)
3. CHSLD Champlain (31 postes vacants)
4. CHSLD Jean-de-la-Lande (28 postes vacants)
5. CHSLD IUGM pav. Côte des neiges (24 postes vacants)

En définitive, l'Employeur aura été en mesure d'atteindre les cibles du MSSS, sans toutefois doter ses postes avec suffisamment de personnel.

Suite à la crise sanitaire, l'Employeur pourrait être ouvert à réduire la taille des centres d'activités afin de simplifier la dotation des postes et amoindrir les possibilités de mouvement de personnel.

La prévention et le contrôle des infections (PCI)

Dès 1999, suite à la publication par l'*Institute of Medicine* d'un rapport sur les complications et les décès évitables dans les établissements de santé, les leaders du monde entier ont opéré des changements importants dans leur façon de prévenir et de contrôler les infections. L'INSPQ a emboité le pas à ce mouvement et émis des recommandations dès 2003⁵. Les virus de type SARS sont cités en exemple à plusieurs reprises dans le rapport de l'équipe du docteur Arruda. L'écllosion foudroyante à Toronto la même année d'un foyer de SARS avait secoué le monde médical. Les auteurs avançaient à l'époque que le système de santé québécois ne présentait pas des normes suffisantes en matière de prévention et contrôle des infections (PCI). Ils allaient jusqu'à affirmer que le Québec ne pourrait pas faire face adéquatement à une épidémie de virus de type SARS. La pandémie de SARS CoV-2 que nous traversons vient de donner raison aux auteurs.

L'une des recommandations phare de l'INSPQ à l'époque était de remplacer le ratio de 1 ETC professionnelle en PCI pour 450 lits en deux ratios rehaussés distincts :

- 1 ETC professionnelle en PCI pour 100 à 133 lits à l'hôpital
- 1 ETC professionnelle en PCI pour 250 lits en CHSLD

Calculons maintenant les ratios au CIUSSS pour le mois d'avril 2020. **L'équipe de PCI compte 25 postes au cahier des postes, dont un peu plus du tiers (10) sont dotés** de la façon suivante⁶ :

- 6 postes dotés dans les hôpitaux (2 à l'hôpital Notre-Dame (HND), 4 au Centre hospitalier de Verdun (CHV))
- 3 postes dotés dans les CHSLD (1 à IUGM, 1 à PEL, 1 à AL)
- 1 poste doté en réadaptation (IRGLM)

Il y a donc 15 postes vacants à travers le CIUSSS qui, de l'avis du Syndicat, doivent être pourvus de façon urgente et déployés stratégiquement en fonction des ratios de l'INSPQ.

Le CIUSSS a la responsabilité de 716 lits de santé physique, 105 lits de gériatrie et 38 lits de psychiatrie pour un total de 859 lits dans les deux hôpitaux⁷. Le ratio professionnelle en PCI/lits se situe donc à 1 :143, soit 8% au-dessus de la limite supérieure recommandée par l'INSPQ.

En ce qui concerne les CHSLD, le CIUSSS a la responsabilité de 2571 lits d'hébergement permanent et de 163 lits d'hébergement permanent en santé

⁵ Institut national de santé publique du Québec. *Recommandations de normes en ressources humaines pour les programmes de prévention et contrôle des infections au Québec*. Québec :QC; INSPQ, 2003

⁶ Les données proviennent du cahier des postes de l'Employeur.

⁷ MSSS, répertoire M02

mentale pour un total de 2734 lits en CHSLD. **Le ratio professionnelle en PCI/lits se situe donc à 1 :911, soit près de quatre (4) fois le ratio recommandé par l'INSPQ.** En prenant pour acquis que la professionnelle en charge de la PCI ne prendrait en charge que l'installation de son port d'attache, celle postée au CHSLD Armand Lavergne serait techniquement en mesure de jouer son rôle avec 182 résidents à sa charge. Il en est de même pour celle postée à PEL avec 193 résidents à sa charge. Toutefois, celle postée à l'IUGM (incluant le Pavillon Alfred-Desrochers) a une fois et demie (150%) le nombre de résidents recommandé pour qu'elle joue son rôle adéquatement.

Sans vouloir tirer de conclusion sur une quelconque causalité directe, on remarque malgré tout que les CHSLD Armand Lavergne et PEL se sont mieux sortis de la crise que d'autres, arrivant respectivement en 6e (27%) et 8e rang (37%) (sur les 17 CHSLD du CIUSSS) pour la proportion de cas COVID par rapport aux lits d'hébergement permanent et au 6e (22%) et 2e rang (18%) pour le taux de mortalité des patients atteints de la COVID. L'IUGM arrive au 15e rang avec un taux d'infection de 67% (54% pour le Pavillon Alfred-Desrochers) et au 8e rang (27%) pour le taux de mortalité (le Pavillon Alfred-Desrochers arrive avant dernier avec 51%, un point de pourcentage seulement devant le CHSLD Yvon-Brunet). Les quatorze (14) autres CHSLD du CIUSSS (82%) ne disposent donc pas de professionnelle en PCI sur place.

D'autres variables doivent être prises en compte pour offrir une compréhension complète de la situation, mais les ratios professionnelle en PCI/lits que l'on trouve présentement au CIUSSS ne répondent pas aux recommandations de l'INSPQ instaurée dès 2003 suite à l'épidémie de SARS. Les postes vacants doivent être comblés sans tarder et un support additionnel doit être offert aux professionnelles en soins en PCI. Et les auteurs sont catégoriques : « Un appui de toutes les directions [...] est ESSENTIEL à la mise en application et au succès d'un tel programme [de PCI] » (les majuscules proviennent des auteurs).

La pandémie au quotidien

« J'ai été atteint par la COVID-19. Nous avons comme consigne de ne mettre les E.P.I que si un cas était confirmé ou si le patient était symptomatique. Grosse erreur! Il était bien trop tard. Bon nombre de mes collègues sont tombés malades et je me suis fait dire que tant que je n'avais pas de symptômes typiques je n'aurais pas besoin de me faire tester, même si j'étais en contact avec les mêmes personnes : collègues et patients infectés.

Ce qui fait que j'étais porteuse sans le savoir et on me déplaçait d'étage à étage jusqu'à ce que, FINALEMENT, on m'autorise à me faire dépister et ne pas aller au travail. »

Témoignage #923

28 mai 2020

Les communications avec l'Employeur et l'accès à l'information

Le Syndicat dresse un bilan mitigé des communications avec les divers représentants de l'Employeur au fil de la crise sanitaire. En conséquence, le Syndicat a été plus présent qu'à l'habitude sur la scène médiatique afin de faire connaître les enjeux et sensibiliser la population à la réalité terrain des professionnelles en soins⁸.

Les parties ont mis sur pied, dès le 11 mars 2020, des rencontres téléphoniques quotidiennes afin d'échanger sur diverses questions en lien avec l'urgence sanitaire. Plusieurs représentants de l'Employeur ont assisté à ces rencontres au fil des semaines, dont la Présidente directrice générale, la Directrice des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques et son Directeur adjoint, le Directeur des soins infirmiers, la Directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées et sa Directrice adjointe etc.

Le Syndicat a apprécié la fréquence de ces rencontres et la possibilité qu'il avait d'informer l'Employeur de ce qui se passait en temps réel sur le terrain, notamment en regard du manque de matériel, de l'application des divers arrêtés ministériels, de la détresse des professionnelles en soins, des consignes

⁸ Voir l'annexe 1

contradictoires, des menaces et de la pression faites par les chefs d'unités ou des coordonnateurs du CIUSSS, du flagrant manque de formation, du dépistage insuffisant des employés du CIUSSS etc. Le Syndicat est convaincu qu'il s'agissait d'un moyen efficace d'informer l'Employeur de situations problématiques ou carrément dangereuses.

L'Information que possédait le Syndicat et ses interventions ont permis de régler des dizaines problèmes de tout genre et d'amoindrir les conséquences de plusieurs autres.

