



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

FIQ Montréal | Siège social
1234, avenue Papineau, Montréal (Québec) H2K 0A4 |
514 987-1141 | 1 800 363-6541 | Téléc. 514 987-7273 | 1 877 987-7273 |

FIQ Québec |
1260, rue du Blizzard, Québec (Québec) G2K 0J1 |
418 626-2226 | 1 800 463-6770 | Téléc. 418 626-2111 | 1 866 626-2111 |
fiqsante.qc.ca | info@fiqsante.qc.ca

DOCUMENT TRANSMIS PAR COURRIEL
MALTRAITANCE.AINES@MSSS.GOUV.QC.CA

Montréal, le 1^{er} mars 2021

**AVIS DE LA FIQ ET DE LA FIQP DANS LE CADRE
DE LA CONSULTATION SUR LE PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL
POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES PERSONNES AÎNÉES 2022-2027**

INTRODUCTION

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec–FIQ et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé–FIQP sont des organisations syndicales qui représentent 76 000 membres infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements de santé et de services sociaux québécois. Fortes de leur enracinement au cœur du réseau de la santé et de leurs valeurs d'égalité et de justice sociale, notamment, la FIQ et la FIQP ont toujours participé activement aux diverses consultations qui ont marqué l'histoire du système de santé et de services sociaux québécois, se portant à la défense des intérêts et des préoccupations des membres qu'elles représentent, mais aussi des patient-e-s et de la population.

Composées à près de 90 % de femmes, la FIQ et la FIQP sont des organisations résolument féministes. Elles se préoccupent particulièrement de la question de la maltraitance envers les personnes âgées, puisque les femmes y sont davantage exposées. À ce titre, elles rappellent l'importance de prendre en compte la dimension systémique et sociale des inégalités entre les hommes et les femmes et d'identifier, à la lumière des expériences féministes, des solutions qui répondent aux besoins des victimes de tous les types de maltraitance.

Si le contexte exceptionnel de la crise de la COVID-19 et l'hécatombe dans les CHSLD ont causé un choc collectif brutal quant à la maltraitance envers les personnes âgées, il demeure essentiel de reconnaître que cette situation désastreuse tire ses sources dans les décisions politiques, budgétaires et de gestion des dernières décennies. L'austérité a frappé de plein fouet les personnes vulnérables, dont les âgé-e-s, sans tenir compte de leurs besoins réels et en mettant la hache dans les systèmes de protection qui les entouraient. Le réseau de la santé a été privé de ressources et les méthodes de gestions déshumanisantes et la surcharge de travail sont devenues la norme pour les professionnelles en soins, compromettant bien malgré elles la qualité et la sécurité des soins aux patient-e-s.

Après avoir pris connaissance du document de consultation sur le plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027, qui aurait pu bénéficier d'une plus large diffusion, les Fédérations ont estimé qu'elles se devaient de transmettre le point de vue des professionnelles en soins et leurs solutions. Elles se sont concentrées sur les thèmes trois et quatre de la consultation, soit la maltraitance organisationnelle et la bientraitance.

THÈME 3 : LA MALTRAITANCE ORGANISATIONNELLE

Au-delà des actions complétées et en cours de réalisation, quelles sont les démarches prioritaires à mettre de l'avant pour lutter contre la maltraitance organisationnelle?

1. Encourager et faciliter la dénonciation sans crainte de représailles pour les professionnelles en soins

Tous les jours, les professionnelles en soins présentes en première ligne défendent les droits et les intérêts des patient-e-s. Portées par ce rôle d'advocacy et par leurs obligations déontologiques axées sur les intérêts des patient-e-s, elles doivent impérativement dénoncer les situations inacceptables qui compromettent la qualité et la sécurité des soins aux patient-e-s. Elles préviennent leur supérieur, tentent d'informer les patient-e-s sur les mécanismes de plainte existants ou, en dernier recours, vont jusqu'à alerter l'opinion publique. Ces démarches se heurtent notamment à l'employeur qui appelle constamment à leur devoir de loyauté. Les professionnelles en soins subissent régulièrement des représailles (suspension sans salaire, congédiement, avis disciplinaire), alors que leur obligation est de protéger leurs patient-e-s. Il devient alors de plus en plus difficile de parler, de dénoncer. C'est l'omerta, ou la loi du silence qui atteste également de l'absence de considération de l'opinion des professionnelles en soins, dont la très grande majorité est des femmes.

