



## Le Canada au-delà de la COVID-19 : prendre du recul pour mieux avancer

### Activité virtuelle dans le cadre de la Semaine nationale des soins infirmiers

13 mai 2020

**« Nous, infirmières et infirmiers, savons que la sécurité des patients commence avec la sécurité des travailleurs. Si nos travailleurs de la santé sont en sécurité, alors nos patients le sont aussi. »**

**Linda Silas, I.I., présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers**

#### Introduction

Chaque année, la FCSII organise un déjeuner annuel sur la Colline du Parlement, auquel assistent des sénateurs, des députés et des intervenants du secteur de la santé. Cette année, au cœur de la pandémie de la COVID-19, nous avons organisé un panel virtuel en ligne pour répondre à certaines questions soulevées pendant la crise actuelle. En se tournant vers le passé – vers les leçons tirées du SRAS – les membres du panel ont offert une feuille de route pour l'avenir. Puisque plus de 80 % des décès de la COVID-19 au Canada sont dans le secteur des soins de longue durée, trois des membres du panel ont mis l'accent sur ce secteur, ont recensé les données recueillies jusqu'à maintenant, les succès et les échecs, et parlé de ce qu'il faut faire pour protéger les personnes dans les établissements de soins de longue durée. Le panel était composé de quatre experts de renom : Mario Possamai (conseiller principal au sein de la Commission sur le SRAS), le D<sup>r</sup> Samir Sinha (gériatre et directeur de la recherche sur les politiques de la santé au National Institute on Ageing), Sharleen Stewart (présidente, Service Employees International Union (SEIU) Healthcare), et Vicki McKenna (IA, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO)).

#### Leçons tirées du SRAS à l'âge de la COVID-19

**Mario Possamai, conseiller principal – Commission sur le SRAS de l'Ontario**

**Le SRAS a été une « générale » pour la COVID-19 – mais nous n'avons pas réussi à retenir les leçons tirées du SRAS.**

- Le SRAS a eu un impact beaucoup moins important à l'échelle mondiale : 8 096 personnes infectées dans le monde et 774 décès pour 26 pays;
- La Chine et Hong Kong représentaient 84 % de tous les cas; et 71 % de tous les décès;
- À l'extérieur de l'Asie, le Canada a été le pays le plus touché : l'Ontario avait 99 % des tous les cas au Canada et 100 % de tous les décès;
- SRAS : le Canada affichait le taux d'infection le plus élevé chez les travailleurs de la santé – au Canada, les travailleurs de la santé représentaient 44 % de tous les cas; l'Asie avait environ la moitié de cette proportion.



## **En 2003, le juge Archie Campbell est nommé président de la Commission sur le SRAS de l'Ontario.**

- Le mandat de la Commission sur le SRAS était limité : aucun constat de responsabilité civile ou criminelle
  - Entretiens anonymes et à cœur ouvert;
  - Objectif : déterminer les causes profondes et tirer des leçons pour assurer que l'Ontario soit préparée à la prochaine pandémie.

### **Capacité à faire des tests**

Rapport de la Commission sur le SRAS : « Les laboratoires doivent, au préalable, avoir la capacité nécessaire pour gérer toute éclosion future de maladies infectieuses parce qu'il est impossible de la créer pendant une éclosion. » [Traduction]

*Toronto Star*, 2 mai 2020 : le journal parle « d'un système composé d'une mosaïque de laboratoires publics, hospitaliers et commerciaux ». Ce système a été une entrave à la capacité de l'Ontario à effectuer des tests pendant la COVID-19, ce qui signifie que la province a souvent échoué lorsque venait le temps d'atteindre les cibles fixées.

### **Réserves d'EPI**

Pendant toute la pandémie du SRAS, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (syndicat infirmier) a exprimé son inquiétude au sujet des EPI :

- Des réserves suffisantes d'EPI étaient une recommandation clé de la Commission advenant une pandémie;
- L'Ontario s'est engagée, en 2007, à avoir suffisamment d'EPI pour quatre (4) semaines mais n'a pas réussi à maintenir cet inventaire;
- Par conséquent, en date de 2013, l'Ontario avait détruit près de 55 millions de respirateurs N95 périmés, démontrant ainsi l'absence de contrôle et de gestion des inventaires.