Ceci dit, nous avons pu constater la difficulté pour l'Employeur d'avoir un portrait juste de ce qui se passe sur le terrain. Très souvent, nous l'informions de situations dont il ignorait l'existence. Trop souvent, l'information devait redescendre dans la structure, ce qui ne permettait pas d'agir rapidement et de façon proactive. Il y a manifestement un défi majeur en regard de la communication et de la transmission de l'information entre les différents gestionnaires de CIUSSS et la haute direction.

De plus, les communications se faisaient essentiellement à sens unique, comme nous l'avons indiqué par écrit à l'Employeur dès le 8 avril 2020 dans une correspondance intitulée « Lettre à la Présidente directrice générale ». Le Syndicat considère que les représentants de l'Employeur n'ont pas été suffisamment transparents dans leurs échanges avec le Syndicat.

Il aura fallu de nombreuses interventions et une lettre à la PDG du CIUSSS pour que l'Employeur s'engage finalement à nous fournir des données sur l'état de situation. Un mois après le début de la crise sanitaire, le Syndicat a été en mesure de connaître le nombre de professionnelles en soins contaminées par le virus, le nombre de cas chez les patients, l'état des stocks d'ÉPI, etc. Les données des « tableau de bord de gestion » nous seront utiles dans la prochaine section du présent document. Malheureusement, les données ont commencé à nous être acheminées seulement quelques jours avant le pic d'infection au CIUSSS. En agissant de cette façon, l'Employeur nous a placé à répétition devant les faits accomplis et nous empêchant de jouer notre rôle de défenseur des intérêts des professionnelles en soins.

À maintes reprises, l'Employeur nous informait après avoir pris des décisions et avant de nous entendre sur les défis qui découleraient de ces décisions. En dépit du texte de l'arrêté 2020-007, nous en venons à la conclusion que nous n'avons pas été consultés. Nous avons été informés par pure formalité. Nous avons dénoncé ceci comme étant une façon de soutirer le consentement du Syndicat en prétendant que ce dernier avait été consulté.

A cet égard, le Syndicat a, à plusieurs reprises, indiqué à l'Employeur que cette gestion par le « fait accompli » ne s'inscrivait pas dans une réelle collaboration et ne permettait pas la mise en commun de nos ressources et de nos connaissances. Malgré plus de 60 rencontres et conférences téléphonique depuis le 13 mars 2020, nous dressons un bilan mitigé des communications paritaires durant la crise. Bien que l'Employeur se dise sur la même longueur d'onde que le Syndicat sur cette question, ses actions indiquaient tout le contraire. Plus de deux mois après le début de la crise, le 28 avril 2020, le

Syndicat réclamait toujours l'opérationnalisation détaillée de l'application de l'arrêté 2020-007 dans une lettre à l'Employeur intitulée « Opérationnalisation de l'arrêté 2020-007 ».

La mise en œuvre de l'arrêté 2020-007 et les suivants

Le 21 mars 2020, la Ministre de la santé et des services sociaux publiait l'arrêté 2020-007. Cet arrêté sans précédent offrait à l'Employeur la possibilité de modifier certaines mesures prévues aux dispositions nationales et locales de la convention collective dans le but de répondre aux besoins de la population en période d'urgence sanitaire.

Le Syndicat a été outré par la façon dont l'Employeur a interprété ce pouvoir. Il a considéré qu'il possédait dorénavant un chèque en blanc et s'est autorisé de décisions sans égard ni à la convention collective en place ni aux lois d'ordre public.



28 mai 2020 - Hôp. Notre-Dame, Montréal

Bien que l'arrêté ministériel spécifie clairement que toutes les mesures que l'Employeur entend mettre en place doivent faire l'objet d'une consultation avec le Syndicat préalablement à leurs applications, force est de constater, tel que mentionné plus haut, qu'il en fit trop peu.

Le Syndicat a, à plusieurs reprises, demandé à l'Employeur de lui fournir, à tout le moins, le plan de déploiement de l'arrêté ministériel 2020-007 tel qu'il l'a adopté, afin d'être en mesure de comprendre, pour chacun des éléments de l'arrêté, quelle séquence a été suivie, selon quels critères objectifs et quels efforts ont été fait par l'Employeur afin de respecter du mieux possible la convention collective en place.

Au moment d'écrire ses lignes, le Syndicat n'a toujours rien reçu qui lui permette réellement de comprendre comment l'Employeur a opérationnalisé l'arrêté ministériel 2020-007.

Les informations que reçoit le Syndicat tendent plutôt à démontrer que l'application de l'arrêté se fait et s'est fait de manière désorganisée, sans directives claires, sans vision, voire de manière arbitraire. Le Syndicat considère que l'Employeur a procédé de manière complètement chaotique aux

mouvements de personnel suite aux délestages de certaines activités. Bien que nous ayons discuté longuement des dangers de tels mouvements sur la sécurité du personnel et des patients qu'elles côtoient, les actions de l'Employeur ne semblent pas avoir toujours suivies cette préoccupation. À preuve, nous avons reçu des témoignages de gestionnaires qui déplaçait des salariées en utilisant leurs véhicules personnels au début des quarts de travail, faisant fi de tous les principes de précaution, d'hygiène et de distanciation sociale.

Les décisions d'annuler en bloc une vaste gamme de congés (congés annuels, congé de nuit, congé sans solde, retraite progressive, congé sans solde parental, etc) et le peu de cohérence dans l'ordre de leur annulation et dans l'identité des personnes visées par ces annulations démontrent également le peu d'analyse faite par l'Employeur dans l'application de l'arrêté et surtout la total absence de prise en considération du bien-être des membres assujetties à de telles obligations.

Et que dire de l'obligation pour l'ensemble des professionnelles en soins du CIUSSS de travailler à temps complet alors même que l'Employeur n'était aucunement capable de justifier cette décision et sa portée par des données RH fiables et détaillées. **Le Syndicat a été étonné d'apprendre que la firme comptable en charge de l'audit externe des états financiers du CIUSSS avait été mandatée en urgence pour répertorier les ressources humaines déployées dans la plus grande improvisation à travers le CIUSSS.** Ainsi, il s'agit pour le Syndicat d'un aveu par l'Employeur de ce que dénonçait le Syndicat depuis le début de l'application de l'arrêté 2020-007, c'est-à-dire le fait que l'Employeur procédait au déplacement de nos membres sans même être en mesure d'évaluer ses besoins. Comment pourrait-il en être autrement alors qu'il n'était pas en mesure de savoir avec précision et de manière fiable où était sa main-d'œuvre?

Le Syndicat est d'avis que l'utilisation abusive de l'arrêté 2020-007 met à risque l'état physique et psychologique des professionnelles en soins et met en péril la disponibilité de la main-d'œuvre à moyen et long terme.

Le peu d'égard pour les professionnelles en soins dans la prise des décisions ne permet pas au Syndicat d'y voir une réelle reconnaissance pour le travail qu'elles font et les sacrifices personnels qu'elles subissent.

La suite du présent document exposera en quoi les actions du CIUSSS vont à contre-courant des meilleures pratiques de gestion des ressources humaines et des soins infirmiers.

« Après trois longues semaines à combattre ce virus, je n'ai eu aucune période de répit entre mon dernier test négatif et le retour au travail. Notre corps n'a-t-il pas besoin de retrouver son énergie habituelle ? Et je me fais dire qu'étant donné que j'ai déjà contracté le virus, je ne pouvais plus être porteuse. Résultat, on pouvait me déplacer d'une zone chaude à une zone froide comme bon leur semble. »

Témoignage #923

28 mai 2020

La ligne d'urgence syndicale

Dès le début de la crise sanitaire, le Syndicat a mis en place une ligne téléphonique d'urgence accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ce service supplémentaire a été grandement apprécié vu les centaines d'appels que le Syndicat a reçus.

Cette ligne d'urgence a été bénéfique pour les membres du Syndicat qui se trouvaient délestées en dehors de leurs milieux de travail habituel. C'était une façon rapide et efficace d'avoir des réponses à des questions importantes auxquelles les supérieures immédiates ne semblaient pas pouvoir répondre adéquatement.