Que ce soit par la voie législative ou par des canaux de communication, quelques initiatives ont été tentées pour s'attaquer à l'omerta, mais sans volonté politique claire d'en finir avec cette forme de maltraitance organisationnelle. La *Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics*, adoptée en 2016, ne protège pas adéquatement les lanceurs d'alerte et a peu changé la réalité terrain des professionnelles en soins. Arrivée en poste en octobre 2018, l'ancienne ministre de la Santé, Danielle McCann, a multiplié les appels aux gestionnaires et affirmé que l'omerta était terminée¹, sans action concrète – directive, circulaire, etc. – pour y mettre un terme. En mai 2020, la ministre McCann lançait l'initiative *On vous écoute*, une boîte courriel confidentielle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui devait permettre aux travailleuses de la santé de s'exprimer. L'ancienne ministre affirmait avoir besoin de ces informations pour effectuer les ajustements nécessaires. Les professionnelles en soins ayant écrit à cette boîte courriel ont été par contre amèrement déçues : elles ont reçu des réponses génériques, sans aucune trace d'imputabilité et ont souvent été redirigées vers leur employeur. Les Fédérations y ont plutôt vu une tentative de limiter, une fois de plus, les prises de parole des professionnelles en soins sur la place publique.

¹ LEDUC, Louise. « [La ministre McCann veut mettre fin à «l'omerta» en santé](#) », *La Presse*, 18 novembre 2019 et BOUCHARD, Marie-Christine. « [L'omerta dans le milieu de la santé, c'est terminé](#) », *La Tribune*, 20 janvier 2020.

Malgré ces initiatives, force est de constater que les représailles à l'endroit de professionnelles en soins qui dénoncent publiquement des situations graves se perpétuent, si bien que la motion suivante a été adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale, le 2 février 2021 :

« Que l'Assemblée nationale demande au gouvernement de prendre des mesures adéquates afin de protéger des risques de représailles les professionnelles en soins du réseau de la santé et les cadres qui s'expriment et partagent avec la population ou les médias les situations inacceptables et les actes répréhensibles dont ils sont témoins. »

Il est grand temps que la culture de gestion du réseau de la santé passe de la répression au soutien et que les professionnelles en soins soient véritablement libres de dénoncer des situations, à l'intérieur du réseau lui-même ou via les médias et les réseaux sociaux, dans l'intérêt de leurs patient-e-s. La mise en place de mécanismes clairs et la valorisation du rôle d'advocacy des professionnelles en soins sont des éléments essentiels pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées.

2. Remédier au défaut de soins aux aîné-e-s en adoptant des pratiques de gestion visant la qualité et sécurité des soins

Les principes de gestion empruntés au domaine manufacturier et progressivement implantés dans le réseau de la santé et des services sociaux ont entraîné des soins fragmentés et dépersonnalisés, de même qu'une intensification du travail en soins infirmiers et cardiorespiratoires. Cette dernière mène à des charges de travail très lourdes et à une forte pression sur le temps des professionnelles en soins. Ce contexte de gestion a, de plus, causé et renforcé des pratiques très courantes dans le réseau telles que le non-remplacement des absences, le recours aux heures supplémentaires, souvent obligatoires, et la substitution des professionnelles en soins. Ces décisions nuisibles, combinées à l'accroissement graduel de l'acuité des soins requis par les patient-e-s, en hébergement ou à domicile, ont mené à un défaut de soins infirmiers et cardiorespiratoires sans précédent. Il s'agit d'une maltraitance, d'une négligence passive aussi fondamentale que méconnue. Celle-ci s'attaque à la sécurité même des personnes, et, malheureusement, relègue le « prendre soin », pourtant indissociable de la bienveillance, au rang d'un luxe hors de portée pour les aîné-e-s du Québec et pour les professionnelles en soins qui sont contraintes de prodiguer des soins qu'elles savent insuffisants ou minimaux, donnés dans des conditions difficiles.