Le gouvernement fédéral a aussi reconnu l'importance cruciale d'avoir des réserves d'EPI dans le Plan canadien de 2006 en cas de pandémie (corrigé par Theresa Tam, actuelle administratrice en chef de la santé publique au Canada) :

- Le plan exige une réserve constante d'EPI pour 16 semaines (i.e. deux vagues de pandémie);
- Le 12 février 2020, la réserve fédérale était de 100 000 respirateurs N95 (en Ontario, on avait moins d'une semaine d'approvisionnement en N95 si utilisés seulement pour les interventions générant des aérosols (par exemples les intubations)).

### **Le principe de précaution**

La recommandation au cœur de la Commission sur le SRAS pour assurer la sécurité des travailleurs de la santé.

- « Il ne faut pas attendre la certitude scientifique pour prendre des mesures raisonnables pour diminuer le risque. »;
- Lorsqu'il y a incertitude par rapport au mode de transmission du virus (comme c'était le cas pour le SRAS), offrir le niveau le plus élevé de protection (respirateurs N95 protégeant des particules en suspension dans l'air), et non pas le moins élevé (masque chirurgical ou 'masque antipoussières' qui ne protègent pas contre les particules en suspension dans l'air), parce que les voies de transmission, telle la propagation aérienne, ne sont pas prouvées à 100 %;



- Rapport de la Commission sur le SRAS : « ... la santé et la sécurité des travailleurs de la santé... est primordiale lors d'une urgence en matière de santé publique. Le SRAS a démontré jusqu'à quel point des niveaux élevés de maladie ou de quarantaine chez les travailleurs de la santé peuvent nuire à l'intervention d'urgence. »; [Traduction]
- Selon des études publiées en 2004 et 2005, le virus du SRAS pouvaient être transmis par aérosols et propagé par gouttelettes.

Le débat entourant la COVID-19 est un miroir de celui entourant le SRAS; même si davantage de données suggèrent une propagation aérienne de la COVID-19, les gouvernements fédéral et provinciaux insistent pour dire que les masques chirurgicaux contre la propagation par gouttelettes offrent une protection suffisante.

### **Message à retenir**

Au Canada, les travailleurs de la santé affichent des taux plus élevés de COVID-19 que ceux en Chine et à Hong Kong parce que le Canada a ignoré les leçons tirées du SRAS et n'a pas suivi les recommandations de la Commission sur le SRAS.

Du nombre total de cas, les travailleurs de la santé représentent :

- Canada : 16 % ON; 18 % QC; 21 % CB;
- Chine : 4,4 % (la plupart de ces infections sont apparues au début de l'écllosion, avant que la Chine ne rende obligatoire les précautions contre la transmission par voie aérienne pour tous les travailleurs de la santé);
- Hong Kong : 0 %.

### **L'expérience canadienne de la COVID-19 : histoire de deux pandémies**

**D<sup>r</sup> Samir Sinha, MD, DPhil, FRCPC, directeur de la recherche sur les politiques de la santé au National Institute on Ageing, et directeur des services de gériatrie au Sinai Health System and University Health Network, Toronto**

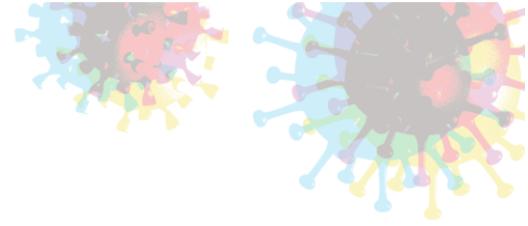
### **Stratégie nationale des aînés**

La COVID-19 a mis en relief l'urgence, pour le Canada, d'élaborer une stratégie nationale des aînés.

- La stratégie nationale des aînés au Canada comprend quatre (4) piliers : citoyens indépendants, productifs et engagés; vies saines et actives; soins à proximité du domicile; soutien pour les soignants;
- Cinq (5) principes fondamentaux sont sous-jacents aux quatre (4) piliers : accès, équité, choix, valeur, qualité;
- La FCSII et plusieurs autres organisations appuient la stratégie nationale des aînés.