La nature des appels était multiple et cela a permis au Syndicat d'informer rapidement l'Employeur des situations les plus préoccupantes. Le manque de personnel et la surcharge de travail étaient des sujets omniprésents. La pénurie d'ÉPI et les déplacements continuels de même que les nombreuses erreurs sur la paie (CNESST, assurance salaire) et les horaires. De plus, les directives changeantes de l'Employeur et de l'INSPQ ont généré un volume important d'appels.

Le Syndicat encourage l'Employeur à mettre à la disposition des salariées de telles lignes accessibles en tout temps.

Bilan de la pandémie

« Cette nuit le 12 mai 2020, je suis en temps supplémentaire et je suis en zone chaude avec 21 cas positifs sur une unité que je ne connais pas. Je suis la seule infirmière auxiliaire, sans infirmière, avec deux PAB. C'est inacceptable! »

Témoignage #855

19 mai 2020

Pour le personnel

Quelques données RH sur l'arrêté 007

La gestion des ressources humaines d'une organisation de taille d'un CIUSSS peut faire oublier que ce sont effectivement des humains qui vivront les conséquences des décisions des décideurs. Des humains avec des besoins, des familles et des projets de vie en dehors du travail. Il est donc important de mesurer l'ampleur de la dévastation de l'arrêté 2020-007 sur les conditions de travail des professionnelles en soins. La mise en application de l'arrêté 2020-007 et des suivants a en effet été dévastatrice pour la majorité des travailleuses de la santé.

Selon les données fournies par l'Employeur à la fin du mois d'avril, **35% des professionnelles en soins sur le quart de nuit de la direction SAPA (59 en incluant le SAD) se sont vus annuler leur congé de nuit.** Le congé de nuit est une mesure d'aménagement du temps de travail qui permet de profiter pleinement du repos hebdomadaire de deux jours.

Toujours dans cette direction, c'est **870 professionnelles en soins (56% de la direction SAPA) qui ont perdu des congés fériés ou des vacances entre le 26 avril et le 23 mai 2020 :**

- 346 ont perdu des vacances;
- 362 ont perdu le congé férié de la Fête des Patriotes (F12 - le lundi qui précède le 25 mai);
- 32 ont perdu le vendredi Saint (F10);
- 26 ont perdu le lundi de Pâques (F11).

Pour la même période, du côté de la direction des soins infirmiers (DSI), c'est 199 professionnelles en soins qui ont perdu le congé férié de la Fête des Patriotes et 38 qui ont perdu des vacances.

En dépit de questions insistantes du Syndicat dès le 5 mai 2020, le sort des vacances estivales n'a été connu qu'à la fin du mois de juin. Au moment de rédiger ce document, le Syndicat ne possédait pas le bilan des vacances annulées pour la période estivale 2020.

Le refus de l'Employeur de permettre aux professionnelles en soins de prendre les temps de repos qu'elles méritent largement prend d'autant plus d'importance lorsqu'on prend en considération que plusieurs membres du Syndicat étaient aussi délestées, c'est-à-dire déracinées de leur milieu de travail habituel pour aller travailler à gauche et à droite, selon la volonté de l'Employeur et en totale violation du contrat de travail collectif.

Les professionnelles en soins de la catégorie 1 sont celles qui ont été délestées dans la plus grande proportion. À la fin du mois d'avril, elles représentaient au moins 42% des salariées délestées au CIUSSS. Rappelons qu'à ce moment de la crise sanitaire, plus de 628 professionnelles en soins étaient en quarantaine après avoir contracté le virus ou avoir eu des contacts à risque. Et ce n'est que le 5 mai 2020 que l'Employeur a rencontré le Syndicat pour présenter le plan de délestage des salariées.

Malgré les conditions d'exercice difficiles, les professionnelles en soins ont répondu présentes. Et elles demeurent en attente d'une marque de reconnaissance de la part de l'Employeur. Pour l'ensemble des 380 salariées du CIUSSS délestées à la fin du mois d'avril, seulement 11 avaient exprimé un refus d'être déplacées dont 5 professionnelles en soins, moins de 3% d'entre elles. Suite à cela, la pratique du délestage allait exploser, pour atteindre un pic à 1276 salariées délestées le 1er juin 2020, environ 1 mois après le pic d'infection des salariées.

Soutien en santé mentale

Il ne fait aucun doute que la pandémie a été un événement provoquant un stress immense sur les professionnelles en soins. Certaines d'entre elles ont vu des unités se vider presque entièrement de leurs résidents des suites des décès liés à la COVID. Certaines ont vu mourir plus de résidents en quatre mois que dans leur carrière entière, parfois des résidents avec qui des liens se sont tissés au fil des ans.

La Société royale du Canada (SRC) a d'ailleurs abordé la question dans un récent rapport⁹. Selon la SRC, la crise de la COVID a révélée des « failles opérationnelles profondes » à plusieurs niveaux, notamment pour maintenir des niveaux suffisants de personnel, pour former adéquatement le personnel dirigeant et les cadres, pour aider le personnel en soins de longue durée à acquérir de la résilience et à la maintenir et surtout à **écouter les travailleuses qui prodiguent directement les soins**. La SRC soutient que les efforts des dirigeants doivent être dirigés vers un seul enjeu : « résoudre la crise de la main-

⁹ Société Royal du Canada. *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Ottawa, ON : RSC-SRC; 2020.

d'œuvre » dans les CHSLD. Résoudre cette crise aura pour effet de « diminuer le nombre de transferts inutiles vers les hôpitaux et le nombre de réclamations pour [invalidités] présentées par le personnel ». La SRC nomme d'emblée qu'il faudra offrir un meilleur soutien en santé mentale à tout le personnel. Elle termine sur le « devoir de prendre soins » des établissements : c'est une obligation collective de résultats.



28 mai 2020 - Hôp. Notre-Dame, Montréal

Pour le Syndicat, une façon d'y arriver commence par croire les salariées malades et leur éviter de devoir se battre pour leurs droits au moment où elles sont le plus vulnérables. Notons au passage que les cinq (5) séances d'une heure offerte par le Programme d'aide aux employés sont souvent insuffisantes. Trois séances ont été ajoutées au programme jusqu'en mars 2021. L'Employeur devra surtout réviser ses positions à l'égard des troubles de santé mentale, notamment pour les diagnostics de trouble d'adaptation et de trouble anxieux. **Le Syndicat observe un traitement différencié pour les salariées qui souffrent de telles conditions.** Nous encourageons l'Employeur à se distancer du « Guide de l'Employeur - Concernant le travail des périodes d'absence » produit par le MSSS en ce qui concerne les diagnostics de trouble anxieux et de trouble d'adaptation pour lesquelles aucune absence ne semble autorisée et par le fait même aucune assignation temporaire ou réadaptation possible¹⁰. Il n'est donc pas surprenant de constater que cette propension à ne pas croire les professionnelles en soins souffrant de troubles de santé mentale se traduit dans les arbitrages médicaux. En effet, depuis la création du CIUSSS en 2015, la

¹⁰ Guide de l'employeur concernant le traitement des périodes d'absence pour invalidité - Mise à jour Juin 2008. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000927>

majorité (55%) des soixante-neuf (69) arbitrages médicaux réalisés portaient sur une contestation par l'Employeur de diagnostics de santé mentale. Pour le Syndicat, cette indice démontre que les troubles de santé mentale sont surreprésentés dans les contestations juridiques de l'Employeur par rapport aux troubles de santé physique. Pour atteindre sa cible pour le ratio d'heures en assurance salaire, l'Employeur doit s'attaquer aux problèmes à la source plutôt que de priver des salariées en situation d'invalidité de leurs droits¹¹.

Il y a fort à parier que plusieurs professionnelles en soins souffrent du stress causé par le travail en zone chaude pendant des mois. Leurs confrères des FAC auront droit à des examens poussés afin de dépister des problèmes de santé mentale comme le Trouble de stress post traumatique (TSPT)¹². L'Employeur devrait s'en inspirer et déployer des moyens pour soutenir ses salariées.