La littérature scientifique établit clairement le lien entre la charge de travail trop importante et les soins non faits². Cette réalité est bien connue des professionnelles en soins au chevet des patient-e-s et expertes des soins. Elles sont tout à fait (52,7 %) ou plutôt d'accord (29,7 %) pour dire que la charge de travail est le principal facteur expliquant que des soins soient omis³. Les effectifs insuffisants ont de nombreuses conséquences néfastes sur les patient-e-s², dont la hausse de la mortalité, les décès à la suite de complications évitables, les infections urinaires, les chutes et une baisse de la capacité à assurer une gestion adéquate de la douleur des patient-e-s. D'ailleurs, la littérature scientifique qui émerge dans le contexte de la pandémie de COVID-19 montre que, tout

² Les références portant sur les conséquences des soins non faits et de la dotation sur les patient-e-s sont disponibles à la fin du document.

³ Sondage téléphonique réalisé auprès de 653 professionnelles en soins, membres de la FIQ (infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes), exerçant en soins directs aux patients en CHLSD, chirurgie, inhalothérapie, médecine, soins à domicile et à l'urgence. Entrevues réalisées du 24 janvier au 4 février 2018, à partir d'un échantillon sélectionné aléatoirement. La marge d'erreur, lorsque le total est observé, est de +/-3,8 % ; elle varie entre +/- 8,7 % et +/- 9,7 % lorsque les différents centres d'activités sont observés.

comme pour d'autres infections, une meilleure dotation de personnel a aussi des impacts sur la capacité à éviter des infections de COVID-19 et d'en décéder.

Le défaut de soins aux aîné-e-s est devenu une norme au Québec, notamment en soutien à domicile (SAD) et en CHSLD. C'est une réalité qui est solidement documentée, et ce, depuis bien avant la pandémie. Par exemple, les activités de soins aussi essentielles au rétablissement et à la préservation de la santé que la surveillance de l'état de santé, la réalisation de tests diagnostiques ou les soins de plaies ne sont effectués selon les normes que dans environ la moitié des cas en CHSLD³. Or, les résident-e-s des CHSLD souffrent de lourdes pertes d'autonomie en plus d'être atteint-e-s de limitations psychologiques, cognitives et physiques importantes. Les patient-e-s présentent de multiples comorbidités, ont des besoins complexes et sont bien souvent avancé-e-s dans leur parcours de vie⁴. Un nombre croissant de résident-e-s présente une condition instable qui requiert des soins aigus et près de deux personnes sur dix meurent au cours de l'année, ce qui nécessite des soins de fin de vie, dont des soins palliatifs⁵. Le respect des droits des patient-e-s inclut les soins requis par l'état de santé, qui sont de plus en plus importants en CHSLD, mais aussi en SAD.

Parmi les activités les moins souvent effectuées selon les standards, on remarque les activités d'enseignement et de promotion de la santé ainsi que de réconfort et de communication aux patient-e-s et à leurs proches, qui relèvent des besoins émotionnels et psychologiques, ainsi que de la prévention, plutôt que des besoins physiologiques. Ceci est conséquent avec ce que la littérature scientifique relève lors de l'omission de soins faute de temps⁶. Ces choix contraignants entraînent une déshumanisation des soins. La bienveillance, pour se déployer, nécessite ce temps, le temps de l'écoute, pour créer un lien de confiance et une relation thérapeutique, pour permettre l'expression de la liberté des personnes et de leurs besoins propres, pour développer les attitudes soucieuses de l'autre et les soins respectueux du rythme des patient-e-s.

3. Abolir les plans de contingence et de délestage entérinés par les directions de soins infirmiers

Les plans de contingence et de délestage implantés dans les établissements depuis quelques années, et approuvés par les directions de soins infirmiers, contribuent à normaliser et même à donner une apparence de légitimité au défaut de soins. Les plans de contingence proposent des alternatives au fonctionnement régulier d'un centre d'activités comme la diminution des équipes de soins (le non-remplacement des absences), la substitution des titres d'emploi ou les déplacements de personnel. Les plans de délestage de soins indiquent des soins et services qui doivent être réalisés différemment, omis ou exécutés dans des délais hors norme, ce qui a comme conséquence de diminuer la prestation de soins normalement exigée par les standards professionnels. Par exemple, en ce qui concerne les soins d'hygiène et de la vie quotidienne, on pourra devancer l'heure du coucher, accélérer le rythme lors de l'alimentation, diminuer les nombres de séances au fauteuil, ne pas faire de tournée systématique pour vérifier les culottes d'incontinence. En ce qui concerne directement les soins infirmiers et cardiorespiratoires, les plans prévoient que des soins comme la prise de signes vitaux ou les changements de pansement peuvent être reportés au quart de travail

⁴ COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée, observations, conclusions et recommandations*, Assemblée nationale du Québec, direction des travaux parlementaires, juin 2016.