### **National Institute on Ageing (NIA) : assurer l'avenir des soins de longue durée au Canada**

- Fait partie de la série de politiques pour 2019 de la NIA;
- Objectifs du rapport : 1) Explorer les dispositions actuelles liées aux soins de longue durée au Canada et les comparer aux pays comparateurs dans le monde qui doivent composer avec des transitions démographiques similaires; 2) Mettre en relief les défis actuels au Canada; 3) Présenter les opportunités et les innovations fondées sur les données probantes.



## **Pourquoi les soins de longue durée sont importants?**

- Plus grande famille de soins directs, mais ne SONT PAS couverts par la *Loi canadienne sur la santé*;
- Actuellement, nous avons une mosaïque de couvertures de ces soins au pays parce que les provinces dispensent les soins de longue durée mais n'ont pas l'obligation de le faire; ainsi, elles ne répondent pas nécessairement aux besoins de leur population;
  - Les niveaux de couverture et les critères d'admissibilité varient grandement d'une province et d'un territoire à l'autre
- La demande actuelle en soins de longue durée excède déjà l'offre, et on prévoit une augmentation exponentielle de la demande car la proportion de personnes âgées au Canada va en augmentant;
- Les faiblesses actuelles du système, notamment une dotation inadéquate et la conception des établissements, ont été mises en relief par la COVID-19.

## **COVID-19 : chronologie des mesures principales de santé publique**

- Une ligne de temps de la COVID-19 en Ontario a été publiée par le ministère de la Santé de l'Ontario;
- Le 24 mars 2020, le gouvernement de l'Ontario signale les premiers décès dans le secteur des soins de longue durée;
- Le 15 avril 2020, publication du Plan d'action pour protéger les soins de longue durée, y compris interdire au personnel en soins de longue durée de travailler dans plus d'un établissement de soins de longue durée.

## **Courbe épidémique : décès cumulatifs de la COVID-19 : nombre de jours depuis le 5<sup>e</sup> décès**

- Quatre provinces les plus touchées au Canada : Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec;
- La courbe indique que l'ensemble des provinces canadiennes ont de meilleurs résultats que d'autres pays : meilleurs que New York ou l'Italie;
- La C.-B. et l'Alberta ont mieux réussi à aplatir la courbe que la Corée du sud; ce n'est pas le cas pour l'Ontario et le Québec; grandes différences entre les provinces par rapport à aplatir la courbe.

## **Capacité des unités de soins intensifs dans les hôpitaux : utilisation actuelle et prévue**

- Succès démontré en Ontario et au Canada par rapport à l'utilisation des unités de soins intensifs dans les hôpitaux;
- On s'attendait à ce que ces unités soient débordées (comme en Italie), mais cela n'est pas arrivé et on pouvait augmenter la capacité au besoin.

## **Soins de longue durée : les données démontrent que le Canada n'était pas préparé. Nous avons besoin de meilleures données et de données plus complètes**

- Les données pour l'Ontario indiquent que la province n'était pas préparée à protéger le personnel et les résidents des établissements de soins de longue durée;
- La situation de la COVID-19 dans le secteur des soins de longue durée en Ontario en date du 19 avril 2020 : 847 cas confirmés de COVID-19 chez le personnel; 1 533 chez les résidents; 367 décès chez les résidents;



- Entre le 19 avril et le 13 mai 2020, la situation dans le secteur des soins de longue durée au Canada, particulièrement en Ontario, au Québec et en Nouvelle-Écosse, s'est grandement détériorée;
- Dès le mois de mai 2020, 82 % de tous les décès liés à la COVID-19 étaient dans les établissements de soins de longue durée;
- Parmi 14 pays, le Canada compte la plus grande proportion de décès en soins de longue durée;
- Quelques comparateurs : Hong Kong (0 %); Singapour (11 %); Australie (25 %); Hongrie (19 %);
- Le NIA prend l'initiative de fournir de meilleures données, des données plus complètes et transparentes.