Propagation du virus

« Malgré les recommandations de ne pas changer d'installation, l'Employeur me change d'installation, même lorsque que suis sur les lieux. On me dit que je n'ai pas le choix. Je suis allé où il y a beaucoup de patients en isolement pour le COVID-19 et j'étais seule à passer la médication. Je suis arrivée en retard parce qu'on m'a changé d'installation... Les FADM étaient tout mêlés, les prescriptions pas claires, en plus du manque de matériel pour faire un travail adéquat. Ce n'était vraiment pas une expérience agréable. »

Témoignage #721

17 avril 2020

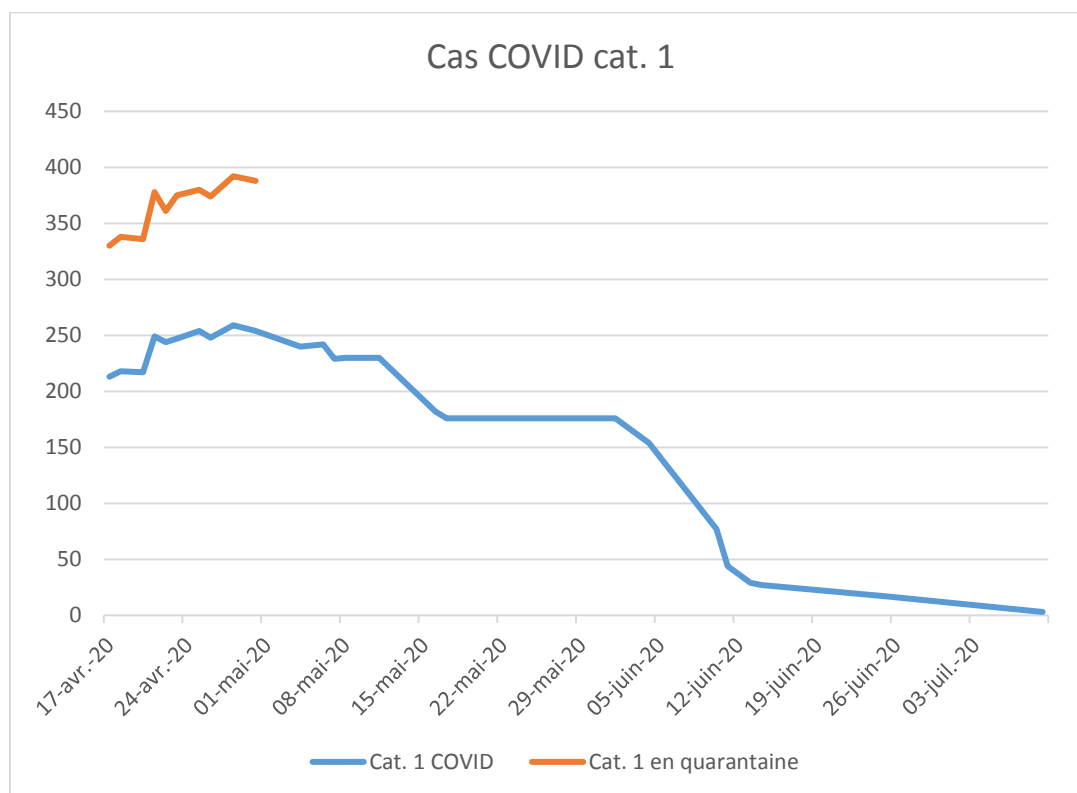
Pour le Syndicat, l'Employeur n'a pas été en mesure d'identifier, contrôler ou éliminer les risques, pour ses salariées, de contracté le virus tel que le requiert la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Il en a résulté un grand nombre de personnes infectées et un stress d'autant plus importants sur celles qui

¹¹ Selon le rapport annuel 2018-19 du CIUSSS, le ratio d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées était en hausse pour 2018-2019 à 6,62%, 1% au-dessus de la cible fixée en 2018. Cela représentait 1 642 007 heures en assurance salaire, près de 900 postes à temps complet.

¹² Défense nationale et Forces armées canadiennes. *Le trouble de stress post-traumatique*. En ligne : <http://www.forces.gc.ca/fr/nouvelles/article.page?doc=le-trouble-de-stress-post-traumatique/hjlbrhp4>

demeuraient au travail. Entre le 17 avril et le 9 juillet 2020, **jusqu'à 16% de l'effectif de la catégorie 1, ou 628 personnes**, était en arrêt de travail après avoir contracté le virus ou avoir eu des contacts à risque¹³.

Comme on le remarque dans le graphique suivant, le pic d'infection du personnel de la catégorie 1 a été atteint vers la fin du mois d'avril. On verra plus loin que cela coïncide avec l'augmentation fulgurante du nombre de cas chez les résidents des CHSLD du CIUSSS.



Selon le « tableau de bord de gestion » de l'Employeur, en date du 28 juillet 2020, c'est plus de 15% des professionnelles en soins (495 personnes) qui étaient « rétablies » de la COVID-19, un résultat une fois et demi supérieur à la moyenne canadienne où environ 10% du personnel de santé a été infecté durant la pandémie¹⁴.

Bien que ces professionnelles en soins soient « rétablies », plusieurs d'entre elles ont été absentes du travail de façon significative, ce qui nous donne une idée de la force du virus et de l'impact humain de celui-ci sur la main-d'œuvre du CIUSSS. Toujours selon le « tableau de bord de gestion » de l'Employeur, en date du 28 juillet 2020, c'est 43 d'entre elles qui ont été absentes plus de 40

¹³ Annexe 2

¹⁴ Institut canadien d'information sur la santé. *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : où se situe le Canada par rapport aux autres pays?*. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

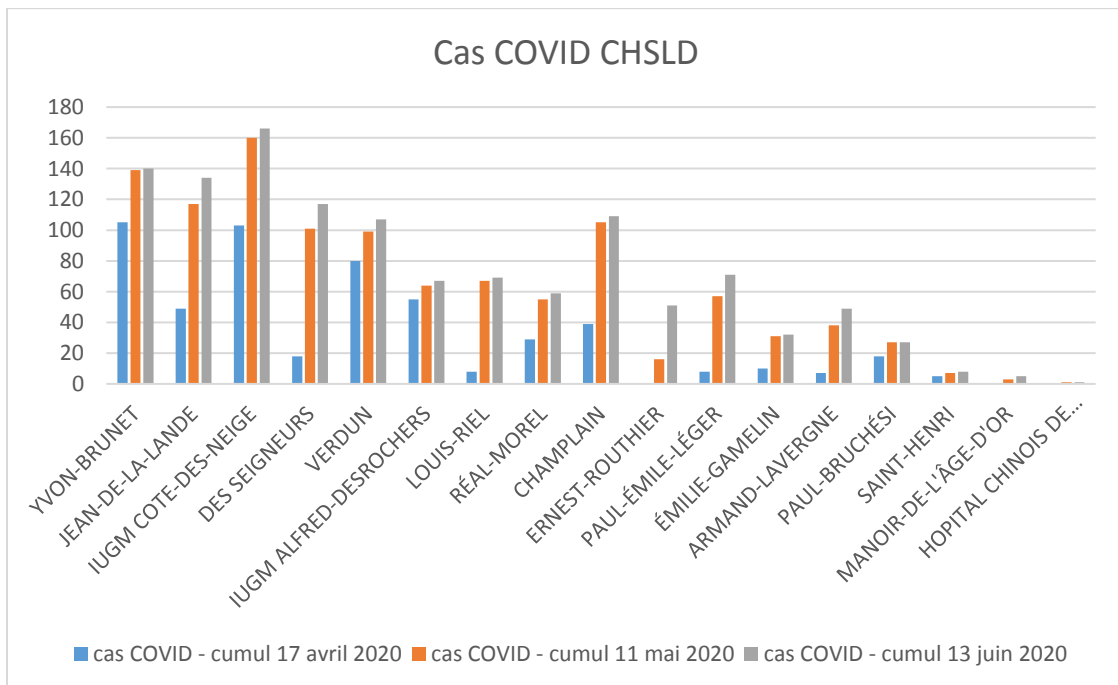
jours! On compte aussi 286 absences de 21 à 40 jours et 167 de 20 jours et moins. Dans le cas des professionnelles en soins, la morbidité semble l'aspect fondamental à prendre en compte, avant la mortalité liée au virus. En calculant à partir de la moyenne de 27 jours d'absence, cela représente plus de 100 000 heures d'absence.