⁵ OIIQ. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, janvier 2014.

⁶ JONES, T.L., HAMILTON P., N. MURRY. « Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review », *International Journal of nursing studies*, 52 (6) (2015) 1121-37.

suivant. Ou encore, que la priorité soit donnée à répondre aux cloches d'appel, au détriment de toute autre tâche infirmière.

4. Mettre fin à la marchandisation des soins aux personnes âgées

Il y a un peu plus de 50 ans, lors des travaux de la Commission Castonguay-Nepveu, on s'interrogeait déjà sur la place du secteur à but lucratif dans les soins aux personnes âgées. Les auteurs du rapport indiquaient que :

Nous ne prétendons pas que les personnes qui se sont engagées dans le secteur de l'hospitalisation ou de l'hébergement à but lucratif ont toutes, sans exception, recherché uniquement les avantages pécuniaires qu'elles allaient en retirer. Ce que nous croyons, c'est que les services d'hospitalisation et d'hébergement – qui sont le produit d'une activité ayant essentiellement pour but de satisfaire des besoins humains – doivent être rémunérés à leur juste valeur, mais sans ouvrir la porte à l'exploitation de l'homme par l'homme⁷.

Malgré ce constat, le secteur de l'hébergement à but lucratif n'a cessé de croître au fil des années⁸. Les différents gouvernements qui se sont succédé depuis ont contribué à cette croissance en diminuant le financement public et en déléstant la responsabilité des soins aux promoteurs privés. La recherche de profit s'inscrit dans le modèle d'affaires de ces promoteurs et pour atteindre leurs objectifs, certains d'entre eux n'hésitent pas à rogner sur l'offre et la qualité des soins et services aux personnes âgées hébergées. Le Protecteur du citoyen a dénoncé à plus d'une reprise les lacunes dans l'offre de soins et services, en citant des exemples de maltraitance organisationnelle subie par les personnes âgées hébergées au sein de ces établissements⁹.

La période pandémique actuelle et ses conséquences auprès des personnes hébergées sont venues cruellement rappeler l'urgence de mettre fin à cette logique marchande des soins. Les différentes formes de maltraitance organisationnelle au CHSLD Herron et au Manoir Liverpool¹⁰ nécessitent plus que jamais, selon les Fédérations, l'intervention de l'État afin d'assumer totalement la responsabilité des soins et services offerts aux personnes hébergées et ainsi, respecter ses obligations légales, inscrites dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹¹.

⁷ COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL. Tome II du Volume VII, 1970, p. 43-44.

⁸ BOIVIN, Louise et Anne PLOURDE. *Propriété et profit dans l'hébergement de longue durée au Québec. Portrait préliminaire*, CREATAS, 2020.

⁹ [Allocution en commission parlementaire concernant les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD | Protecteur du Citoyen](#) et Protecteur du citoyen, *Rapport annuel 2017-2018*.

¹⁰ MSSS. *Rapport d'enquête sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 au CHSLD Herron*, 2020, et CISSS CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Synthèse du rapport de l'enquête administrative daté du 21 décembre 2020 concernant les ressources intermédiaires Manoir Liverpool et Manoir New Liverpool*, 5 février 2021.

¹¹ Article 5. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. LRQ. Chapitre S-4.2.

5. Adopter des mécanismes de surveillance efficaces et une meilleure reconnaissance de l'imputabilité

Afin de désengorger les urgences et libérer des lits de courte durée, l'État a recours de plus en plus à l'achat de lits au sein d'établissements d'hébergement privés. Ce recours au secteur privé connaît une croissance constante depuis plusieurs années¹².