### **National Institute on Ageing (NIA) : recommandations pour protéger les aînés du Canada de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée**

- Mettre fin à toute visite non essentielle;
- Éviter que le personnel travaille dans plusieurs établissements;
- Port du masque pour le personnel et les visiteurs;
- Mettre en place des politiques de prévention et de contrôle particulières pour la COVID-19 (en non de l'influenza);
- Politiques d'admission et de congés plus souples.

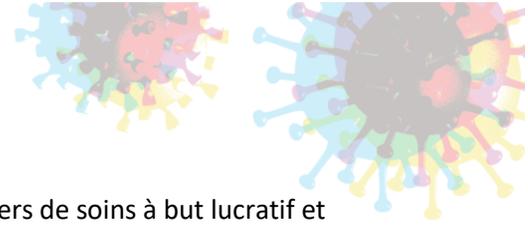
### **Message à retenir**

- Nous devons nous souvenir des leçons de la COVID-19 et de son impact sur les résidents et le personnel du secteur des soins de longue durée;
- La pandémie sera avec nous pour 18 mois, au moins;
- Nous devons transformer les soins de longue durée pour toujours afin de ne pas répéter les mêmes erreurs;
- Nous devons agir de façon rapide et déterminée;
- Toujours respecter le principe de précaution et être totalement transparents;
- Si nous apprenons de nos erreurs, quelque chose de bon pourrait émerger de cette pandémie qui a engendré tellement de souffrance et entraîné tellement de décès dans le monde entier.

### **Les conditions de travail deviennent les conditions de soins**

#### **Sharleen Stewart, présidente, Service Employees International Union (SEIU) Healthcare**

- Nous ne pouvons pas travailler de façon cloisonnée; tous les travailleurs de la santé doivent collaborer pour gérer cette crise; apprécions le travail des syndicats infirmiers, du D<sup>r</sup> Sinha et du NIA;
- SEIU représente environ 2 millions de travailleurs de Puerto Rico, des États-Unis et du Canada, dont plusieurs travaillent dans des établissements de soins de longue durée;
- Nous devons reconnaître, comme d'autres l'ont dit, que notre système de soins de longue durée (SLD) et le gouvernement de l'Ontario n'ont pas protégé les aînés et les travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée pendant la pandémie de la COVID-19 (et avant cette dernière) :
  - COVID-19 : Nous avons su très tôt que le virus était très contagieux et que les personnes âgées étaient particulièrement vulnérables;
  - Le gouvernement de l'Ontario a choisi d'ignorer les faiblesses inhérentes des SLD dispensés par le privé;



- Selon des données recueillies par le journal *Toronto Star*, les foyers de soins à but lucratif et sans but lucratif étaient tout aussi susceptibles de voir des éclosions de COVID-19 mais les résultats sont très différents :
  - Les résidents d'établissements à but lucratif sont environ deux fois plus susceptibles d'être infectés par la COVID-19, et d'en mourir, comparativement aux résidents d'établissements sans but lucratif; le taux augmente de quatre fois lorsque les établissements à but lucratif sont comparés aux établissements municipaux;
- Ce sont surtout des femmes qui meurent dans le secteur des soins de longue durée; les femmes représentent la majorité chez le personnel et les résidents; les travailleuses de la santé décédées viennent majoritairement de minorités visibles ;
- Les EPI nécessaires aux travailleurs de la santé ont fait l'objet de restrictions, par conséquent la vie de ces personnes a été mise en danger;
- The SEIU a dû aller devant les tribunaux pour assurer la sécurité des travailleurs de la santé;
- Les pressions continues, exercées par les corporations de soins de longue durée sur les politiciens, signifient que les gouvernements paient des dépenses que ces grandes corporations devraient payer.