Pour les résidents hébergés dans les CHSLD du CIUSSS

La pandémie a durement frappé les CHSLD du CIUSSS. Les membres du Syndicat ont vécu des situations très difficiles non seulement sur le plan professionnel mais aussi personnel. De la même façon, les résidents et leurs familles ont vécu des moments d'une rare tristesse pendant les derniers mois.

En observant les données fournies par l'Employeur, on constate que tous les CHSLD n'ont pas été touchés de la même manière par la pandémie¹⁵. Des analyses plus poussées et des discussions pourraient nous aider à identifier des pistes d'explications et des solutions adaptées à ces milieux distincts.

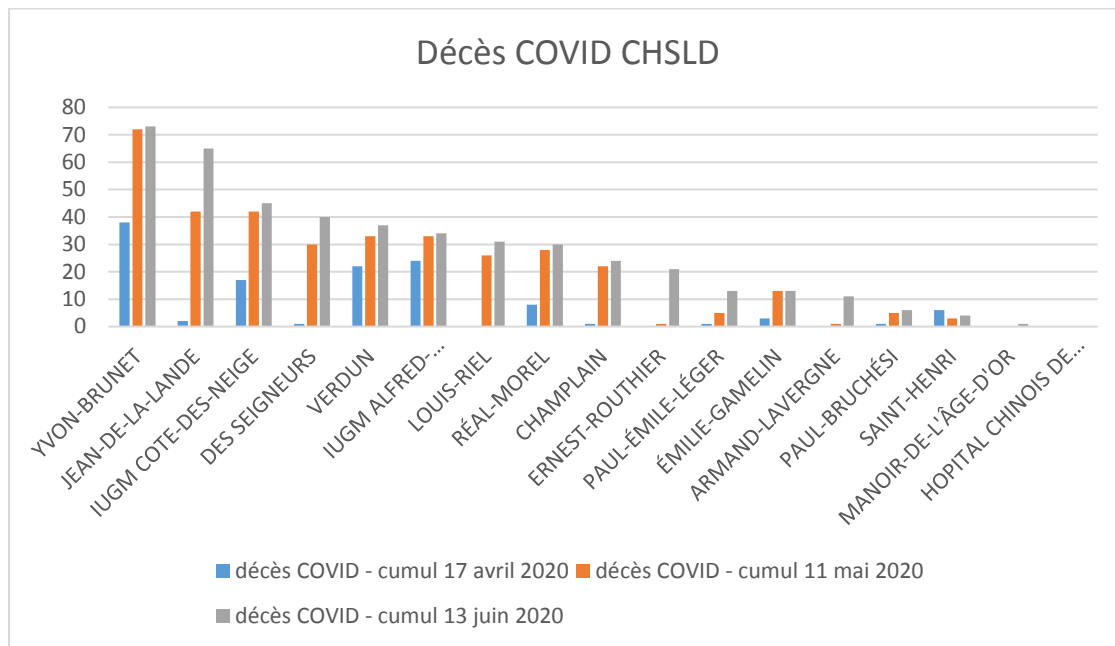
Le tableau suivant permet de réaliser en un coup d'œil la disparité dans le nombre de cas à travers les CHSLD du CIUSSS¹⁶. L'écart d'une bande à l'autre, soit entre le 17 avril, le 11 mai et le 13 juin, permet de constater le moment où l'éclosion a frappé le CHSLD en question. On remarque par exemple que le CHSLD Des Seigneurs avait été relativement épargné avant le 11 mai.



¹⁵ Annexe 3

¹⁶ Les données ont été fournies au Syndicat à partir du 17 avril 2020.

Les disparités entre les CHSLD se reflètent aussi dans les décès, qui se chiffrent à 446 pour le CIUSSS (en date du 13 juin 2020), comme on l'observe dans le tableau suivant¹⁷.



Lorsque l'on calcule le **taux d'infection**, la proportion de résidents infectés par rapport aux lits d'hébergement permanent (au 13 juin 2020¹⁸), les CHSLD suivants ressortent avec le pire bilan¹⁹ :

6. Yvon-Brunet : 75,6%
7. Des Seigneurs : 69,6%
8. Louis-Riel : 69%
9. IUGM pav. Côte-des-neiges : 66,9%
10. Champlain : 55,6%

Lorsque l'on calcule le **taux de décès**, la proportion de résidents décédés par rapport aux lits d'hébergement permanent (au 13 juin 2020), les CHSLD suivants ressortent avec le pire bilan²⁰ :

1. Yvon-Brunet : 39,4%
2. Louis-Riel : 31%
3. IUGM pav. Alfred Desrochers : 27%
4. Jean-de-la-Lande : 24,3%
5. Des Seigneurs : 23,8%

¹⁷ Le CIUSSS compte 31% des lits d'hébergements permanents de l'île de Montréal. Nous observons que le total de décès liés à la COVID au CIUSSS correspond à 19% du total montréalais.

¹⁸ Le Syndicat a cessé de recevoir les données cumulatives le 13 juin 2020.

¹⁹ L'écart avec la moyenne est considérable à 17%.

²⁰ L'écart avec la moyenne est considérable à 10%.

Lorsque l'on calcule **taux de mortalité** des résidents infectés (au 13 juin 2020), les CHSLD suivants ressortent avec le pire bilan²¹ :

1. Yvon-Brunet : 52%
2. Réal-Morel : 50,8%
3. IUGM pav. Alfred Desrochers : 50,7%
4. Jean-de-la-Lande : 48,5%
5. Louis-Riel : 44,9%

Le Syndicat ne dispose pas des données suffisantes pour expliquer complètement les écarts importants entre les CHSLD. La moyenne du taux d'infection dépasse 40%, celle du taux de décès 15% et celle du taux de mortalité 30%. Nous avons abordés précédemment les lacunes au niveau de la PCI ainsi que les postes vacants dans certains CHSLD. Il semble en effet que les CHSLD avec les pires bilans n'ont pas de conseillère en soins en PCI entre leurs murs. Nous observons aussi une corrélation avec les nombreux postes vacants, qui sont un indicateur du roulement de personnel.

²¹ L'écart avec la moyenne est considérable à 12%.

Pour les Forces armées canadiennes (FAC)

Mise en contexte

Les Forces armées canadiennes (FAC) ont fait état de leurs observations et des défis rencontrés dans les CHSLD québécois le 18 mai 2020²². Le brigadier général Carpentier, auteur du rapport, indique que l'objectif recherché est d'offrir « un cadre afin que notre personnel médical (sic) puisse œuvrer avec confiance dans leurs responsabilités professionnelles en prodiguant des soins de qualité ». Le brigadier général indique qu'il s'agit de piste pour « servir avec honneur » et protéger « la sécurité et la dignité des bénéficiaires ».

Le CIUSSS a reçu l'appui de 105 militaires (42 militaires provenant de la Force opérationnelle médicale et 63 en soutien général) dans plusieurs CHSLD du CIUSSS. Il s'agit d'un bon indicateur de la pénurie de main-d'œuvre pour ces installations. Les FAC ont fait état de leurs opérations aux CHSLD Manoir de Verdun, Réal Morel et Yvon Brunet.

Observations et défis

De façon générale, les FAC notent la difficulté de délimiter des zones exclusives dans des milieux de vie. On devine que plus les résidents hébergés étaient autonomes, plus il était difficile de fermer les zones. En ce qui concerne les bonnes pratiques pour les ÉPI, le « problème peut être exacerbé par un roulement élevé du personnel et par une surveillance inadaptée des zones. Par exemple, il a été observé que le maintien de ces bonnes pratiques était d'autant plus important pour le personnel venant en aide aux établissements qu'ils ne connaissaient pas. » Sans surprise, l'enjeu des ÉPI est intimement lié à celui de la dotation du personnel. Le brigadier général conclut ainsi : « Selon nos partenaires civils, nos militaires fournissent une stabilité dans les CHSLD qui favorise la prise de contrôle de l'éclosion et le retour du personnel civil au travail ».

Observations dans les CHSLD du CIUSSS

Au **CHSLD Manoir de Verdun** (annexe M du rapport), les FAC ont prêté 14 militaires provenant de la Force opérationnelle médicale et 26 en soutien général. En date des observations, soit le 28 avril 2020, le taux d'occupation des places était de 80%. Les militaires indiquent que la moitié (50%) seulement du personnel médical (sic) et des PAB était en poste à leur arrivée. Les militaires ont renforcé la surveillance des zones qui « manquait de contrôle ». Le CHSLD semble encore dans une situation précaire : le rapport souligne les « besoins d'assistance dans la gestion de l'établissement » et une « difficulté dans la planification et la coordination du travail à faire ». Au surplus, la situation a été atténuée par « la diminution des patients combinés avec le retour de plusieurs employés permettant de respecter le ratio de personnel soignant/résidents ». **On comprend donc qu'une reprise des admissions, une nouvelle éclosion ou des**

²² Rapport des Forces armées canadiennes (2e Division du Canada et Force opérationnelle interarmée (Est)), publié le 18 mai 2020.

départs en invalidité du personnel pourraient faire chavirer brusquement le navire.

Au **CHSLD Yvon-Brunet** (annexe N du rapport), les FAC ont prêté 14 militaires provenant de la Force opérationnelle médicale et 19 en soutien général. En date des observations, soit le 12 mai 2020, le CHSLD était occupé à peine à 55% et les cas positifs étaient en diminution (suite à un pic d'infection vers le 30 avril). On peut lire dans le rapport des FAC qu'elles n'ont pas observé de décès. Or, le CHSLD compte 72 décès dus à la COVID en date du 11 mai (et un seul supplémentaire de cette date jusqu'au 13 juin). Il semble que les FAC soient arrivées après les ravages du virus, ce que tendent à confirmer le nombre de décès et le taux d'occupation à ce moment.

Au **CHSLD Réal-Morel** (annexe W du rapport), les FAC ont prêté 14 militaires provenant de la Force opérationnelle médicale et 18 en soutien général. Les militaires ont vu le nombre de cas continuer de progresser (+10%) pendant leur mission. Ils estiment que la hausse est due aux « défis dans la surveillance des zones de contamination »; un défi lié au « mouvement du personnel médical (sic) d'un quart à l'autre » ce qui a eu pour effet de « mettre en place des conditions propices à une éclosion ». De la même manière qu'au CHSLD Manoir de Verdun, seulement 60% du personnel médical (sic) était en poste à l'arrivée des militaires. L'auteur du rapport n'a pas été en mesure de connaître la structure de poste des PAB, mais a noté un manque de stabilité dans le personnel. À nouveau, le rapport souligne les « besoins d'assistance dans la gestion de l'établissement », notamment pour « guider correctement les employés temporaires au sein de leur établissement ».

Conclusion

En somme, les soins offerts dans ces milieux de vie que sont les CHSLD relevaient plutôt des soins hospitaliers. Le rapport souligne qu'on a créé des « centres hospitaliers dans les CHSLD ». **Les FAC et le personnel régulier ont eu à surmonter trois défis : 1) la surveillance des zones chaude/tiède/froide, 2) l'utilisation sécuritaire des équipements de protection individuelle (ÉPI) et 3) la dotation suffisante de personnel.**

Dans un rapport récent, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) défendait quatre (4) interventions stratégiques pour contrer la pandémie²³. Nous commenterons brièvement chacune d'elle en fonction de la réalité du CIUSSS.

1. Formation

La formation en lien avec la PCI est certainement une lacune importante. Nous l'avons abordé précédemment : l'Employeur doit faire en sorte de doter les postes de conseillères en soins responsables de la PCI. La formation n'a pas été mise de l'avant dès le début de la pandémie. L'Employeur s'est plutôt contenté de faire circuler les directives changeantes de l'INSPQ.

2. Dépistage généralisé

Le dépistage généralisé a fait l'objet de discussion avec l'Employeur dès l'éclosion du premier foyer à l'hôpital de Verdun vers le 2 avril 2020²⁴. Il s'agissait possiblement d'un des plus importants foyers d'éclosion au pays à ce moment. Bien que les patients aient été dépistés, l'Employeur n'a pas dépisté massivement les salariées. Seule les salariées symptomatiques pouvaient être dépistées. Les autres devaient porter gants, blouse et masque de procédure.

3. Aménagement d'unités d'isolement

Comme l'ont souligné avec précision les FAC, le CIUSSS a connu des ratées importantes en ce qui concerne la séparation des différentes zones. Hospitalocentrisme oblige, un « hôpital dans l'hôpital » a été créé²⁵, mais les CHSLD ont dû attendre d'être gravement infectés avant que des zones soient mises en place.

²³ Institut canadien d'information sur la santé. *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : où se situe le Canada par rapport aux autres pays?*. Ottawa, ON : ICIS; 2020.

²⁴ Radio-Canada. « L'hôpital de Verdun – foyer d'éclosion de la COVID-19 », *Radio-Canada*, 2 avril 2020, en ligne : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1690551/coronavirus-hopital-verdun-cas-eclosion-medecins>

²⁵ Lagacé, P. « Un hôpital dans l'hôpital Notre-Dame », *La Presse*. 22 mars 2020. En ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-03-22/un-hopital-dans-l-hopital-notre-dame>

4. Soutien additionnel au personnel

Nous avons malheureusement observé tout le contraire pendant la crise. Bien que le MSSS affirmait que les gestionnaires devaient offrir deux (2) quarts complets de travail sur le plancher chaque semaine, très peu l'ont fait. Nous n'avons observé qu'une seule gestionnaire au CIUSSS qui a prêté main forte dans les soins pendant la crise.

L'Employeur a plutôt choisi la voie de l'autoritarisme et de la coercition en appliquant sans relâche l'arrêté 2020-007 comme nous l'avons exposé précédemment.

a. Hausse de la dotation en personnel

La dotation en personnel a donné lieu à toute sorte situation. Nous avons observé des surplus sur les quarts de jour. Si bien que des salariées à qui on avait retiré des vacances ou des congés fériés se voyaient offrir des absences autorisées sans solde une fois arrivée sur leur lieu de travail. Pour les soirs, nuits et fins de semaine, les niveaux de dotation étaient au minimum, voir en déficit.

Vu le nombre de salariées infectées et les nombreux postes vacants, les niveaux de dotation n'ont pas pu être rehaussés au plus fort de crise. Ce sont les FAC qui ont permis de maintenir les présences minimales de professionnelles en soins.

b. Création d'équipes spécialisées

Vers la fin du mois de mai, l'Employeur a effectivement créé une sorte d'équipe spécialisée pour soutenir le respect des mesures de PCI. À l'hôpital de Verdun, par exemple, une équipe de professionnelles en soins a été formée pendant une journée le 28 mai 2020. Par la suite, ces personnes nouvellement formées devaient s'assurer que les salariées respectaient les mesures de PCI comme le lavage des mains.

c. ÉPI suffisants

La gestion des ÉPI en « juste-à-temps » a placé les milieux de soins dans une constante « pénurie » anticipée de matériel. Les stocks et les commandes arrivaient juste à temps ou en retard. Le CIUSSS a donc appliqué des règles de PCI qui exposaient les salariées et les patients au virus, comme en témoigne le nombre de personnes infectées.

Par ailleurs, la réaction initiale de l'Employeur dans certains milieux de soins comme le soutien à domicile ou le service courant en CLSC a été de s'en tenir à l'étiquette respiratoire habituelle comme pour les autres pathogènes présents dans la communauté (influenza, tuberculose, etc.), ce qui s'est avéré insuffisant.

Cette comparaison des interventions stratégiques recommandées de l'ICIS avec la réalité du terrain illustre bien le fossé entre les décideurs et les gens qui subissent les décisions. Les défis de communication interne du CIUSSS sont certes énormes, mais ils doivent être relevés absolument. La collaboration de l'Employeur avec le Syndicat a été minimale pendant toute la durée de la crise et cela se reflète par ce décalage entre les interventions stratégiques recommandées par l'ICIS et celles prises par le CIUSSS.