Cependant, les Fédérations estiment que les différents mécanismes de surveillance pour évaluer le contrôle de la qualité des soins et des services offerts par des partenaires privés ne sont pas suffisants pour permettre au MSSS, aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) d'exercer leur rôle adéquatement. De plus, ils ne prévoient pas suffisamment de mesures d'imputabilité pour les propriétaires. Ces lacunes dans les mécanismes de surveillance exposent les personnes hébergées à une plus grande vulnérabilité, les rendant plus susceptibles de subir de la maltraitance organisationnelle.

En ce sens, les Fédérations partagent les constats formulés dans le rapport annuel 2018-2019 du Protecteur du citoyen concernant les lacunes en matière de contrôle de la qualité des soins et services au sein des ressources d'hébergements privées.¹³ Elles soutiennent également la recommandation du Rapport d'enquête du CHSLD Herron¹⁴ de revoir les différentes dispositions législatives afin d'augmenter la capacité d'intervention du MSSS des CISSS et des CIUSSS lorsque la sécurité et la santé des personnes hébergées dans les établissements privés sont compromises.

Par ailleurs, les Fédérations croient qu'un rôle accru de la Direction des soins infirmiers (DSI) des CISSS et des CIUSSS dans le contrôle de la qualité des soins et services offerts par les différents établissements sur l'ensemble du territoire desservi favoriserait un meilleur encadrement de ceux-ci. Pour la FIQ et la FIQP, ce rôle ne peut que contribuer à mieux protéger les personnes hébergées contre toute forme de maltraitance organisationnelle.

6. Revoir la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aîné-e-s et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité

Les Fédérations saluent la volonté de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants de revoir la loi adoptée en 2017. Les récents événements militent en faveur de cette révision afin d'y inclure notamment des sanctions pour les contrevenants. De plus, la FIQ et la FIQP réitèrent l'importance de prévoir dans un éventuel projet de loi une définition de la maltraitance qui reflète tous les types de maltraitance en y incluant les facteurs de risques organisationnels, car ce qui n'est pas visible et nommé ne peut être transformé¹⁵.

¹² BOIVIN, Louise et Anne PLOURDE. *Propriété et profit dans l'hébergement de longue durée au Québec. Portrait préliminaire*, CREATAS, 2020, p. 1.

¹³ [Allocution en commission parlementaire concernant les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD | Protecteur du Citoyen](#) et Protecteur du citoyen, *Rapport annuel 2017-2018*, p. 75.

¹⁴ MSSS. *Rapport d'enquête sur les événements survenus dans le cadre de la pandémie de la COVID-19 au CHSLD Herron*, 2020, et CISSS CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Synthèse du rapport de l'enquête administrative daté du 21 décembre 2020 concernant les ressources intermédiaires Manoir Liverpool et Manoir New Liverpool*, 5 février 2021, p.34

¹⁵ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. *Mémoire sur le projet de loi n° 115, Ce qui n'est pas visible et nommé, ne peut être transformé*, 17 janvier 2017.

THÈME 4 : LA BIENTRAITANCE

Quels sont les situations particulières ou les milieux de vie où il faut donner priorité au développement de pratiques bientraitantes?

1. Des ratios sécuritaires en soins directs, la garantie d'équipes stables et suffisantes pour tous les milieux de vie et de soins

Actuellement au Québec, malgré le grand nombre de données probantes démontrant qu'une dotation suffisante permette d'assurer les soins et d'éviter des événements indésirables, il n'y a pas de normes obligatoires garantissant aux personnes âgées la présence d'un nombre suffisant de personnel pour répondre à leurs besoins. Cela est vrai pour les besoins de soins et de sécurité, mais aussi pour assurer écoute et respect auprès des résident-e-s et de leur famille, afin de les impliquer dans les décisions. Au Québec, on retrouve déjà des ratios favorisant la qualité et la sécurité dans les écoles et les centres de la petite enfance. De telles normes sont une condition essentielle de prévention de la maltraitance organisationnelle.

La FIQ et la FIQP préconisent que des ratios sécuritaires spécifiques soient implantés dans tous les milieux où les personnes âgées sont appelées à recevoir des soins. Sur la base notamment de la littérature scientifique et du champ de pratique, les ratios sécuritaires établissent des seuils de présence minimale d'effectifs en fonction des besoins d'un groupe de patient-e-s, selon un type d'environnement standard, qu'il s'agisse de SAD, de CHSLD/EPC, des éventuelles Maisons des aîné-e-s ou de ressource intermédiaire (RI). Cela permet d'avoir en tout temps des effectifs suffisants, car l'équipe de soins peut être rehaussée ponctuellement en fonction de certaines situations telles que des éclosions.