### **Messages à retenir**

- En qualité de parlementaires, vous devez décider si vous êtes du côté des actionnaires qui profitent de notre système de soins de santé ou du côté des personnes âgées et des femmes qui en prennent soin... nous avons déjà perdu un trop grand nombre d'entre elles;
- Une enquête publique doit être menée dès MAINTENANT; cela signifie créer une commission chargée d'examiner le système qui a laissé tomber tellement de personnes; protéger les résidents et les travailleurs de la santé dans l'avenir. La Commission sur le SRAS a examiné 44 décès; il y a actuellement 1 700 décès dans le secteur des soins de longue durée de l'Ontario;
- Le Canada doit avoir des réserves stables d'EPI et les maintenir afin que nous ne nous retrouvions plus jamais dans la position de ne pas avoir de stocks suffisants pour répondre aux besoins des travailleurs de la santé. Cela est inacceptable;
- Afin de protéger la santé publique, l'emploi dans les établissements de soins de longue durée doit consister en emplois à temps plein accompagnés d'avantages sociaux et de régime de retraite (en attendant, le gouvernement doit jouer un rôle pour soutenir financièrement les travailleurs précaires);
- Une dotation adéquate est essentielle; des niveaux élevés de dotation sont nécessaires non seulement pendant une pandémie mais sur une base continue. Des soins de qualité pour les aînés peuvent seulement être dispensés en rendant obligatoires des niveaux élevés de dotation dans le secteur des soins de longue durée;
- Les établissements à but lucratif ont une obligation fiduciaire envers les actionnaires et elle passe avant les soins dispensés aux résidents du secteur des soins de longue durée; par conséquent, il faut mettre fin aux soins de longue durée à but lucratif;
- Prenons du recul pour bien examiner cette expérience. Cela permettra d'avancer et de tirer des leçons de la COVID-19.



## Prévenir, non guérir : la perspective du personnel infirmier de l'Ontario

Vicki McKenna, IA, présidente, Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO)

- L'AIIO est le plus grand syndicat infirmier en Amérique du Nord, avec 68 000 membres;
- La tâche principale de l'AIIO est de protéger les travailleurs de la santé et, ainsi, nous assurons la sécurité des résidents en soins de longue durée.

### Que révèlent les histoires liées à l'éclosion?

- Nous n'avons pas retenu les leçons tirées du SRAS et, maintenant, nous répétons les mêmes erreurs;
- J'étais infirmière pendant le SRAS et on a alors promis au personnel infirmier que cela n'arrivera jamais plus; on nous a dit que nous serions protégés;
- La pandémie a clairement mis en lumière le manque de préparation systémique à l'échelle de la province par rapport au contrôle des infections et à la sécurité des travailleurs.

**Sept (7) problèmes au sein du système** sont comme des « fils d'acier » s'insérant dans tout le système de soins de santé (chaque hôpital, chaque gouvernement, chaque agence gouvernementale) :

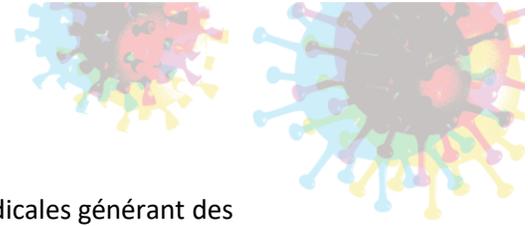
- Communication;
- Préparation, planification;
- Responsabilité : qui a l'autorité, qui fait quoi?
- Sécurité des travailleurs;
- Systèmes : contrôle des infections (mal compris); surveillance (données inadéquates, suivi), inspections indépendantes de la sécurité (insuffisant);
- Ressources : personnes, systèmes, financement, laboratoires, infrastructure;
- Principe de précaution : les mesures pour diminuer le risque ne doivent pas attendre la certitude scientifique (non respecté).

### Réponse de l'AIIO aux problèmes à l'échelle du système :

- Message clé de l'AIIO : sécurité du personnel = sécurité des patients et des résidents;
- Négociations continues avec les gouvernements;
- Lobbying continu par rapport aux EPI afin de protéger les travailleurs;
- Publicité de l'AIIO à la télévision pour mettre en relief les inquiétudes du personnel infirmier;
- Sensibilisation des gouvernements et du public aux EPI et au principe de précaution;
- En mars, avons négocié avec le gouvernement de l'Ontario pour mettre en place la Directive n° 5 dans les hôpitaux, maintenant la Directive n° 5 s'étend à tous les secteurs, y compris les soins de longue durée;
- L'élément au cœur de la Directive n° 5 est l'évaluation du risque au point de service (ERPS).