Quelques pistes de solution

« Au CLSC, en soutien à domicile, comment peut-on nous envoyer au front sans armes pour se protéger? Nous sommes stressées, anxieuses de côtoyer des personnes qui nous mentent sur leur situation. Pourquoi? Pour recevoir leurs soins! Mais d'autres nous demandent pourquoi nous ne portons pas de masque, inquiet qu'on leur transmette le virus, car ils le savent on se promène dans notre métier. »

Témoignage #567

6 avril 2020

La « recette » pour combattre efficacement la COVID a été abordée dans les médias et nous adhérons à plusieurs de ces principes²⁶. Pour réussir à surmonter des crises comme celle de la COVID-19, il faudrait un gestionnaire avec une capacité décisionnelle sur place, dans chaque CHSLD, et y développer une culture de prévention, grâce à la présence de professionnelle en PCI notamment. L'établissement devrait aussi « se sevrer des agences de placement de main-d'œuvre », empêcher les déplacements de personnel d'un CHSLD à l'autre, stabiliser la main-d'œuvre et fournir tous les ÉPI nécessaires. Du moins, c'est ce qui expliquerait le succès du CHSLD Hôpital chinois de Montréal, dont la Fondation a pu fournir un nombre suffisant d'ÉPI lorsque le besoin s'est fait sentir. Mme Sonia Bélanger, PDG du CIUSSS, a commandé une étude à l'École de la santé publique de l'Université de Montréal afin d'expliquer les succès du CHSLD Hôpital chinois de Montréal contre le virus. Le Syndicat demeure disponible et volontaire pour toutes professionnelles de recherche en santé publique ou en sciences infirmières pour de tels projets. La littérature scientifique se détourne trop souvent, par manque de financement ou par manque d'intérêt, de l'étude de l'impact de la représentation collective des travailleuses sur la santé publique, malgré les résultats probants de certaines chercheuses²⁷.

²⁶ Touzin, C. et Duchaine, G. « CHSLD : la recette pour résister au virus », *La Presse*, 29 juin 2020. En ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-29/chsld-la-recette-pour-resister-au-virus.php>

²⁷ Hagedorn, J. Alexandra Paras, C., Greenwich, H. et HagopianA. (2016) « The Role of Labor Unions in Creating Working Conditions That Promote Public Health », *AJPH Perspectives*, 106 (1), pp. 989-995.

Pour en revenir au CHSLD Hôpital chinois de Montréal, nous soutenons que la taille réduite de la structure organisationnelle ainsi que la stabilité du personnel du CHSLD Hôpital chinois de Montréal ont été des facteurs décisifs de leur succès. Le Syndicat a supplié l'Employeur de ne pas déplacer ponctuellement le personnel de cette installation vers d'autres CHSLD du CIUSSS. Or, environ une semaine avant le premier cas (positif du 11 mai au 1^{er} juin), des déplacements avaient eu lieu. Il ne s'agit que d'un exemple parmi d'autres où le Syndicat s'est évertué à répéter les mêmes mises en garde, sans toutefois obtenir l'écoute de l'Employeur.

Nous ajoutons à cela que la gestion des horaires doit être confiée à des techniciennes dédiées au sein même de chaque installation ou laissée à une autogestion par les équipes de soins. Le Syndicat martèle ce message au moins depuis les négociations des dispositions locales de la convention collective en 2017.

Il ne fait aucun doute qu'une présence suffisante de professionnelle en soins stable dans les CHSLD doit être au cœur des préoccupations des parties afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les CHSLD. Dans une étude récente, des chercheurs ont observé une diminution de 22% des décès liés à la COVID pour chaque augmentation de 20 minutes de soins infirmiers directs aux patients en soins de longue durée²⁸. Les auteurs mentionnent d'autres facteurs qui contribuent à la propagation du virus : le grand nombre de lits, la dotation du personnel, l'accès aux ÉPI et la propagation du virus entre les patients et le personnel. Les résultats des chercheurs vont dans le même sens que d'autres études précédentes qui soutiennent que les professionnelles en soins sont la clef pour combattre les épidémies. Plus encore, les données probantes sur les effets positifs des ratios sécuritaires sur la mortalité et les événements indésirables sont maintenant largement connues²⁹. L'aide de 105 militaires dans 3 CHSLD du CIUSSS nous donne aussi un aperçu de la quantité minimale de personnel à ajouter dans les structures de postes de la direction SAPA.

Tout comme au printemps 2019, le Syndicat soutient que la fusion des centres d'activités dans les CHSLD apporte plus d'inconvénients qu'elle n'apporte de bénéfices. La pandémie a eu pour effet de révéler violemment ces inconvénients. Nous croyons qu'en plus de la « recette » décrite plus tôt, les postes doivent être constitués pour être stables par définition. **De cette façon, les gestionnaires de premier niveau auraient le moins de marge de manœuvre possible pour déplacer le personnel.** Nous soutenons donc qu'il faut revenir à **des centres d'activités plus petits**. Dans ces nouveaux petits centres d'activités, les postes devront être « simples » (art. 1.07). Il faut à tout prix éviter de réduire la taille des centres d'activités en y ajoutant des postes atypiques : équipe

²⁸ Li, Y., Temkin-Greener, H., Gao, S., Xueya (2020) COVID-19 infections and deaths among Connecticut nursing home residents : facility correlates, *Journal of the American Geriatrics Society*, (à paraître).

²⁹ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. *Le livre noir de la sécurité des soins*. FIQ : Montréal, QC. 2017, en ligne : http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/11/FIQ-LivreNoir_FR_Web.pdf

volante, postes de relève, postes composés, postes polyvalents, cela viendrait annuler tous les efforts de stabilisation du personnel. L'Employeur doit s'engager à ne plus créer ou afficher les postes de relève ou d'équipe volante pour une période significative afin de mettre en place des structures de postes autosuffisantes pour répondre aux besoins des patients et du personnel.

Pour le Syndicat, **la stabilisation du personnel** est un élément clef pour contrer la pénurie de main-d'œuvre, augmenter la satisfaction au travail, le sentiment d'appartenance et par le fait même améliorer la qualité et la sécurité des soins. En ce sens, la position du Syndicat rejoint celle de la Société royale du Canada : il faut mettre en œuvre une « politique du lieu de travail unique »³⁰.

En terminant, il semble que les solutions les plus simples sont les plus porteuses. En ce sens, le respect du personnel doit être plus qu'une valeur inscrite dans des déclarations de principes. Il doit se vivre au quotidien et se faire sentir dans les décisions stratégiques de l'Employeur. En d'autres termes, les mécanismes de prise de décision et de communication interne doivent faire en sorte de permettre une gestion de proximité. **Pour le Syndicat, le respect passe donc par l'écoute des professionnelles en soins sur le terrain et par des décisions qui reflètent cette écoute du terrain.**

³⁰ Société Royal du Canada. *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Ottawa, ON : RSC-SRC; 2020.

Annexe 1 – Couverture médiatique du Syndicat

(en ordre chronologique)

Radio-Canada. « Le personnel infirmier devant différentes sources d'inquiétudes », L'heure du monde, 31 mars 2020, en ligne : <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/l-heure-du-monde/segments/reportage/162222/personnel-infirmier-anxiete-hdm>

Carabin, F. « Soins infirmiers : le réseau « jongle » avec le personnel à Montréal ». Journal Métro, 1^{er} avril 2020, en ligne : <https://journalmetro.com/actualites/montreal/2434854/soins-infirmiers-le-reseau-jongle-avec-le-personnel-a-montreal/>

Caillou, A. « Foyer d'éclosion dans un CHSLD à Montréal », Le Devoir, 2 avril 2020, en ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/576255/foyer-d-eclosion-dans-un-chsld-a-montreal>

Forcier-Martin, C. « Vives inquiétudes chez le personnel », TVA nouvelles, 5 avril 2020, en ligne : <https://www.tvanouvelles.ca/2020/04/05/vives-inquietudes-chez-le-personnel-soignant-de-notre-dame>

Gerbet, T. « Un bilan bien plus lourd qu'annoncé à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal », Radio-Canada, 13 avril 2020, en ligne : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1693690/hecatombe-institut-geriatrie-montreal-deces-covid-chsld>

Boissoneault, A. « Portes verrouillées et travail forcé dans un CHSLD de Montréal », Radio-Canada, 13 avril 2020, en ligne : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1693507/confinement-chsld-montreal-infirmieres>

985fm, « Les autorités de la Santé blâmées | «Ces décès, je les mets sur leur compte à eux, ça c'est certain» -La présidente de la Fédération des infirmières du Québec », 985fm, 13 avril 2020, en ligne : <https://www.985fm.ca/nouvelles/sante/299462/les-autorites-de-la-sante-blamees-ces-deces-je-les-mets-sur-leur-compte-a-eux-ca-cest-certain-la-presidente-de-la-federation-des-infirmieres-du-quebec>

MacKenzie, A. et Kovac, A. « Staff at Verdun seniors' residence were locked in to prevent them from leaving », CTV news, 13 avril 2020, en ligne : <https://montreal.ctvnews.ca/staff-at-verdun-seniors-residence-were-locked-in-to-prevent-them-from-leaving-1.4894875>

TVA Nouvelles, « Au moins 37 morts à l'Institut universitaire de gériatrie », TVA nouvelles, 14 avril 2020, en ligne : <https://www.tvanouvelles.ca/2020/04/14/au-moins-37-morts-a-linstitut-universitaire-de-geriatrie>

Bilodeau, É. « Des salaires en retard pour des travailleurs de la santé », *La Presse*, 14 avril 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-04-14/des-salaires-en-retard-pour-des-travailleurs-de-la-sante>

Lacoursière, A., Duchanie, G., Morase, M. et Lagacé, P. « Dix résidences classées «rouge» », *La Presse*, 14 avril 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-04-14/dix-residences-classees-rouge>

McLellan, A. « 'Enough with the guardian angels': Nurses and families say government acted too late to help seniors » CBC, 16 avril 2020, en ligne : <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/stuck-in-3rd-gear-families-say-quebec-too-slow-to-respond-to-seniors-home-covid-crisis-1.5533818>

Lacoursière, A. et Chouinard, T. « Des hôpitaux demandent de laver les blouses jetables », *La Presse*, 22 avril 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-04-22/des-hopitaux-demandent-de-laver-les-blouses-jetables>

Lepage, G. et Boutros, M. « Les soignants n'ont pas l'obligation d'intervenir sans équipement de protection », *Le Devoir*, 24 avril 2020, en ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/577622/soignants-et-interventions>

Blais, A. et Duchaine, H. « Crise dans les CHSLD: peu de renfort des régions », *Journal de Montréal*, 27 avril 2020, en ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2020/04/27/peu-de-renfort-des-regions>

Bilodeau, E., Duchaine, G. Gagnon, K. et Lacoursiere, A. « Institut de gériatrie de Montréal : quand la forteresse tombe », *La Presse*, 4 mai 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-04/institut-de-geriatrie-de-montreal-quand-la-forteresse-tombe>

Blais, A., Séguin, F., Lacroix, A., Giguère, F., Tremblay, J. « Une femme de 27 ans a succombé à la COVID-19 », *Journal de Montréal*, 15 mai 2020, en ligne : <https://www.journaldemontreal.com/2020/05/14/une-jeune-femme-de-27-ans-decede-de-la-covid-19-1>

Ferah, M. « La presse 2 juin 2020 : les travailleurs de la santé exigent des vacances », *La Presse*, 2 juin 2020, en ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-02/les-travailleurs-de-la-sante-exigent-des-vacances>

Boutros, M. « Le personnel de la santé hypothéqué », *Le Devoir*, 19 juin 2020, en ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/581140/coronavirus-le-personnel-de-la-sante-hypothequ>

Lepage, Guillaume, « Pénurie de personnel et mauvaise gestion en CHSLD », Le Devoir, 4 juin 2020, en ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/581908/sante-penurie-de-personnel-et-mauvaise-gestion>

Paré, I. « Vacances réduites pour des milliers d’infirmières », Le Devoir, 11 juillet 2020, en ligne : <https://www.ledevoir.com/societe/sante/582305/coronavirus-vacances-reduites-pour-des-milliers-d-infirmieres>

Touzin, C. et Duchaine, G. « CHSLD : la recette pour résister au virus », La Presse, 29 juin 2020. En ligne : <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-29/chsl-d-la-recette-pour-resister-au-virus.php>

Annexe 2 – Données RH

	17- avr- 20	18- avr- 20	20- avr- 20	21- avr- 20	22- avr- 20	23- avr- 20	25- avr- 20	26- avr- 20	28- avr- 20	30- avr- 20	04- mai- 20	06- mai- 20	07- mai- 20	08- mai- 20	11- mai- 20	16- mai- 20	17- mai- 20	01- juin- 20	04- juin- 20	10- juin- 20	11- juin- 20	13- juin- 20	14- juin- 20	25- juin- 20	09- juil- 20
Cat. 1 COVID	213	218	217	249	244	247	254	248	259	254	240	242	229	230	230	182	176	176	154	77	44	29	27	17	3
Cat. 1 COVID relatif	7%	7%	7%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	7%	7%	7%	6%	6%	6%	5%	2%	1%	1%	1%	1%	0%
Cat. 1 en quarantaine	330	338	336	378	361	375	380	374	392	388															
Cat. 1 en quarantaine relatif	7%	7%	7%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%															
Employés délestés CIUSSS												890	949	1006	1175	1218	1208	1276	1281	1200	1185	1140	1141	1096	894

Annexe 3 – Données cumulatives pour les CHSLD

	hébergement permanent (MSSS, Répertoire M02)	hébergement permanent en santé mentale (MSSS, Répertoire M02)	proportion cas COVID/ lits permanents - 13 juin 2020	proportion décès COVID/lits permanents - 13 juin 2020	taux mortalité = proportion décès COVID/ cas COVID - 13 juin 2020
CENTRE D'HÉBERGEMENT YVON-BRUNET (5122-8369)	131	54	75,68%	39,46%	52,14%
CENTRE D'HÉBERGEMENT LOUIS-RIEL (5122-8328)	100		69,00%	31,00%	44,93%
CENTRE D'HÉBERGEMENT ALFRED-DESROCHERS (5225-3796)	125		53,60%	27,20%	50,75%
CENTRE D'HÉBERGEMENT JEAN-DE-LA-LANDE (5121-7735)	268		50,00%	24,25%	48,51%
CENTRE D'HÉBERGEMENT DES SEIGNEURS (5458-3364)	120	48	69,64%	23,81%	34,19%
CENTRE D'HÉBERGEMENT ERNEST-ROUTHIER (5226-6889)	96		53,13%	21,88%	41,18%
CENTRE D'HÉBERGEMENT RÉAL-MOREL (5122-8336)	144		40,97%	20,83%	50,85%
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL (1510-3666)	248		66,94%	18,15%	27,11%
CENTRE D'HÉBERGEMENT DE VERDUN (5149-7576)	220		48,64%	16,82%	34,58%
MOYENNE			41,48%	15,62%	34,11%
CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN (5121-8030)	196		55,61%	12,24%	22,02%
CENTRE D'HÉBERGEMENT PAUL-BRUCHÉSI (5269-7893)	83		32,53%	7,23%	22,22%
CENTRE D'HÉBERGEMENT ÉMILIE-GAMELIN (5122-8542)	147	37	17,39%	7,07%	40,63%
CENTRE D'HÉBERGEMENT PAUL-ÉMILE-LÉGER (5122-8534)	193		36,79%	6,74%	18,31%
CENTRE D'HÉBERGEMENT ARMAND-LAVERGNE (5275-6772)	158	24	26,92%	6,04%	22,45%
CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SAINT-HENRI (5122-8377)	174		4,60%	2,30%	50,00%
CENTRE D'HÉBERGEMENT DU MANOIR-DE-L'ÂGE-D'OR (5122-0283)	168		2,98%	0,60%	20,00%
L'Hôpital chinois de Montréal (1963) (1289-2303)	128		0,78%	0,00%	0,00%