Les ratios sécuritaires sont incontournables pour instaurer les pratiques de bientraitance, en permettant la prise en compte de l'ensemble des besoins des patient-e-s, requérant des activités de type médical, de soins d'assistance et de soins infirmiers et cardiorespiratoires relevant de l'écoute, de l'enseignement et de la promotion de la santé.

Des ratios sécuritaires ont été implantés dans d'autres régions du monde qui faisaient face à des enjeux semblables à ceux du Québec en termes de sécurité des soins et de pénurie de main-d'œuvre. Il s'agit notamment de l'État de la Californie et des États de Victoria et du Queensland, en Australie. Les résultats probants des ratios implantés ailleurs dans le monde en termes d'attraction et de rétention du personnel assurant la sécurité des soins, ainsi que tous les écrits scientifiques liant la dotation à la qualité et à la sécurité, justifient à eux seuls l'implantation de ratios au Québec¹⁶.

Les 16 projets ratios réalisés par la FIQ, la FIQP et le MSSS en 2018-2019 dans différents milieux de pratique de différentes régions, incluant des CHSLD/EPC et le SAD, démontrent aussi la pertinence et la faisabilité de cette solution pour le Québec. Globalement, on y a documenté une diminution du taux de professionnelles ayant déclaré ne pas être en mesure de réaliser toutes leurs activités, ce taux passant de 60 % à 26,5 %.

¹⁶ Pour plus de détails, consulter : FIQ. *Le Livre noir de la sécurité des soins*, 2017, [En ligne], <http://www.figsante.qc.ca/produit/le-livre-noir-de-la-securite-des-soins/>, et FIQ, *Dossier spécial soins sécuritaires*, 2016, [En ligne], <http://www.figsante.qc.ca/wp-content/uploads/2016/12/Soins-securitaires-Web-FR-BR.pdf?download=1>

Cela s'est notamment traduit sur le plan de l'évaluation de la condition physique et mentale, de l'enseignement, de la prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), des délais avant de recevoir les soins (ex. médicaments administrés et vaccination donnée au moment opportun), de la prévention des chutes et de la prise en charge des patient-e-s en fin de vie.

De plus, l'implantation graduelle de ratios sécuritaires favorise la stabilité des équipes de soins, en diminuant la précarité d'emploi, en créant des postes plus attrayants et en favorisant la rétention du personnel. Cette stabilité des équipes est une condition essentielle à la continuité des soins, car elle permet l'établissement, dans la durée, d'une relation entre les professionnelles en soins et les patient-e-s, où les besoins et autres spécificités de ces dernier-ère-s et de leurs proches sont mieux connus et mieux compris, donc pris en compte et respectés dans la dispensation des soins. Les ratios sécuritaires réduisent aussi, en soutien à domicile, le très lourd fardeau imposé aux proches aidant-e-s de devoir interagir avec une multitude d'intervenant-e-s auquel-le-s faire état chaque fois des spécificités des aîné-e-s recevant des soins.

Il est faux de penser que l'on doit attendre que les effectifs suffisants soient disponibles pour implanter des ratios sécuritaires. Les écrits scientifiques et les expériences internationales démontrent que les ratios sont l'élément clé donnant une impulsion pour renverser la pénurie de personnel.

2. Des infirmières spécialisées en prévention et en contrôle des infections (PCI) : l'importance de ne pas nuire

La FIQ et la FIQP estiment que la grande vulnérabilité de nos aîné-e-s aux risques biologiques importants et à la santé précaire justifie le rehaussement du niveau de protection offert par le déploiement en nombre suffisant de professionnelles en soins spécialisées en prévention et contrôle des infections (PCI). L'instauration de ratios en PCI¹⁷ et la création du titre d'infirmière clinicienne spécialisée en PCI découlaient du *Rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, paru en 2005 à la suite de la vague d'éclotions de *Clostridium difficile*¹⁸. Les professionnelles en PCI avaient pour fonction, notamment, d'effectuer la surveillance épidémiologique des infections nosocomiales, d'actualiser les activités de prévention des infections en regard des problématiques en émergence, de coordonner les mesures de contrôle lors d'éclotions actives ou appréhendées et d'en assurer le suivi.

Ce rapport avait permis de montrer que le problème des infections nosocomiales n'était plus confiné à l'hôpital de soins de courte durée et pouvait s'étendre partout où il y avait prestation de soins, notamment dans les CHSLD et en soins à domicile. De plus, le rapport montrait que la frontière entre infections nosocomiales et infections d'origine communautaire avait tendance à s'estomper. Parmi les *Recommandations de normes en ressources humaines pour les programmes de PCI au*

¹⁷ MSSS. Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux, « 1.11 — Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales », [En ligne], [<https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000003/?&date=DESC&prog=sante-publique&critere=prog>]

¹⁸ MSSS. *D'abord, ne pas nuire: les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*, Rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, [En ligne], 2005, [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-209-01W.pdf>]

Québec¹⁹, il était souligné que : « Il est urgent et essentiel de promouvoir les programmes de prévention des infections autant à l'échelle locale que nationale. »

Au fil du temps, les postes d'infirmière en PCI furent toutefois victimes des réformes et des compressions budgétaires en santé publique. On ne peut que déplorer que leur absence, notamment dans les CHSLD, ait fait disparaître la culture de la prévention des infections, ce qui a aujourd'hui des conséquences qui ne peuvent être qualifiées que d'incommensurables.

3. Améliorer l'offre de soins à domicile

La pandémie de COVID-19 et la crise de l'hébergement qui s'en est suivie ont soulevé des questions pressantes sur l'offre de soins aux personnes âgées. Quels seront les effets du vieillissement de la population et des nécessaires exigences sanitaires sur l'accès aux soins, et pas uniquement en hébergement? Depuis 2011, on compte près d'un demi-million de personnes de plus dans la tranche d'âge des 65 ans et plus.

Bien avant la pandémie, le budget de mars 2019 octroyait 2,6 G\$ de crédits pour la mise en chantier de 3000 places en Maisons des aîné-e-s, dont environ 25 % pour les clientèles adultes particulières. Des annonces ont également été faites concernant les programmes de soutien à domicile (380 M\$ de plus annuellement), mais l'offre de soins et services à domicile actuelle apparaît encore insuffisante pour opérer le réel virage présenté par la politique de 2004, *Chez soi le premier choix*. En raison du portrait démographique actuel, et pour augmenter substantiellement la part du secteur public dans les services à domicile, cet effort doit être pratiquement doublé et nécessite des investissements de 4 G\$ sur un horizon de 5 ans²⁰ pour atteindre une cible de 40 % de couverture publique des soins à domicile.

Ce réinvestissement est d'autant plus crucial que la population ne perçoit pas actuellement le soutien à domicile comme une option réaliste: 83 % des personnes partagent la volonté de vieillir chez soi (91 % chez les 55 ans et plus) alors que 63 % d'entre elles l'estiment réaliste²¹. Répondre aux besoins de la population âgée – en favorisant son libre choix et le maintien de son autonomie en lui permettant de considérer réellement la possibilité du maintien à domicile - constituera, lorsque concrétisée, une pratique bienveillante qui est déjà inscrite dans les politiques gouvernementales.

CONCLUSION

La maltraitance des personnes âgées est quotidienne et souvent banalisée. La crise de la COVID-19 qui se poursuit lui aura conféré un caractère si visible qu'elle ne peut plus être ignorée. Au-delà du nombre de décès dus au virus, la pandémie a également mis au jour l'abandon, le manque de soins, bref la maltraitance aiguë de divers types vécue par certaines personnes âgées. Le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027 doit prendre la mesure de cette réalité.

¹⁹ CINQ. Recommandations de normes en ressources humaines pour les programmes de prévention et contrôle des infections au Québec, [En ligne], 2004, [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/565-recommandations2004cinq.pdf>]

²⁰ Guillaume HÉBERT. L'armée manquante au Québec : les services à domicile, IRIS, [En ligne], Octobre 2017, p. 12. [https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_SAD_WEB_02.pdf]

²¹ Soutien à domicile — Chez moi pour la vie, le choix des Québécois selon un sondage Léger, [En ligne], 17 février 2021, [<https://www.newswire.ca/fr/news-releases/soutien-a-domicile-chez-moi-pour-la-vie-le-choix-des-quebecois-selon-un-sondage-leger-807408581.html>]

Pour la FIQ et la FIQP, contrer la maltraitance envers les personnes âgées est indissociable de la lutte pour les droits des femmes. En effet, par leurs rôles sociaux (proches aidantes ou travailleuses de la santé, par exemple), les femmes sont majoritaires au cœur des actions pour lutter contre la maltraitance. Elles sont aussi, malheureusement, plus nombreuses parmi les personnes âgées exposées à la maltraitance. Les entendre, les écouter et mettre en place les moyens pour cerner leurs réalités font partie d'une démarche de bientraitance. En ce sens, les Fédérations suggèrent que le gouvernement utilise l'analyse différenciée selon le sexe, dans une perspective intersectionnelle (ADS+), pour aborder la question de la maltraitance afin de mettre en place des mesures de prévention et les adapter aux multiples réalités des personnes âgées.

Les Fédérations souhaitent que les pistes d'action, démarches et pratiques qu'elles recommandent soient considérées et fassent partie du prochain plan quinquennal afin de contribuer à contrer la maltraitance.

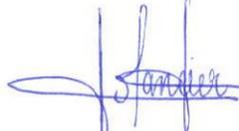
La présidente de la FIQ,



Nancy Bédard

NB/SM/MAL/vg

La présidente de la FIQP,



Sonia Mancier

LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE PORTANT SUR LE LIEN ENTRE LES SOINS NON FAITS, LA DOTATION ET LES IMPACTS SUR LES PATIENT-E-S

Soins non faits

BALL, J.E. « Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study », *International Journal of Nursing Studies*, vol 78, 2018, p. 10-15.

BALL JE, MURRELLS T, RAFFERTY AM, et al. « Care left undone during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care », *BMJ Qual Saf*, 2014;23:116–125.

GRIFFITHS, P. et al. « The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review », *Journal of advanced nursing*, 2018; 74 :1474-1487.

Hausse de la mortalité

SCHUBERT M., CLARKE S.P., AIKEN L.H. et DE GEEST S. « Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals », *International journal for quality in health care*, 2012, 24 (3): 230-8.

AIKEN L.H. et al. « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction », *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288 (16): 1987-1993.

Décès à la suite de complications évitables

NEEDLEMAN J. et al. « Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medicine*, 2002, Vol. 346, No. 22.

AIKEN L.H. et al. « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction », *Journal of the American Medical Association*, 2002, vol. 288, no 16, p. 1987-1993.

RAFFERTY, A. M., et al. « Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records, International », *Journal of Nursing Studies*, 2007, 44, 2: 175-182.

Infections urinaires

NEEDLEMAN J. et al. « Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals », *New England Journal of Medicine*, 2002, Vol. 346, No. 22.

CIMIOTTI J.P., Aiken L.H., Sloane D.M., Wu E.S., « Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection », *American Journal of Infection Control*, Août 2012; 40(6): 486-490.

Chutes

Schubert M. et al. « Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study », *International Journal for Quality in Health Care*, Août 2008, 20(4):227-37.

KALISCH, B.J., TSCHANNEN, D., & LEE, K.H. « Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls ». *Journal of Nursing*, 2012.

Gestion de la douleur

SHINDUL-ROTHSCHILD, J., FLANAGAN, J., STAMP, K. D., & READ, C. Y.. « Beyond the Pain Scale : Provider Communication and Staffing Predictive of Patients' Satisfaction with Pain Control », *Pain Management Nursing*, 2017, p. 1-9.

Contexte de la COVID-19

HARRIGTON et al. « Nurse Staffing and Coronavirus Infections in California Nursing Homes », *Policy, Politics and Nursing Practice*, 2020, vol. 21(3), 174-186.

LI et al. (In press), « COVID-19 Infections and Deaths among Connecticut Nursing Home Residents: Facility Correlates », *The American Geriatrics Society*, 2020, 00-1-8.

FIGUEROA et al., « Associations of Nursing Home Ratings on Health Inspections, Quality of Care, and Nurse Staffing With COVID-19 Cases », *Journal of the American Medical Association*, 2020, 324:11.

LASATER et al. « Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study », *The British Medical Journal Quality and Safety*, 2020, 0:1-9.