### Évaluation du risque au point de service (ERPS)

- Une évaluation du risque au point de service est requise lors de chaque interaction avec un patient afin de déterminer les mesures pertinentes en matière de santé et de sécurité, et le type de formation sur la bonne façon d'utiliser tous les EPI;
- Au minimum, des précautions contre la transmission par contact ou gouttelettes doivent être mises en application lors de toute interaction avec un résident présentant un cas suspect, présumé ou confirmé de COVID-19; les précautions contre les particules en suspension dans l'air (respirateurs



N95) doivent toujours être mises en application lors d'interventions médicales générant des aérosols (par exemples les intubations) lorsque la personne est en présence de cas suspects ou confirmés;

- L'ERPS reconnaît et respecte le jugement clinique et professionnel du personnel infirmier lors d'interactions avec des patients présentant un cas suspect, présumé ou confirmé de COVID-19 :
  - Cela signifie que l'infirmière peut utiliser son jugement clinique et son évaluation pour déterminer quel EPI est nécessaire, et on ne peut lui refuser les EPI sans raison valable; cela comprend les respirateurs N95, et après décision des tribunaux (voir ci-dessous), les respirateurs N95 ne sont pas seulement pour les interventions médicales générant des aérosols.

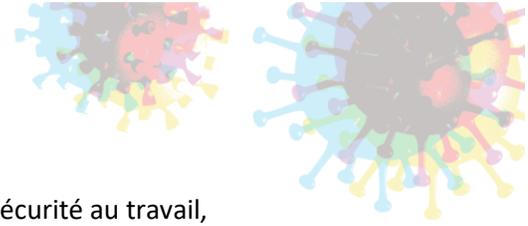
### **Évaluation du risque au point de service et soins de longue durée**

- Afin de protéger les travailleurs de la santé du secteur des soins de longue durée, l'AIIO a eu recours à la Cour supérieure de l'Ontario; nous avons dû obtenir l'aide des tribunaux pour assurer la protection des travailleurs de la santé;
- En mars 2020, nous avons obtenu une injonction pour protéger les travailleurs en soins de longue durée;
- En avril 2020, les travailleurs de la santé ont présenté des affidavits à la table centrale d'arbitrage des droits dans le but de faire reconnaître l'ERPS dans le secteur des soins de longue durée et d'y appliquer la Directive n° 5;
- En avril 2020, l'ONA reçoit une décision favorable de la table centrale d'arbitrage des droits, et cela signifie pour les soins de longue durée en Ontario :
  - Une ERPS est requise avant chaque interaction avec les résidents;
  - Si l'ERPS détermine la nécessité d'avoir des protections contre les particules en suspension dans l'air (respirateurs N95 soumis à un essai d'ajustement), ces protections doivent être fournies; ces masques doivent être portés pour chaque intervention médicale générant des aérosols;
  - Réserves d'EPI : une réserve adéquate de respirateurs N95 soumis à un essai d'ajustement doit être facilement disponible pour le personnel infirmier qui en a besoin; les réserves d'EPI doivent être gérées et correspondre aux taux d'utilisation actuels et projetés (travailler avec le comité mixte de santé et de sécurité au travail pour les réserves);
  - Il est interdit de recourir à l'intimidation, à la contrainte ou aux menaces de prendre des mesures disciplinaires lorsque la personne exige des EPI;
  - Il faut mettre en place des contrôles administratifs (par exemple regroupement de personnel et de résidents) afin de prévenir la propagation de la COVID-19.

### **Principes de redéploiement des infirmières d'hôpitaux vers les établissements de soins de longue durée**

Les principes suivants doivent être respectés avant de redéployer les infirmières d'hôpitaux vers les établissements de soins de longue durée :

- Utiliser, en premier, les personnes qui se portent volontaires;
- Envoyer le personnel à un établissement seulement, et faire un test de dépistage du personnel;
- Conventions collectives : les employées continuent d'être à l'emploi de l'organisation d'origine (primes, WSIB et couverture-responsabilité, etc. selon la convention collective);



- Toutes les obligations et les responsabilités, y compris santé et sécurité au travail, demeurent avec l'employeur d'origine;
- L'évaluation du risque au sein de l'organisation qui accueille doit être mise à jour;
- Des EPI doivent être fournis conformément à l'évaluation du risque au point de service faite par l'employée;
- Pendant le redéploiement, les rôles et les responsabilités doivent être clairs, et la formation et l'orientation doivent être pertinentes.

### **Messages à retenir**

- Nous avons besoin d'une enquête publique exhaustive du secteur des soins de longue durée, et cela doit se faire dans les plus brefs délais afin de prévenir d'autres décès;
- Bâtir un système de soins de santé solide est la principale priorité de l'ONA et ce sur quoi nous nous concentrons;
- Nous devons protéger les travailleurs de la santé et, en les protégeant, nous allons protéger les patients et les résidents;
- Nous assurer un suivi du financement : les soins de longue durée doivent recevoir le financement adéquat;
- Nous devons éliminer les établissements à but lucratif; les profits dans ces établissements, aux dépens des résidents et du personnel, doivent cesser.

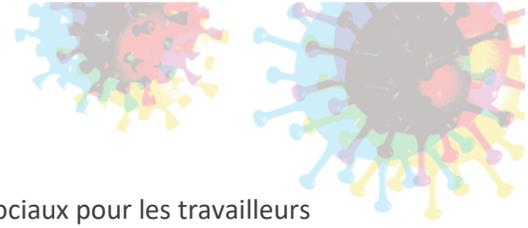
### **Conclusion – Transformer les soins de longue durée... nous devons cela à la population canadienne**

Les soins de longue durée sont un service essentiel pour les aînés et autres personnes ayant besoin de soins infirmiers 24 heures par jour. Toutefois, 36 ans après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, les soins de longue durée ne sont toujours pas considérés comme un service essentiel financé par l'État, et ne sont pas soumis à la réglementation fédérale. Ainsi, ils font l'objet d'un manque flagrant de ressources et de personnel, et les normes de soins les plus fondamentales sont peu, ou ne sont pas, mises en application. La plupart des résidents ont plus de 85 ans, sont très frêles, et ont besoin d'aide pour les soins personnels et pour accomplir les activités de la vie quotidienne.

En raison de cette crise dans le secteur des soins de longue durée, qui était là bien avant la pandémie, la COVID-19 a pu se propager comme un feu de broussailles dans les établissements, un feu alimenté par une dotation insuffisante et l'absence de normes de base. Il a fallu des milliers de décès tragiques pour finalement mettre en lumière les conditions déplorables qui existent dans plusieurs établissements de soins de longue durée, conditions qui affectent à la fois le personnel et les résidents.

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, et toutes les organisations affiliées au Congrès du travail du Canada, demandent au gouvernement fédéral de créer, immédiatement, un groupe de travail d'urgence, qui doit inclure les syndicats, pour élaborer un plan pour la mise en place d'un système universel complet de soins de longue durée, financé par l'État, et strictement sans but lucratif.

Le gouvernement fédéral doit assurer que les soins de longue durée respectent les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Un financement fédéral ciblé des soins de longue durée, destiné aux provinces et aux territoires, doit être élargi et augmenté, et s'accompagner de conditions, notamment des normes en matière de niveaux de dotation, de la formation, des équipements de protection individuelle, ainsi



que de bonnes conditions de travail, des salaires décents et des avantages sociaux pour les travailleurs du secteur des soins de longue durée, et établis selon la valeur de leur travail.

**Les infirmières et les infirmiers ont fait des sacrifices et se sont donnés corps et âme pendant cette pandémie. Nous pouvons seulement espérer que, finalement, les gouvernements vont agir pour les protéger, ainsi que leurs patients et les résidents des établissements de soins de longue durée. »**

**Vicki McKenna, IA, présidente, Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario**