



RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SOINS INFIRMIERS

Au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19

JANVIER 2021



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec



TABLE DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE / 5

PRÉAMBULE / 7

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS / 10

PARTIE I – MODALITÉS D'ENQUÊTE / 22

PARTIE II – RAPPORT D'ENQUÊTE CHSLD HERRON / 25

- 1 Description de l'établissement / 26
- 2 Structure organisationnelle / 29
 - 2.1 Organisation de gestion / 29
 - 2.2 Compétences de gestion et connaissance des besoins des clientèles / 30
 - 2.3 Gouvernance en soins infirmiers / 32
- 3 Mécanismes de soutien à la pratique / 34
 - 3.1 Soutien clinique / 34
 - 3.2 Outils cliniques et d'encadrement des soins infirmiers / 34
 - 3.3 Organisation du travail / 34
 - 3.4 Prévention et contrôle des infections / 35
 - 3.5 Soutien clinique des autres professionnels / 36
- 4 Ressources humaines en soins infirmiers et d'assistance / 37
 - 4.1 Profil des membres du personnel / 37
 - 4.2 Structure de présence du personnel / 39
- 5 Qualité des soins avant les éclosions / 40
- 6 Préparation à la pandémie / 42
 - 6.1 Ressources matérielles / 42
 - 6.2 Communication des directives émises par le MSSS / 43
 - 6.3 Formation préparatoire à la pandémie / 43
- 7 Qualité des soins pendant les éclosions / 44
- 8 Interventions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal / 46
- 9 Conclusion spécifique au CHSLD Herron / 48
- 10 Recommandations spécifiques à la situation du CHSLD Herron / 49

PARTIE III — RAPPORT D'ENQUÊTE INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL (IUGM) / 53

- 11** Description de l'établissement / 54
- 12** Structure organisationnelle / 56
 - 12.1 Organisation de gestion / 56
 - 12.2 Compétences de gestion et connaissances des besoins des clientèles / 57
 - 12.3 Gouvernance en soins infirmiers / 57
- 13** Mécanismes de soutien à la pratique / 58
 - 13.1 Programme d'intégration des membres du personnel / 58
 - 13.2 Formation continue / 58
 - 13.3 Soutien clinique spécialisé / 59
 - 13.4 Outils cliniques et d'encadrement des soins infirmiers / 59
 - 13.5 Prévention et contrôle des infections / 60
 - 13.6 Soutien clinique des autres professionnels / 60
- 14** Ressources humaines en soins infirmiers et d'assistance / 61
- 15** Qualité des soins avant les éclosions / 63
- 16** Préparation à la pandémie / 65
 - 16.1 Formation préparatoire à la pandémie / 65
 - 16.2 Ressources matérielles / 65
 - 16.3 Communications des directives émises par le MSSS / 66
- 17** Qualité des soins pendant les éclosions / 67
- 18** Conclusion spécifique à l'IUGM / 69
- 19** Recommandations spécifiques à la situation de l'IUGM / 70

Partie IV — Conclusion générale / 71

Références / 74

- Annexe 1** Liste des documents regroupant les actions recommandées aux instances gouvernementales pour améliorer la sécurité et la qualité des soins chez les aînés / 75
- Annexe 2** CHSLD Herron — Liste non nominative des personnes et groupes rencontrés / 76
- Annexe 3** IUGM — Liste non nominative des personnes et groupes rencontrés / 77

Liste des figures

Partie II — Figure 1	Organigramme CHSLD Herron
Partie III — Figure 1	Organigramme SAPA (IUGM)

Liste des tableaux

Partie II — Tableau 1	Répartition des résidents par unité de soins
Partie III — Tableau 1	Pavillon Alfred-Desrochers-Répartition des résidents par unité de soins (soins de longue durée-hébergement)
Partie III — Tableau 2	Pavillon Côte-des-Neiges-Répartition des résidents/usagers par unité de soins

Liste des abréviations et des sigles

CCSMTL:	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CEPI:	Candidate ou candidat à l'exercice de la profession infirmière
CESS:	Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
CHSLD:	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII:	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA:	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CISSSMO:	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
CMDP:	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMM:	Communauté métropolitaine de Montréal
CMQ:	Collège des médecins du Québec
COMTL:	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CSSS:	Centre de santé et de services sociaux
CISSS:	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS:	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DEC:	Diplôme d'études collégiales
DEP:	Diplôme d'études professionnelles
DSI:	Directeur des soins infirmiers ou direction des soins infirmiers
IUGM:	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
EPI:	Équipement de protection individuelle
LSSSS:	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS:	Ministère de la santé et des services sociaux
MSI:	Méthodes de soins informatisées
NIM:	Niveau d'intervention médicale
OIIQ:	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OIIAQ:	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OMS:	Organisation mondiale de la Santé
PCI:	Prévention et contrôle des infections
PCMDP:	Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
PDG:	Président-directeur général
PDGA:	Président-directeur général adjoint
RPA:	Résidence privée pour aînés
RSI:	Règle de soins infirmiers
SAD:	Soutien à domicile
SAPA:	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCPD:	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
UCDG:	Unité de courte durée gériatrique
URFI:	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

MISE EN CONTEXTE

Un premier cas de COVID-19 a été détecté à Montréal le 27 février 2020 et officiellement confirmé le lendemain. Contrairement à d'autres pays occidentaux, la COVID-19 est apparue plus tardivement sur le territoire québécois. Toutefois, le nombre de cas s'est rapidement multiplié, surtout dans la grande région de Montréal.

Ces éclosions ont coïncidé avec le retour des vacances scolaires (semaine de relâche), ce qui a notamment incité les autorités de santé publique à tester en priorité les personnes qui avaient voyagé à l'étranger, afin d'éviter la contagion. C'est aussi le 11 mars 2020 que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qualifiait la COVID-19 de pandémie; deux jours plus tard, soit le 13 mars, l'état d'urgence sanitaire était décrété au Québec.

À ce moment, des mesures et consignes sanitaires visant à préparer les milieux de soins à l'arrivée imminente de personnes atteintes avaient déjà été communiquées au début du mois de mars au réseau de la santé, principalement aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le principal objectif était de permettre aux hôpitaux de prévoir l'arrivée d'un grand nombre de personnes malades qui nécessiteraient des soins hospitaliers, notamment des soins critiques, dans les unités de soins intensifs. Les CISSS et les CIUSSS ont alors dû structurer leur plan de préparation à la pandémie en libérant des espaces et en prévoyant des zones chaudes et froides dans les hôpitaux.

Par conséquent, la nécessité de transférer les personnes âgées en attente de soins de longue durée des hôpitaux vers les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est rapidement apparue et mise en place par tous les établissements du Québec à la demande du MSSS. Le manque de places en CHSLD publics a, dès lors, nécessité que certains CISSS et CIUSSS concluent des ententes avec des partenaires privés pour répondre à cette exigence. De nombreuses personnes âgées en lourde perte d'autonomie ont été transférées dans des CHSLD publics, privés conventionnés ou privés non conventionnés. Le 14 mars, les visites dans les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux ont été interdites.

Au tout début de l'urgence sanitaire, le réseau de la santé faisait face à de grandes difficultés rattachées au manque de capacité à effectuer des tests de dépistage et à de longs délais de réception des résultats. À ce moment, les tests de dépistage étaient réservés aux malades présentant des symptômes de la COVID-19, aux voyageurs présentant des symptômes, à leurs contacts étroits présentant eux aussi des symptômes et aux contacts des cas confirmés de COVID-19.

On éprouvait aussi des problèmes cruciaux d'approvisionnement en équipement de protection individuelle (EPI) à l'usage du personnel soignant, des outils pourtant essentiels pour faire face à une telle situation. Le manque chronique de personnel en CHSLD était devenu un enjeu prioritaire en situation de crise sanitaire.

Dans la foulée de ce contexte inédit, et avec les consignes gouvernementales qui, essentiellement, variaient d'une journée à l'autre, des personnes âgées ont été transférées en CHSLD sans être testées, car elles ne faisaient pas partie des groupes prioritaires. Plusieurs avaient contracté le virus dans les hôpitaux, créant la contagion dans leurs nouveaux milieux de vie.

De plus, même si la consigne était d'isoler les personnes à leur chambre durant 14 jours, le manque d'EPI en CHSLD, le manque de main-d'œuvre et les déplacements des employés dans différents sites ou établissements expliquent en partie la crise qui a débuté dans plusieurs CHSLD de la communauté métropolitaine de Montréal (CMM), tout de suite après que l'état d'urgence eut été annoncé au Québec. S'est ajoutée à cela l'absence des proches aidants, qui avaient l'habitude de contribuer substantiellement aux soins.

Devant la situation inquiétante vécue au début de la pandémie dans deux centres d'hébergement, le CMQ, l'OIIQ et l'OIIAQ se sont consultés afin de décider de tenir une enquête conjointe au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM).

La tenue de l'enquête a été motivée par la situation particulière de ces deux établissements, qui ont été parmi les premiers établissements de soins de longue durée à connaître des éclosions majeures de COVID-19 et à déplorer le décès de nombreux résidents, entre la mi-mars et la mi-avril 2020.

Plusieurs mois se sont écoulés depuis les premiers cas déclarés de COVID-19; les connaissances au sujet du virus ont avancé. Toutefois, dans le cadre de cette enquête, qui vise la période du 1er décembre 2019 au 15 avril 2020, l'analyse a été effectuée en fonction de ce qui était connu à ce moment et non de ce que nous connaissons à ce jour.

Bien que le présent rapport soit factuel, le comité d'enquête a gardé en trame de fond, et ce, tout au long de son analyse, les conséquences humaines dramatiques qui se dégagent de cette crise, ainsi que les traumatismes vécus par les résidents, les proches, les soignants et les gestionnaires.

Nous demeurons convaincus que la COVID-19 n'est pas la dernière pandémie que l'humanité aura à affronter. Cela ne fait pas d'elle une fatalité, mais plutôt une situation complexe, qui demande à être surmontée par des actions structurantes et concertées notamment dans le continuum de soins et services aux aînés, particulièrement en CHSLD.

PRÉAMBULE

Le 21 avril 2020, en vertu des articles 16 et 18 de la *Loi médicale* et de l'article 11 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, les présidents des conseils d'administration du CMQ, de l'OIIQ et de l'OIIAQ annonçaient la tenue d'une enquête conjointe sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'IUGM.

Motifs de l'enquête

La décision de tenir une enquête a été motivée par des faits préoccupants survenus dans ces établissements au début de la première vague de la pandémie de COVID-19. Les informations obtenues faisaient état notamment:

Au CHSLD Herron:

- De 31 décès parmi les résidents, survenus entre le 13 et le 29 mars 2020, certains étant liés à la COVID-19;
- Du signalement du CIUSSS de l'Ouest de l'Île-de-Montréal (COMTL) à la Direction régionale de santé publique de Montréal décrivant une déficience sur le plan de l'alimentation et de l'hydratation des résidents, l'absence de mesures de protection et de distanciation dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, ainsi que l'insuffisance des ressources humaines pour assurer les soins et la sécurité des résidents.

À l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal :

- De 33 décès parmi les résidents, survenus entre le 25 mars et le 12 avril 2020, lesquels seraient tous liés à la COVID-19.

Objectifs de l'enquête

- Évaluer les aspects permettant d'assurer la qualité des services médicaux et des soins infirmiers dans les deux établissements concernés;
- Identifier les carences empêchant d'offrir des services médicaux et des soins infirmiers conformes aux normes en vigueur;
- Formuler toute recommandation susceptible de permettre d'offrir les meilleurs services médicaux et soins infirmiers aux résidents de ces deux établissements;
- En ce qui concerne les services médicaux, analyser les actions prises par les médecins depuis le début de l'urgence sanitaire liée à la COVID-19 dans ces deux établissements et les circonstances où les décès ont été constatés;
- En ce qui concerne les services médicaux, déterminer si lors du constat des décès survenus pendant la période d'urgence sanitaire, les médecins ont recherché ou ont constaté des éléments de négligence envers les résidents et si ces négligences ont été signalées aux autorités compétentes;
- Permettre aux conseils d'administration des trois ordres de donner un avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins et services offerts.

Comité d'enquête

- Dr Steven Lapointe, syndic adjoint à la Direction des enquêtes, Collège des médecins du Québec
- Dr Ernest Prigent, directeur de la Direction de l'amélioration de l'exercice, Collège des médecins du Québec
- Nancy Mongrain, inspectrice à la Direction, Surveillance et inspection professionnelle, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Rose-Pascale Paul, inspectrice à la Direction, Surveillance et inspection professionnelle, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Stéphanie Fortier, responsable de l'inspection professionnelle, Inspection et pratique professionnelles, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
- Julie St-Germain, directrice, Inspection et pratique professionnelles et secrétaire du comité d'inspection professionnelle, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

Se sont jointes au comité d'enquête pour l'assister dans son mandat :

- Pauline Plourde, infirmière, experte-conseil, gestion de services de santé
- Marie-Josée Regnier, inspectrice, Inspection et pratique professionnelles, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

Les travaux du comité d'enquête ont débuté le 28 avril 2020 et se sont poursuivis jusqu'au 10 novembre 2020. La situation qui avait cours dans les établissements en mai et en juin 2020 a généré des délais quant à la disponibilité de divers documents requis pour analyse. Ainsi, les membres du comité d'enquête ont tenu compte du contexte exceptionnel d'urgence sanitaire lié à la pandémie de COVID-19, qui s'est avéré éprouvant pour les personnes hébergées, leurs proches, leurs soignants et les gestionnaires des établissements.

Le présent rapport est constitué de quatre parties. La première partie explique les modalités d'enquête. La deuxième partie analyse les résultats de l'enquête obtenus au CHSLD Herron et la troisième, ceux obtenus à l'IUGM. Enfin, la dernière partie présente la conclusion générale de l'enquête.

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS

L'enquête a permis d'identifier plusieurs éléments structurels et organisationnels qui ont influencé la qualité des soins et qui ont empêché les professionnels d'offrir des soins selon les normes en vigueur. L'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'IUGM n'a pas permis de mettre en évidence des manquements apparents de la part des membres des ordres quant à leurs responsabilités professionnelles ou en matière de compétences. Toutefois, certaines recommandations s'imposent.

Considérant :

- La vulnérabilité des personnes hébergées en CHSLD et la complexité des soins rencontrés dans ce milieu;
- La raison d'être des ordres professionnels et les mécanismes en place mis à leur disposition pour assurer la protection du public.

Le comité d'enquête recommande que l'OIIQ, l'OIIAQ et le CMQ :

1. **Incluent** à leur programme annuel d'inspection professionnelle respectif **une plus grande proportion de membres qui exercent en CHSLD privés;**
2. **Fassent la promotion du partage inter-ordres des renseignements pertinents** qui se rapportent à des activités professionnelles, lorsque des lacunes organisationnelles, matérielles ou systémiques sont identifiées dans des milieux, en vertu de l'article 108.10 du *Code des professions*;
3. **Collaborent avec le MSSS à l'actualisation d'un projet sociétal sur la révision du continuum de soins et services aux aînés.**

CHSLD HERRON

Les professionnels faisaient face à de nombreux obstacles à la prestation de soins sécuritaires. D'ailleurs, des lacunes avaient déjà été constatées au moment des visites de surveillance générale d'inspection professionnelle (OIIAQ en 2017 et OIIQ en 2018). Ainsi, l'équilibre précaire du contexte de soins qui avait cours dans les mois qui ont précédé la pandémie s'est rapidement écroulé dès le début de l'éclosion.

Contrairement à ce qui a été véhiculé, les employés du CHSLD n'ont pas abandonné les résidents ni déserté le CHSLD; on leur a demandé de quitter celui-ci parce qu'ils avaient des symptômes de la maladie ou qu'ils avaient été en contact avec une personne positive, sans que leur remplacement soit planifié et organisé par les gestionnaires de l'établissement. Ainsi, au début de l'éclosion, la majorité de l'effectif infirmier a dû s'absenter parce qu'il avait contracté la COVID-19. L'équipe plus que minimale restée sur place a fait des efforts considérables pour donner les soins à la clientèle, et ce, malgré le peu de ressources mises à sa disposition. Les professionnels, ne pouvant jouer leur rôle adéquatement, ont été dans l'incapacité d'offrir aux personnes hébergées les soins auxquels ils avaient droit, notamment des soins palliatifs et de fin de vie empreints de respect et de dignité.

Les constats et les recommandations suivants sont présentés selon les éléments organisationnels déficients qui ont influencé la sécurité des résidents et empêché les professionnels de bien jouer leur rôle.

1

Absence de gouvernance en soins infirmiers pour soutenir la pratique clinique et coordonner adéquatement les soins

Considérant:

- L'absence d'une directrice de soins infirmiers, formée et expérimentée en soins gériatriques et de longue durée pour encadrer adéquatement l'équipe de soins et prendre des décisions éclairées en matière de priorité de soins et de gestion en situation de manque majeur d'effectifs infirmiers (plan d'effectif et horaires de travail équilibrés, plans de contingence sécuritaires, etc.);
- Qu'aucun personnel d'encadrement en soins infirmiers n'est présent pour les membres de l'équipe de soins (assistante du supérieur immédiat, chef d'unité, coordonnateur) sur tous les quarts de travail et les fins de semaine;
- L'incapacité du personnel à avoir accès à des conseillères en soins infirmiers gériatriques ou en prévention et contrôle des infections pour soutenir la prestation de soins;
- Le peu d'outils cliniques disponibles (politique, procédure, règle de soins, MSI, etc.).

Le comité d'enquête recommande que le MSSS :

4. **Mette en place les mécanismes réglementaires requis pour assurer le respect de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)* eu égard à la présence obligatoire d'une directrice des soins infirmiers en CHSLD privé non conventionné;**
5. **S'assure qu'une gouvernance en soins infirmiers soit en place selon les mêmes exigences que dans les CHSLD publics.**

2

Manque flagrant de personnel formé et expérimenté, en nombre suffisant pour répondre aux besoins des résidents

Considérant:

- Que la structure de présence des équipes de soins ne prévoyait pas un nombre suffisant de personnels sur les trois quarts de travail et que le nombre d’infirmières, d’infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires n’était pas ajusté selon la condition de santé des résidents et l’intensité de soins;
- Le taux de roulement élevé du personnel;
- Le manque d’expérience de travail de plusieurs membres de l’équipe de soins auprès des personnes âgées et que cette expérience a été acquise presque uniquement au CHSLD Herron où les processus cliniques étaient très peu développés et organisés;
- Que des préposés aux bénéficiaires, souvent allophones¹, étaient embauchés malgré l’absence de formation ou de diplôme d’études professionnelles d’assistance à la personne en établissement;
- Les responsabilités que l’infirmière doit assumer en CHSLD en tant que leader clinique au sein d’une équipe de soins et que les compétences pour bien répondre aux besoins des personnes âgées sont acquises dans le cadre du baccalauréat en sciences infirmières;
- Qu’il est nécessaire pour une infirmière novice de développer et d’intégrer progressivement ses compétences en matière de soins aux personnes âgées et de leadership clinique;
- Que deux CEPI ont déjà exercé au CHSLD Herron, ce qui contrevient au *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*.

1 Dans ce contexte, ne pouvant s’exprimer ni en français ni en anglais.

Le comité d'enquête recommande que le MSSS :

6. **Exige des promoteurs un plan d'effectif infirmier équilibré**, qui rend disponibles des infirmières avec une formation de baccalauréat en sciences infirmières, et mette en place les processus de suivi de cette recommandation par les CISSS et les CIUSSS;
7. **Rende obligatoire la formation de préposé aux bénéficiaires pour exercer en CHSLD privé non conventionné** et mette en place les moyens nécessaires pour encadrer la formation, le maintien des connaissances et les activités des préposés qui exercent auprès des personnes en soins de longue durée.

Le comité d'enquête recommande que le COMTL mandataire² du CHSLD Herron :

8. **Poursuive le soutien clinique au personnel mis en place au CHSLD Herron** depuis avril 2020, en ce qui concerne les soins spécifiques à la clientèle gériatrique et en soins de longue durée;
9. **S'assure que les effectifs infirmiers sont ajustés** en fonction des besoins de la clientèle;
10. **Prenne les moyens nécessaires pour que les membres de l'équipe de soins exercent pleinement leur rôle** afin de permettre à la clientèle de bénéficier de leurs compétences et expertises respectives;
11. **Poursuive les efforts de mise en place des pratiques reconnues efficaces en matière de gestion des horaires de travail** et des processus de remplacement lors de l'absence d'un employé.

Le comité d'enquête recommande que les syndicats de l'OIIQ et de l'OIIAQ :

12. **Prennent les moyens nécessaires visant à mettre en garde les infirmières et les infirmières auxiliaires novices** du risque associé à la pratique clinique dans un secteur privé dépourvu d'encadrement en soins infirmiers;
13. **Émettent un avis aux établissements d'enseignement** qui offrent un programme de formation menant à un permis d'exercice d'infirmière et d'infirmière auxiliaire visant à mettre en garde les étudiantes par rapport à la pratique dans un secteur privé dépourvu d'encadrement en soins infirmiers, et à sensibiliser les étudiantes quant aux lieux d'exercice permis en tant que CEPI ou CEPIA.

2 Depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance de gestion émise en avril 2020 par la directrice régionale de santé publique de Montréal.

3

Absence de soutien et de mécanismes de collaboration efficaces pour les médecins

Considérant:

- Les difficultés d'assurer une couverture médicale 24/7;
- L'absence de mécanismes formels permettant le transfert des connaissances médicales en gériatrie active et en soins de longue durée dans les CHSLD privés;
- Le manque de valorisation de la pratique médicale en CHSLD.

Le comité d'enquête recommande que les différentes parties prenantes concernées par chaque énoncé, notamment la FMOQ, le MSSS et les établissements :

14. **Mettent en place les mécanismes pour identifier les CHSLD qui sont à risque de rupture de l'offre de services médicaux;**
15. **Prendent les moyens nécessaires pour valoriser la pratique médicale en CHSLD, notamment au niveau des conditions de pratique;**
16. **Mettent en place une communauté de pratique formelle permettant le transfert de connaissances en gériatrie active et en soins de longue durée.**

4

Méconnaissance des exploitants à l'égard des lois et règlements et de leurs obligations entourant la gestion d'un CHSLD

Considérant:

- Les différents manquements au respect des règlements et des obligations des gestionnaires tels que le processus décisionnel d'admission qui ne tient pas compte des besoins des résidents et de l'offre de services du CHSLD; l'absence d'un processus de gestion intégrée des risques et de la qualité et d'un protocole d'utilisation des mesures de contrôle et de contention; l'absence d'un comité de résidents fonctionnel et le rôle de la commissaire aux plaintes et à la qualité non actualisé selon la LSSSS;
- Que la structure d'encadrement en soins infirmiers prévue par les gestionnaires ne pouvait soutenir l'offre de services du CHSLD;
- Le manque de connaissance des gestionnaires à propos des rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins;
- Qu'il n'existe aucun profil de compétences requis pour exploiter un CHSLD privé non conventionné;
- Que l'approvisionnement en équipement ne répondait pas aux normes et standards attendus en CHSLD et que les réserves de fournitures médicales étaient minimales et non disponibles en temps opportun.

Le comité d'enquête recommande que le MSSS :

17. **Revoie les règles entourant la délivrance de permis pour l'exploitation d'un CHSLD privé** afin de s'assurer que les gestionnaires détiennent les compétences requises pour administrer ce type d'établissement;
18. **Prenne les mesures nécessaires pour veiller à l'application de ces nouvelles règles;**
19. **Développe un référentiel de compétences spécifiques aux gestionnaires en CHSLD**, qu'il soit public ou privé;
20. **Confie les responsabilités du traitement des plaintes des CHSLD privés aux commissaires aux plaintes et à la qualité des CISSS et des CIUSSS du territoire concerné.**

5

Manque de leviers légaux pour permettre aux CISSS et aux CIUSSS d'assurer le contrôle de la qualité dans les CHSLD privés de leur territoire

Considérant:

- La responsabilité populationnelle dévolue aux CISSS et CIUSSS depuis l'implantation en 2015 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'abolition des agences régionales*;
- L'absence de leviers légaux permettant aux CISSS et aux CIUSSS d'intervenir pleinement lorsque des manquements importants sont constatés dans certains CHSLD privés;
- Qu'il existe un cadre de référence et de normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée ainsi qu'un guide pour une demande de permis d'exploitation d'un CHSLD privé non conventionné, mais que ceux-ci ne sont pas rigoureusement appliqués;
- Que les CISSS et les CIUSSS sont contraints d'acheter des places pour de la clientèle âgée en attente d'hébergement public dans des CHSLD privés;
- Qu'une situation semblable au CHSLD Herron puisse se présenter dans d'autres CHSLD privés.

Le comité d'enquête recommande que le MSSS :

21. **Prévoit les leviers légaux pour que les CISSS et les CIUSSS puissent intervenir efficacement et assumer pleinement leurs responsabilités** à l'égard des CHSLD privés de leur territoire, notamment lorsque des manquements importants sont observés dans ces établissements;
22. **Mette en place des corridors de services officiels et fonctionnels** entre les CHSLD privés et les CISSS et les CIUSSS du territoire. Ces corridors de services doivent permettre ce qui suit:
 - Encadrer le soutien effectué par les conseillères en soins infirmiers et en Prévention et contrôle des infections (PCI);
 - Partager des outils cliniques et des outils de suivi des indicateurs sensibles aux soins infirmiers;
 - Encadrer et soutenir la pratique médicale;
 - Avoir accès à la formation continue et au développement des compétences en gériatrie, notamment: démences, usage optimal des médicaments, soins de fin de vie, etc.;
 - Accéder à l'expertise des équipes interdisciplinaires spécialisées (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), plaies, etc.);
 - Accéder à l'expertise en approvisionnement de fournitures et d'équipements médicaux.

S'il est impossible de mettre en place les recommandations précédentes :

23. **Considère sérieusement le retrait des permis octroyés aux CHSLD privés non conventionnés et de les intégrer dans le groupe des CHSLD privés conventionnés** après une évaluation exhaustive de la qualité de l'offre de services globale dispensée dans chacune de ces installations.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL

L'enquête a permis de démontrer que les professionnels étaient en mesure de fournir une prestation de soins adéquate auprès de la clientèle avant la crise sociosanitaire. Peu de variation dans les pratiques de soins a été constatée pendant les éclosions. Les pratiques cliniques déjà mises en place étaient bien intégrées. Le soutien des gestionnaires en soins infirmiers et le renfort obtenus ont permis de maintenir un niveau de prestation de soins relativement semblable à celui d'avant l'éclosion. Ainsi, malgré les circonstances exceptionnelles, les soins aux résidents et aux usagers étaient adéquats en dépit de l'augmentation importante de leur intensité.

Plusieurs aspects organisationnels ont permis d'influencer positivement la qualité des soins avant et pendant les éclosions :

- La structure d'encadrement de l'IUGM soutient l'offre de services gériatriques variés :
 - Les gestionnaires détiennent les connaissances requises dans le domaine de la gériatrie et des soins de longue durée;
 - Les équipes ont fait preuve d'agilité pour mettre en place des modalités de PCI au fur et à mesure que la situation a évolué;
 - L'expertise et les ressources en place ont permis de réagir promptement lors de l'apparition de cas symptomatiques malgré les difficultés d'approvisionnement d'EPI.
- La présence d'une équipe de gouvernance en soins infirmiers qui :
 - Soutient le développement des compétences à l'embauche, notamment par la disponibilité de conseillères cadres en soins infirmiers (formation maîtrise) et de conseillères en soins infirmiers (bachelières), ainsi que de conseillères en PCI;
 - Permet de développer les compétences par une offre de formation continue et du soutien clinique spécialisé;
 - Permet de développer les outils cliniques requis, les protocoles et ordonnances collectives ou tout autre outil d'encadrement des soins infirmiers.
- Des équipes de soins formées, expérimentées et engagées;
- Des pratiques cliniques basées sur les meilleures pratiques même en contexte de pandémie en obtenant des avis d'experts internationaux;
- Une approche basée sur le partenariat avec les familles.

Toutefois, les aspects organisationnels suivants pourraient être améliorés :

1

Manque d'effectifs et de stabilité de l'équipe de prévention et contrôle des infections

Considérant :

- Que les services de PCI ont connu une grande instabilité et que durant les mois précédant la pandémie, le comité de gouvernance en PCI n'était pas opérationnel au CCSMTL ;
- L'absence d'officier en PCI pour assurer le leadership médical de ce domaine de spécialité, comme prévu dans le cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec en ce qui concerne les infections nosocomiales ;
- Le manque important d'infirmières conseillères en PCI et qu'une seule infirmière conseillère en PCI est dédiée à l'IUGM, ce qui ne correspond pas aux ratios ministériels demandés ;
- L'absence de gouvernance en PCI a eu des effets négatifs sur les processus décisionnels requis en préparation et au tout début de la première vague de la pandémie.

Conformément au cadre de référence à l'intention des établissements de la santé et service sociaux du Québec *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, le comité d'enquête recommande que la présidente-directrice générale du CCSMTL :

24. Prenne les moyens nécessaires pour s'assurer **que le comité de gouvernance en PCI soit opérationnel ;**
25. **Mandate un premier officier en PCI** et s'assure du fonctionnement adéquat du comité de PCI de l'établissement ainsi que des comités locaux ;
26. **S'assure d'un nombre suffisant d'infirmières conseillères en PCI** selon les ratios prévus par le MSSS, notamment en CHSLD.

2

Manque d'effectifs et instabilité des ressources humaines en soins infirmiers et d'assistance

Considérant:

- Les travaux pour pourvoir de nombreux postes vacants et permettre une stabilité des équipes de soins;
- Que des absences dans les équipes de soins ne sont pas remplacées ou qu'elles le sont par un autre membre de l'équipe qui ne peut accomplir les tâches dévolues à ce titre d'emploi;
- Que les infirmières étaient affectées à plusieurs tâches administratives au cours de leur quart de travail, ce qui leur laissait moins de temps pour se consacrer à leurs activités professionnelles;
- Le nombre insuffisant de conseillères cadres en soins infirmiers pour développer et soutenir la pratique clinique en CHSLD.

Le comité d'enquête recommande que le directeur des soins infirmiers et la directrice du programme SAPA du CCSMTL :

27. **Prendent les moyens nécessaires afin d'assurer la stabilité des membres des équipes de soins**, notamment en poursuivant les efforts de dotation des postes vacants;
28. **Prendent les moyens nécessaires pour que les infirmières et les infirmières auxiliaires de l'IUGM puissent exercer pleinement leur champ d'exercice** pour permettre ainsi à la clientèle de bénéficier de leurs compétences et expertises;
29. **Augmentent le nombre de conseillères cadres en soins infirmiers gériatriques** afin de soutenir les équipes pour l'occupation optimale de leur champ d'exercice et de développer les compétences liées au leadership de l'infirmière dans l'équipe de soins.

3

Mécanismes de communication difficiles lors des éclosions

Considérant:

- Que les mécanismes de communication sont au cœur de la gestion des situations d'urgence;
- Que durant les éclosions, les directives ministérielles se sont multipliées et étaient parfois changeantes au cours d'une même journée, parfois même contradictoires, cela créant de l'incertitude chez les équipes de soins;
- Des directives strictes émises en début de pandémie à l'effet de ne pas porter de masque ou de ne pas changer de blouse au moment opportun allaient à l'encontre de la formation dispensée sur le port d'EPI et semaient beaucoup de confusion chez le personnel;
- Qu'il a été plus difficile pour un gestionnaire non infirmier d'interpréter et de transmettre efficacement les directives d'ordre clinique touchant la PCI et de répondre aux questions des membres de l'équipe.

Le comité d'enquête recommande que la directrice du programme SAPA du CCSMTL :

30. **Se dote de stratégies de communication efficaces entre les gestionnaires et les membres des équipes soignantes** pour assurer une transmission uniforme des informations et directives, notamment dans un contexte de pandémie;
31. **Privilégie que les gestionnaires de proximité dans les unités de soins de l'IUGM soient des membres de la profession infirmière.**

PARTIE I —
MODALITÉS
D'ENQUÊTE

La vérification de dossiers de résidents/usagers, la vérification de documents cliniques et administratifs et la réalisation d'entrevues semi-structurées sont les trois moyens qui ont été utilisés pour vérifier la qualité des services médicaux et des soins infirmiers dans les deux établissements visés. Ces sources de données ont permis de comprendre ce qui s'est passé durant la période du 1^{er} décembre 2019 au 15 avril 2020 et d'identifier les facteurs qui ont influencé la qualité et la sécurité des services médicaux et des soins infirmiers fournis dans les deux établissements au début de la pandémie.

Les enquêteurs ont partagé, sur une plateforme sécurisée, tous les documents obtenus auprès des établissements, dont les dossiers médicaux et les rapports de rencontres effectuées, les références pertinentes sur les soins aux personnes âgées, y compris la littérature médicale, de même que différents rapports (visites d'agrément, protecteur du citoyen, rapports de coroner). Des rencontres virtuelles régulières ont eu lieu afin de mettre en commun les constats effectués et de faire un état d'avancement des travaux.

Vérification de dossiers de résidents

Bien que la vérification de dossiers présente certaines limites puisque la qualité des soins ne se traduit pas systématiquement en une documentation de qualité équivalente, l'intention était de porter un jugement général sur la qualité des soins et des services prodigués et sur leur cohérence avec les besoins de santé des résidents, selon les normes de pratique et les principes scientifiques reconnus.

Le processus d'analyse a été circonscrit à la période débutant le 1^{er} décembre 2019 et se terminant le 15 avril 2020, pour obtenir un portrait sur la qualité des pratiques avant et pendant la première vague de la pandémie.

Au CHSLD Herron: 12 dossiers de résidents vivants et 37 dossiers de résidents décédés lors de la première vague de la pandémie

À l'IUGM: 12 dossiers de résidents vivants et 34 dossiers de résidents décédés lors de la première vague de la pandémie

Les enquêtrices infirmières ont analysé le contenu des informations colligées aux dossiers par leurs membres selon la démarche clinique, le champ d'exercice³, les activités réservées aux infirmières et infirmiers (art. 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*) et le cadre de référence de l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)⁴.

De leur côté, les enquêtrices infirmières auxiliaires ont analysé les informations consignées aux dossiers des résidents par leurs membres selon la démarche de soins⁵, le cadre de référence de l'exercice de l'infirmière auxiliaire en CHSLD⁶, le profil des compétences de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaires⁷ et les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire en CHSLD⁸.

Les enquêteurs médecins ont, pour leur part, analysé les données inscrites aux dossiers des résidents par les médecins selon le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* et selon le guide d'exercice de la pratique médicale en CHSLD⁹.

3 OIIQ, 2016.

4 OIIQ, 2018.

5 OIIAQ, 2020d.

6 OIIAQ, 2020b.

7 OIIAQ, 2020c.

8 OIIAQ, 2020a.

9 CMQ, 2015b.

Vérification des documents cliniques et administratifs

Le comité d'enquête a effectué l'analyse de nombreux documents clinico-administratifs fournis par le CHSLD Herron, le COMTL, l'IUGM et le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Cette analyse de l'ensemble des données recueillies a permis de bien comprendre les situations qui avaient cours à ce moment dans les deux établissements visés. Les éléments rattachés à la qualité de la prestation des services médicaux et des soins infirmiers ainsi que différents facteurs qui ont influencé les pratiques des professionnels impliqués ont aussi été examinés.

Entrevues semi-structurées

Au total, des entrevues semi-structurées, individuelles et de groupe ont été menées auprès de 184 personnes, soit 6 médecins, 47 gestionnaires, 50 infirmières, 37 infirmières auxiliaires et 44 préposés aux bénéficiaires¹⁰.

Pour le CHSLD Herron, des entrevues individuelles ont été menées auprès de gestionnaires et d'employés, soit les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. Les médecins ayant une entente contractuelle avec le CHSLD ont aussi été rencontrés.

Étant donné la responsabilité populationnelle du COMTL et l'ordonnance de gestion de la Direction régionale de santé publique de Montréal émise à son endroit le 7 avril 2020 en ce qui concerne le CHSLD Herron, des entrevues de groupe ont été effectuées auprès des gestionnaires du COMTL impliqués dans la prise en charge du CHSLD Herron. Des entrevues individuelles ont aussi été menées auprès des infirmières et infirmières auxiliaires du COMTL ayant prêté main-forte à cet endroit. Un hors-cadre du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) a aussi été rencontré étant donné l'entente qui a été conclue entre cet établissement et le CHSLD Herron en janvier 2020.

Pour l'IUGM, des groupes de discussion ont été organisés par catégorie de personnel du CCSMTL dont les autorités médicales, les gestionnaires, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

Toutes les personnes ont été rencontrées dans des contextes respectant les mesures sanitaires recommandées. Des entrevues ont été effectuées en visioconférence lorsqu'il était impossible de respecter les consignes ministérielles au regard de la distanciation.

Le comité d'enquête tient d'ailleurs à remercier sincèrement, de leur générosité et de leur collaboration, les nombreuses personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette enquête.

¹⁰ Renvoyer aux listes non nominatives des personnes et groupes rencontrés aux annexes 2 et 3.

PARTIE II —
RAPPORT D'ENQUÊTE
CHSLD HERRON

1

Description de l'établissement

Le CHSLD Herron est un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé non conventionné, acquis en 2015 de la société Chartwell par le Groupe Katasa. Le groupe Katasa est aussi propriétaire de six résidences privées pour aînés (RPA) dans quelques régions du Québec ainsi que de plusieurs complexes d'habitation et complexes commerciaux. Le CHSLD Herron est le seul CHSLD dont le Groupe Katasa est propriétaire.

Le groupe Katasa est une entreprise familiale sans conseil d'administration. En tant que CHSLD privé non conventionné, il ne reçoit aucune subvention de l'État, mais peut conclure des ententes de services avec le réseau public, soit avec les CISSS ou les CIUSSS.

Situé à Dorval, le CHSLD Herron détient un permis de 154 lits d'hébergement permanent pour des personnes en perte d'autonomie, émis par le MSSS. Durant les dernières années, les gestionnaires du CHSLD ont limité la capacité d'accueil à 138 lits d'hébergement tout en conservant les 154 lits au permis.

Le tableau suivant présente la répartition de la clientèle par unité de soins. Aucun gestionnaire de proximité n'est assigné aux unités de soins.

Tableau 1: Répartition des résidents par unité de soins

Unités	Type de clientèle	Nombre de lits	Gestionnaire
RC	Perte d'autonomie (semi-autonome), tous types de problèmes de santé physique	24	Aucun
Étage 1	Perte d'autonomie avec SCPD et errance	57	Aucun
Étage 2	Perte d'autonomie importante et déficience physique	57	Aucun
		Total : 138	

Le permis détenu par le CHSLD Herron implique qu'il doit se conformer aux obligations stipulées dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* concernant les CHSLD, qu'ils soient publics ou privés. Il doit aussi répondre aux normes ministérielles précisées dans le *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*¹¹. Il doit notamment offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage. Il doit aussi veiller à ce que les besoins des personnes soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

¹¹ MSSS, 2018.

Parallèlement, depuis l'implantation en 2015 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*, plusieurs responsabilités jusque-là dévolues aux agences régionales ont été confiées aux CISSS et aux CIUSSS. Ainsi, la responsabilité populationnelle de son réseau territorial a pour conséquence que l'établissement doit, notamment à l'égard des CHSLD privés:

- Assurer une surveillance de la qualité et de la sécurité des soins et services qu'il offre aux personnes hébergées dans leur milieu et les accompagner dans la réalisation de leur mandat;
- Soutenir les gestionnaires qui éprouvent des difficultés à respecter les exigences légales et les normes associées au permis qui lui est octroyé par le MSSS;
- Assurer un suivi des mesures correctives à instaurer afin de répondre aux exigences de la LSSSS ou en fonction de la gravité de certains risques observés;
- Exercer sa responsabilité en mettant en place un plan de redressement lorsque des défaillances importantes sont constatées.

En 2012, une entente de services avait été conclue entre la société Chartwell et le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Ouest-de-l'Île afin de rendre disponibles 30 lits d'hébergement temporaire au CHSLD Herron pour des personnes en attente d'hébergement dans le réseau public. Ce contrat spécifiait clairement les rôles et responsabilités des parties et les différents suivis cliniques que les professionnels de la santé devaient effectuer auprès des personnes hébergées, en collaboration avec les intervenants du CHSLD Herron.

Depuis 2015, ce qui correspond à l'implantation 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* et à l'acquisition du CHSLD Herron par le groupe Katasa, malgré de nombreux efforts de négociation consentis par le nouveau COMTL pour régulariser le contrat avec les propriétaires du CHSLD Herron, aucune entente n'a été conclue. Les documents fournis pour les besoins de l'enquête et les informations obtenues lors des entrevues ont démontré une collaboration difficile entre les deux parties. Dans ce contexte, le COMTL a cessé progressivement de diriger vers le CHSLD Herron des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée.

Dans le but d'assumer son rôle de soutien au CHSLD, la direction de la qualité du COMTL a fait plusieurs visites d'accompagnement dans le but de soutenir la direction du CHSLD Herron dans ses démarches à la suite, notamment, de visites d'organismes d'accréditation. Une infirmière mandatée par le COMTL a aussi effectué différents suivis assidus à partir du mois de juin 2019. Malgré ce soutien, très peu de résultats tangibles d'amélioration de la qualité des pratiques cliniques ont été observés par les intervenants impliqués dans ces suivis.

Ainsi, les moyens prévus à la LSSSS mis en œuvre par le CIUSSS à l'égard du CHSLD Herron se sont avérés insuffisants pour redresser la situation. Comme décrit précédemment, la LSSSS confie aux CISSS et aux CIUSSS des responsabilités de surveillance, de soutien, d'accompagnement et de redressement lorsque des manquements importants sont observés dans certains établissements privés de leur territoire. Cependant, elle ne spécifie pas de manière claire et précise les pouvoirs d'agir des CISSS et des CIUSSS à l'égard des CHSLD privés lorsque les activités de redressement ne donnent pas les résultats escomptés et que l'amélioration de la qualité des soins et services n'est pas au rendez-vous. L'absence de leviers légaux efficaces rend la tâche du CISSS et du CIUSSS difficile à réaliser.

En janvier 2020, en préparation à la pandémie, une entente a été signée entre le CHSLD Herron et le CISSSMO afin de libérer ses lits d'hôpitaux de la clientèle en attente d'hébergement. Cette entente prévoyait l'achat de 20 places pour des personnes présentant des troubles neurocognitifs avec symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Dans les faits, 10 personnes ont été hébergées dans ce contexte, dont au moins deux sont décédées durant le mois d'avril 2020. Étant donné que des défaillances ont été précisées dans différents rapports antérieurs à la présente enquête (Protecteur du citoyen, rapport de coroner, visites ministérielles, etc.), il y aurait lieu que les dirigeants des CISSS ou des CIUSSS puissent avoir accès à ces informations pour permettre une prise de décision éclairée et ainsi faire preuve de prudence avant de conclure des ententes avec un CHSLD privé et y transférer des résidents.

2

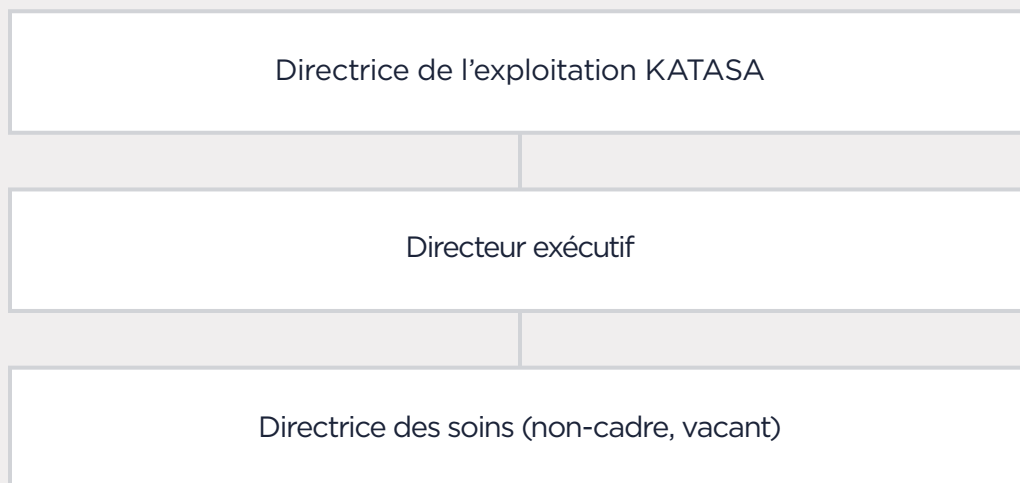
Structure organisationnelle

2.1 Organisation de gestion

L'organigramme présenté à la figure 1 démontre que la structure d'encadrement du CHSLD Herron ne peut soutenir son offre de services dans la mesure où une personne ne peut gérer à elle seule un CHSLD de 138 lits. La direction exécutive du CHSLD Herron relève de la directrice de l'exploitation du groupe Katasa, dont les bureaux sont en Outaouais. De ce fait, la directrice de l'exploitation n'était pas présente au CHSLD Herron. Conséquemment, le rôle du directeur exécutif était d'assurer la gestion de tous les services du CHSLD, soit les services alimentaires, l'hygiène-salubrité, l'approvisionnement, l'entretien du bâtiment, les services de récréologie, la location et les services à la clientèle, la comptabilité et la rémunération. Il était aussi responsable de la dotation des ressources humaines dans tous les domaines, y compris les soins infirmiers. En l'absence d'une directrice des soins, il assurait aussi la gestion des unités et des équipes de soins.

De plus, contrairement à l'information qui nous a été fournie, le comité des usagers n'était pas fonctionnel. La commissaire aux plaintes et à la qualité présentait son rapport annuel au directeur exécutif, ce qui ne correspond pas aux exigences de neutralité quant à ce rôle en CHSLD.

Figure 1: Organigramme CHSLD Herron



2.2 Compétences de gestion et connaissance des besoins des clientèles

Lors des entrevues tenues auprès des gestionnaires du CHSLD Herron, les enquêteurs ont constaté leur méconnaissance des lois et règlements ainsi que de leurs obligations entourant la gestion d'un CHSLD. Ce constat est préoccupant dans la mesure où le manque de connaissances a eu des conséquences négatives sur le processus décisionnel menant à l'admission de nouveaux résidents, la gestion des risques, la sécurité des soins, l'évaluation de l'offre de soins et de services selon les besoins évolutifs des résidents et l'approvisionnement en équipement et fournitures.

2.2.1 Manque de connaissances du domaine des soins de santé

Les gestionnaires n'avaient aucune formation en sciences infirmières ni aucune expertise clinique dans le domaine de la gériatrie et des soins prolongés. Ils ne possédaient pas les compétences suffisantes pour gérer seuls les équipes de soins infirmiers ou décider des processus de prestation de soins offerts à une clientèle hébergée qui présente des problèmes de santé complexes et évolutifs. Bien que l'organigramme prévoie un poste de directrice des soins (infirmière), à plusieurs reprises, le directeur exécutif s'est retrouvé seul à gérer la prestation de soins, sans directrice des soins pour assurer l'encadrement requis des équipes et collaborer étroitement avec les médecins.

2.2.2 Manque de connaissances du rôle de la directrice des soins

L'actualisation et le rôle attendu de la directrice des soins ont démontré clairement que la directrice de l'exploitation et le directeur exécutif du CHSLD Herron n'avaient aucune compréhension de l'importance de ce rôle en CHSLD. Leurs attentes face au rôle de directrice des soins n'étaient pas centrées sur le soutien clinique, le développement des compétences des professionnels et des non-professionnels, et ce, dans un objectif d'amélioration des pratiques cliniques. Leur conception du mandat d'une directrice des soins ne tenait pas compte de l'importance de l'organisation du travail en soins de longue durée pour permettre à chaque membre de l'équipe de jouer son rôle de manière optimale et satisfaisante. Cela a eu pour effet que le rôle de la directrice des soins n'a pu être actualisé adéquatement pour lui permettre d'avoir un impact positif sur l'encadrement, le développement des compétences du personnel, l'organisation du travail et le développement d'outils cliniques indispensables au suivi et à la surveillance de l'état de santé des résidents.

2.2.3 Manque de connaissances des rôles et responsabilités de l'équipe de soins

Les descriptions de fonction des infirmières et infirmières auxiliaires fournies par la direction nous démontrent un manque important de connaissances de la différenciation des rôles respectifs des membres de l'équipe, ce qui a généré des difficultés d'occupation optimale du champ d'exercice de chacune et de mise en place de modalités efficaces d'organisation du travail.

De plus, à titre d'exemple, les gestionnaires ont assigné à une agente de location, sans aucune connaissance clinique, la responsabilité de l'admission de nouveaux résidents. L'expérience antérieure de cette personne se limitait à la gestion d'un service de garde à la petite enfance. Elle n'était donc pas en mesure d'identifier clairement les besoins de personnes âgées en lourde perte d'autonomie, de s'assurer de l'adéquation entre les besoins du futur résident, de la disponibilité de l'offre de services requise et de la capacité de prise en charge du résident par les équipes du CHSLD. Cela pouvait occasionner des délais dans la mise en place de conditions pour répondre adéquatement aux besoins du résident, telles que l'emplacement stratégique de la chambre ou l'acquisition d'équipements ou de fournitures spécifiques.

2.2.4 Méconnaissance des prérequis indispensables à rechercher chez les personnes désirant exercer en CHSLD

Il nous a été mentionné que les préposés aux bénéficiaires étaient embauchés malgré l'absence d'un diplôme d'études professionnelles (DEP) et d'expérience en soins prolongés.

De plus, le manque de connaissances des gestionnaires au regard des lois et règlements encadrant la profession infirmière a aussi fait en sorte que deux candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ont été embauchées au CHSLD Herron, ce qui a ainsi contrevenu au *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. En effet, ce Règlement stipule que les CEPI ne peuvent exercer que pour un centre exploité par un établissement public ou privé conventionné. Notons que ces embauches sont survenues à un moment où aucune directrice de soins n'était en poste. Lors de l'arrivée d'une nouvelle directrice de soins, celle-ci a dû mettre fin à l'emploi des deux CEPI afin d'assurer le respect de ce Règlement.

2.2.5 Manque de connaissances en matière d'équipements requis en CHSLD

L'approvisionnement et la disponibilité des équipements et fournitures de soins se sont révélés un enjeu important. Le personnel infirmier du CHSLD Herron exerçait dans un contexte de manque chronique d'équipement, souvent défectueux ou mal entretenu, ne répondant pas aux normes et standards attendus en CHSLD. La literie, les serviettes et toutes les fournitures requises pour l'hygiène personnelle et les soins d'assistance n'étaient disponibles qu'en quantité minimale, ce qui ne répondait aucunement aux besoins des résidents. En somme, les réserves d'équipement et de fournitures médicales étaient minimales et souvent non disponibles en temps opportun. À l'exception des gants de procédure, les médecins, les infirmières et infirmières auxiliaires ainsi que les préposés aux bénéficiaires ont aussi déclaré un manque chronique d'équipement de protection individuelle avant et durant la première vague de la pandémie. Pourtant, ce matériel est requis en tout temps en CHSLD étant donné, notamment, les éclosions d'influenza saisonnière ou de gastro-entérite qui requièrent des précautions additionnelles en prévention et contrôle des infections (PCI).

En résumé, les enquêteurs ont constaté que l'incompétence des gestionnaires a eu un impact majeur sur les pratiques professionnelles des médecins, des infirmières et des infirmières auxiliaires et, conséquemment, sur la qualité des soins et services offerts, et ce, bien avant la pandémie.

Lors des entrevues, les gestionnaires ont répété à plusieurs reprises qu'ils étaient de bonne foi. Même si elle est indispensable, force est de constater que la bonne foi s'avère nettement insuffisante pour offrir des soins et des services sécuritaires à des personnes âgées en lourde perte d'autonomie.

2.3 Gouvernance en soins infirmiers

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) définit explicitement le rôle de la directrice des soins infirmiers d'un établissement. Ainsi, le législateur lui a confié les responsabilités de surveiller et de contrôler la qualité des soins infirmiers et d'en assurer la planification, la distribution, la coordination et l'évaluation. Ces responsabilités sont déclinées dans les domaines d'intervention suivants, notamment dans le cadre d'une offre de soins et de services en CHSLD privé :

- La qualité ainsi que la gestion des risques et des plaintes en soins infirmiers;
- L'élaboration de règles de soins infirmiers qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers;
- Les compétences cliniques;
- Les effectifs en soins infirmiers, compétents et en nombre suffisant;
- L'organisation des soins infirmiers, y compris l'organisation du travail et l'utilisation optimale du champ d'exercice de chaque membre de l'équipe de soins.

Pourtant, les attentes des gestionnaires du CHSLD Herron face au rôle de directrice des soins ne sont centrées que sur la gestion des horaires de travail, sur les absences des membres de l'équipe de soins et sur la gestion des plaintes des familles des résidents. Elle ne peut donc pas assumer les responsabilités qui lui sont confiées en vertu des articles 207 et 208 de la LSSS. De plus, aucune conseillère ou infirmière clinicienne n'était à l'emploi du CHSLD pour soutenir la directrice de soins dans l'actualisation de son rôle. Il en résulte une incapacité d'agir pour mettre en place des projets de soutien clinique, d'organisation du travail ou de développement des pratiques et des compétences.

2.3.1 Qualifications exigées

Il a été constaté que les prérequis demandés par les gestionnaires du CHSLD Herron pour occuper la fonction de directrice des soins sont insuffisants sur les plans autant de la formation et de la connaissance du rôle que de l'expertise en gériatrie et en soins de longue durée. D'ailleurs, aucune infirmière ayant occupé ce poste depuis 2015 n'avait d'expérience en CHSLD ou une formation en pratique avancée en soins à la personne âgée. Parmi celles qui ont occupé ce poste, l'une était détentrice d'un diplôme d'études collégiales (DEC), alors que les compétences dans le domaine sont acquises au niveau du baccalauréat.

Depuis l'achat du CHSLD Herron par le Groupe Katasa en 2015, quatre infirmières se sont succédé au poste de directrice des soins.

Durant cette période, le poste est resté vacant à plusieurs reprises et n'a même pas fait l'objet d'un intérim par une infirmière du CHSLD. D'ailleurs, la dernière infirmière ayant occupé ce poste a démissionné six mois après son embauche, soit le 29 janvier 2020, et n'a pas été remplacée.

Ce taux de roulement des titulaires du poste de directrice des soins durant les cinq dernières années est un exemple de découragement face à des embûches quotidiennes difficilement surmontables par une seule personne, sans le soutien des autres gestionnaires du CHSLD ou l'aide de conseillères en soins infirmiers. Les entrevues auprès du personnel du CHSLD Herron ont permis aux enquêteurs d'identifier plusieurs enjeux auxquels devait faire face la directrice des soins :

- Très peu de soutien du directeur exécutif, dont le souci prioritaire était la diminution des coûts d'exploitation;
- Absence de la directrice de l'exploitation;
- Manque flagrant de mobilisation du personnel;
- Manque de compétences des préposés aux bénéficiaires;

- Climat de travail très difficile causé par le non-respect des compétences des infirmières et des infirmières auxiliaires par les préposés aux bénéficiaires, dont la majorité n'avait aucune formation dans le domaine;
- Mobilité et taux de roulement très élevés du personnel infirmier;
- Aucun processus établi de gestion des incidents et des accidents, sauf la rédaction des rapports AH-223; aucune saisie et analyse des données des rapports effectuées pour permettre la mise en place de processus d'amélioration de la qualité des soins et services;
- Aucun suivi d'indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers.

Ces enjeux, jumelés à un manque d'expertise en soins de longue durée, peuvent expliquer les difficultés de fidélisation ou d'engagement à long terme des infirmières à ce poste stratégique.

À plusieurs reprises, pendant que le poste de directrice des soins était vacant, le directeur exécutif assumait cette fonction sans aucune compétence pour le faire. Il est fort préoccupant de constater qu'un gestionnaire non infirmier puisse se charger des responsabilités dévolues à une directrice des soins. C'est une démonstration claire de l'ignorance ou de l'incompréhension des obligations légales liées à ce poste.

3

Mécanismes de soutien à la pratique

3.1 Soutien clinique

Les infirmières et infirmières auxiliaires n'avaient pas accès aux services d'une conseillère en soins infirmiers. Certaines se référaient à une infirmière spécialisée en soins de plaies à l'Hôpital général du Lakeshore pour des suivis de plaies complexes. Les infirmières et les infirmières auxiliaires n'avaient pas non plus accès à l'expertise d'infirmières de pratique avancée dans le domaine de la gériatrie et des soins de longue durée pour des résidents présentant des situations cliniques complexes. Aucune infirmière plus expérimentée du CHSLD Herron n'agissait à titre d'assistante le soir et la nuit ou la fin de semaine afin d'assurer un soutien clinique ou d'organisation du travail aux équipes des unités de soins.

3.2 Outils cliniques et d'encadrement des soins infirmiers

De manière générale, les infirmières et les infirmières auxiliaires n'avaient accès qu'à très peu d'outils cliniques dans leur milieu. Peu de politiques, procédures ou règles de soins étaient en vigueur pour encadrer la pratique des professionnelles en soins infirmiers. Elles n'avaient pas accès aux méthodes de soins informatisées (MSI) du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), qui sont pourtant des outils de travail de base et essentiels en CHSLD. Certaines avaient créé des liens informels et se référaient à des infirmières expérimentées du CLSC Dorval/Lachine afin d'y avoir accès. Très peu d'ordonnances collectives étaient en vigueur, ce qui entravait l'autonomie des infirmières et le plein déploiement de leur expertise clinique.

3.3 Organisation du travail

L'absence d'une directrice des soins a généré des manquements dans l'organisation du travail, car l'une de ses responsabilités est d'obtenir une vision globale de la condition de santé de l'ensemble des résidents du CHSLD. D'ailleurs, plusieurs infirmières et infirmières auxiliaires ont déploré cette absence. En effet, chaque infirmière avait la charge des résidents de son unité de soins et sur son quart de travail seulement. L'absence d'une infirmière gestionnaire en soins infirmiers le soir, la nuit et les fins de semaine empêchait l'établissement d'avoir une vision globale des besoins des résidents et de prioriser la structure de présence du personnel d'une unité de soins dont la charge de travail était plus lourde qu'une autre. Personne n'avait la responsabilité ni la possibilité de prendre ce type de décision cruciale pour la sécurité des soins aux résidents dans un contexte de pénurie de personnel. Un manque de communication entre les membres des équipes de soins et les gestionnaires a aussi été observé, ce qui a nui à la circulation de l'information liée aux protocoles à mettre en place ou aux diverses consignes de santé publique à suivre en préparation à la pandémie.

3.4 Prévention et contrôle des infections

Aucune infirmière conseillère spécialisée en PCI n'était impliquée au CHSLD Herron. D'ailleurs, l'infirmière cadre responsable de la PCI au COMTL nous a confirmé qu'elle ne connaissait pas le CHSLD Herron avant les événements rattachés à la pandémie et qu'elle n'y avait envoyé aucune infirmière de son équipe pour offrir des conseils en matière de PCI. Aucune demande n'a d'ailleurs été faite pour établir un tel corridor d'accès par les gestionnaires du CHSLD Herron au COMTL. Aucun programme en PCI n'était en place afin de protéger les résidents contre diverses infections et de prévenir la transmission d'infections au personnel, aux visiteurs et aux membres des familles. Il en est de même de la disponibilité d'affiches selon le type d'isolement requis et de l'utilisation pertinente et sécuritaire des EPI auprès des résidents, par tous les membres de l'équipe soignante et des équipes de soutien, notamment en hygiène-salubrité et aux services alimentaires. C'est le *Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés* qui était utilisé comme référence, ce qui ne répond pas aux besoins spécifiques de l'environnement de soins et démontre encore une fois une méconnaissance des obligations de gestion d'un CHSLD par les gestionnaires.

3.4.1 Hygiène-salubrité

L'absence d'un programme structuré et d'accès à l'expertise d'une infirmière conseillère spécialisée en PCI a eu pour conséquence que les techniques d'hygiène et salubrité n'étaient pas précisées ni encadrées selon les meilleures pratiques. L'hygiène-salubrité requiert une attention d'une extrême rigueur afin de limiter la contamination, particulièrement lors d'éclosion. Or, après une évaluation des pratiques du personnel d'entretien ménager du CHSLD Herron effectuée par un expert du COMTL, plusieurs constats ont été faits :

- Aucune collaboration de la compagnie à numéro qui assurait l'entretien de l'édifice;
- Personnel allophone¹² non formé aux bonnes pratiques d'hygiène et salubrité en CHSLD;
- Méthodes de travail non conformes et méconnaissance des bonnes pratiques;
- Matériel et produits de désinfection non conformes pour un CHSLD;
- Aucune structure d'hygiène-salubrité en place (routes, séquences, priorisation des désinfections);
- Charge environnementale très élevée¹³.

Dès qu'il a pris la relève, le CIUSSS a rapidement mis en place les bonnes pratiques afin d'assurer un environnement de soins sécuritaire et d'éviter la contamination en présence de la COVID-19.

¹² Dans ce contexte, ne pouvant s'exprimer ni en français ni en anglais.

¹³ La charge environnementale fait référence à la quantité et à la diversité des microorganismes présents dans un environnement.

3.5 Soutien clinique des autres professionnels

Trois médecins avaient une entente de service avec le CHSLD Herron à raison de quelques journées de présence sur place par semaine et une disponibilité de garde sur appel. Il faut préciser que le troisième médecin s'est joint aux deux autres en décembre 2019, au regard de l'alourdissement progressif de la condition des résidents au fil des deux dernières années. Un des médecins du CHSLD a d'ailleurs demandé de l'aide à la FMOQ pour recruter de nouveaux médecins. Cette demande n'a pas été prise en compte. Le CIUSSS aurait également été interpellé.

Les services d'ergothérapie et de physiothérapie étaient offerts à la pièce par une compagnie privée selon l'évaluation des besoins du résident effectuée par les infirmières et les médecins. Très peu de résidents étaient suivis en ergothérapie ou en physiothérapie. Une nutritionniste était détentrice d'un poste à temps partiel et une technicienne en loisirs était détentrice d'un poste à temps complet. Le travail interdisciplinaire ne répondait pas au niveau exigé habituellement en CHSLD. Des rencontres dites interdisciplinaires étaient faites au moins une fois par année et au besoin. La famille était invitée à participer à ces rencontres où étaient présentes les infirmières, infirmières auxiliaires, nutritionniste et récréologue. Une pharmacie d'officine fournissait les médicaments selon les ordonnances médicales, mais aucun lien de partenariat n'a été organisé pour soutenir les équipes de soins, ce qui aurait pu se traduire par une entente de service pour une présence d'un pharmacien sur place, lorsque pertinent. L'expertise spécifique d'un pharmacien est requise en CHSLD, notamment en ce qui concerne l'optimisation de l'usage des médicaments et le phénomène de la polypharmacie, particulièrement présent en soins de longue durée.

4

Ressources humaines en soins infirmiers et d'assistance

La disponibilité de personnel formé, compétent et en nombre suffisant pour répondre aux besoins des résidents est un élément central de la sécurité et de la qualité des soins infirmiers. Or, selon plusieurs personnes rencontrées, cette problématique reliée à la main-d'œuvre était très préoccupante au CHSLD Herron depuis quelques années et de plus en plus difficile depuis l'automne 2019.

4.1 Profil des membres du personnel

Selon les informations obtenues lors de l'enquête, 12 infirmières exerçaient au CHSLD. De ce nombre, deux étaient titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières. La plupart de ces infirmières détenaient leur permis d'exercice depuis quatre ans ou moins et exerçaient dans le centre depuis deux ans ou moins. Ces infirmières peuvent être considérées comme des novices/débutantes qui ont besoin d'encadrement et de soutien clinique, d'autant plus que leur expérience clinique en soins à la personne âgée n'a été acquise que presque uniquement au CHSLD Herron, là où les processus cliniques n'étaient que très peu développés et organisés.

Quinze infirmières auxiliaires exerçaient au CHSLD Herron dont neuf détenaient leur permis d'exercice depuis moins de cinq ans. La majorité travaillait au CHSLD depuis deux ans ou moins. Ainsi, comme pour les infirmières, la plupart des infirmières auxiliaires débutaient dans la profession et avaient des besoins d'encadrement et de soutien clinique.

Quant aux préposés aux bénéficiaires, 45 étaient à l'emploi du CHSLD Herron. De ce nombre, 26 étaient à l'emploi depuis moins de cinq ans et parmi eux, 17 ont été embauchés durant la dernière année, soit 38% de l'effectif total. Les préposés aux bénéficiaires embauchés au CHSLD Herron étaient en majorité de nouveaux immigrants, dont plusieurs étaient allophones, ne pouvant s'exprimer ni en français ni en anglais. D'autres étaient unilingues anglais. Cette différence de langue a eu un effet majeur sur les processus de communication entre les résidents et les préposés aux bénéficiaires: le résident ne pouvait faire comprendre ses besoins et le préposé aux bénéficiaires ne pouvait entrer en relation avec celui-ci. De plus, selon les informations obtenues en entrevue, certains préposés aux bénéficiaires étaient analphabètes et d'autres démontraient de faibles niveaux de compétence en littératie¹⁴. Ils étaient par conséquent incapables de lire ou de comprendre les consignes écrites qui leur étaient données par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire.

¹⁴ La littératie peut être définie comme « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités » (Legendre, 2005).

Outre les problèmes liés à la langue de communication et à la littératie, des préposés aux bénéficiaires à l'emploi du CHSLD Herron n'avaient aucune formation ou diplôme d'études professionnelles (DEP de 870 heures) d'assistance à la personne en établissement leur permettant de développer les compétences attendues d'un préposé aux bénéficiaires en CHSLD.

L'ensemble de ces éléments contextuels représente un énorme défi pour les infirmières novices/débutantes qui doivent consolider les connaissances théoriques gériatriques acquises lors de leur formation initiale et les transférer à leur pratique, dans un milieu clinique où peu de soutien leur est offert. Rappelons que la pratique infirmière en CHSLD requiert une expertise spécifique, acquise au baccalauréat, en raison des problèmes de santé complexes retrouvés chez les personnes hébergées. Au sein d'une équipe de soins, il est attendu que l'infirmière assure un rôle de leader clinique. Elle se doit, de par ses obligations professionnelles, d'évaluer l'état de santé des résidents dans le but de déterminer le degré de gravité ou d'urgence d'une situation, de déterminer les interventions cliniques requises, d'émettre des directives aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires selon les compétences et le rôle attendus de chacun, ainsi que d'assurer la surveillance et le suivi cliniques. En conséquence, il est irréaliste de s'attendre à ce qu'une infirmière novice/débutante puisse occuper avec assurance son rôle de leader clinique et ses responsabilités sans aucun accompagnement qui lui permettrait de développer progressivement ses compétences.

Ce défi était le même pour les infirmières auxiliaires du CHSLD Herron qui détenaient peu d'expérience clinique leur permettant de contribuer de façon optimale à l'évaluation de l'état de santé, à la surveillance et au suivi clinique des résidents.

Enfin, on retrouvait au sein de l'équipe de soins des préposés aux bénéficiaires peu expérimentés, qui ne détenaient pas les qualifications requises pour exercer en CHSLD. Ainsi, la compréhension de leur rôle et la nécessaire collaboration avec les infirmières et les infirmières auxiliaires n'étaient pas intégrées auprès des résidents. Cette incompréhension du rôle et des responsabilités de chaque membre de l'équipe soignante a eu un impact négatif sur le climat de travail, la communication des directives infirmières et l'actualisation de ces directives par les préposés aux bénéficiaires auprès des résidents. C'est un enjeu important pour la prestation de soins sécuritaires et de qualité par les infirmières et les infirmières auxiliaires. Pour qu'elles puissent exercer leur profession de manière sécuritaire et compétente, elles doivent pouvoir compter sur des personnes ouvertes à la collaboration, formées et compétentes.

Sans cibler des personnes en particulier, la problématique globale liée à la collaboration et aux compétences des préposés aux bénéficiaires était présente depuis longtemps et ne semble pas avoir été prise en considération par les gestionnaires du CHSLD Herron. Cet état de fait a été décrit lors des entrevues comme étant un problème important de «travail d'équipe».

4.2 Structure de présence du personnel

L'équipe de soins de chaque unité était composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Aucun chef d'unité n'était présent le jour et aucun coordonnateur n'était présent le soir, la nuit ou les fins de semaine.

Le jour, on retrouvait une présence infirmière suffisante pour 24 résidents à l'unité du rez-de-chaussée. Toutefois, sur les autres unités de soins où étaient hébergés des résidents atteints de troubles neurocognitifs et de déficience physique, la présence d'une seule infirmière pour 57 résidents était insuffisante. Le soir, deux infirmières exerçaient dans l'établissement. Ce ratio était insuffisant puisqu'il représentait une infirmière pour 69 résidents. La nuit, une seule infirmière était sur place pour évaluer et assurer la surveillance clinique des 138 résidents qui présentaient des problèmes de santé complexes et évolutifs. Ce ratio est donc considéré comme inacceptable. Pour les infirmières auxiliaires, le ratio de jour était acceptable, soient deux infirmières auxiliaires pour 57 résidents et insuffisant le soir et la nuit, soit une infirmière auxiliaire pour 57 le soir et une infirmière auxiliaire pour 138 la nuit. En ce qui concerne les préposés aux bénéficiaires, les ratios étaient insuffisants le jour et le soir et d'autant plus insuffisants la nuit.

Il importe de souligner que régulièrement, les membres de l'équipe de soins n'étaient pas remplacés en leur absence. Par conséquent, des infirmières consacraient leur temps aux tâches de l'infirmière auxiliaire et du PAB, au détriment de leurs activités cliniques. Il en est de même pour les infirmières auxiliaires qui, en l'absence du PAB, effectuaient en plus de leurs tâches des soins d'assistance. Par ailleurs, les membres de l'équipe de soins n'étaient pas toujours remplacés par la même catégorie d'emploi. Par exemple, la nuit, lorsque la seule infirmière qui exerçait sur ce quart de travail était absente, celle-ci pouvait régulièrement être remplacée par une infirmière auxiliaire. Notons que cette situation est devenue chronique à compter du 12 mars 2020, car aucune infirmière n'était présente la nuit. Cette situation est jugée non sécuritaire et va à l'encontre d'une norme du MSSS¹⁵ stipulant qu'une présence infirmière doit être assurée sur place, 24 heures sur 24, sept jours sur sept en CHSLD.

Sans aucune présence de personnel d'encadrement de profession infirmière pouvant soutenir les équipes, le remplacement d'une infirmière par une infirmière auxiliaire, ou l'absence de remplacement d'une infirmière, avait pour conséquence que les évaluations et suivis cliniques des résidents étaient sous-optimaux ou tout simplement non réalisés. On peut donc facilement déduire que lorsqu'un employé ne se présentait pas au travail, la situation pouvait devenir rapidement très problématique, autant pour les besoins de base ou d'assistance des résidents que pour les besoins d'évaluation de l'état de santé d'une personne symptomatique, ou lors de situations de soins plus complexes.

L'iniquité perçue relative aux salaires a eu des impacts majeurs sur le taux de roulement du personnel, principalement chez les préposés aux bénéficiaires. Cette perception a eu pour effet un manque d'entraide entre collègues et un très faible esprit d'équipe. Certains groupes de préposés aux bénéficiaires décourageaient les nouveaux embauchés en lien avec le salaire et la non-reconnaissance de leur travail. Plusieurs occupaient un double emploi et préféraient travailler ailleurs qu'au CHSLD Herron, particulièrement les fins de semaine où ils se déclaraient malades, ce qui générerait régulièrement un manque criant de personnel.

Le CHSLD était en perpétuel processus d'embauche de nouveaux employés. Durant l'automne 2019 et le début de l'hiver 2020, juste avant la déclaration d'état d'urgence sanitaire au Québec, le 13 mars, la situation de pénurie de personnel infirmier et surtout de préposés aux bénéficiaires était devenue alarmante. C'est ainsi que, contrairement aux façons de faire habituelles qui ne permettaient pas l'utilisation des agences de placement au CHSLD Herron, le recours à des préposés d'agence non qualifiés a été inévitable et a eu un impact négatif majeur sur la qualité et la sécurité des soins d'assistance offerts aux résidents.

15 MSSS, 2018, annexe 1.

5

Qualité des soins avant l'éclosion

Même s'il est un fait que la documentation ne reflète pas toujours de manière fidèle l'exercice des professionnels alors qu'elle le devrait, la vérification de dossiers de résidents a tout de même permis de faire une appréciation générale de la qualité des soins prodigués avant et au début de la pandémie. La vérification de la pratique infirmière et de celle de l'infirmière auxiliaire a donc été effectuée selon leur champ d'exercice respectif et leurs activités réservées en relation avec des situations cliniques spécifiques aux soins de longue durée, jugées à risque de préjudice. Pour les besoins d'analyse, elles ont été ciblées par grands thèmes: la détérioration de l'état de santé, les chutes, les plaies, les mesures de contrôle et de contention, les SCPD et les soins palliatifs et de fin de vie.

De manière générale dans les trois mois précédant la pandémie, lors d'une détérioration de l'état de santé d'un résident, la surveillance et les soins prodigués n'étaient pas optimaux. En effet, ils étaient tributaires de l'évaluation effectuée par l'infirmière. Or, l'évaluation s'avérait souvent incomplète; les informations recueillies n'étaient pas suffisantes pour permettre de cerner convenablement la situation de santé du résident.

Le processus de soins entourant les chutes était bien défini. À cet égard, les soins étaient somme toute sécuritaires. Cela dit, lors de chutes répétitives, l'évaluation globale de la situation et les interventions mises en place s'avéraient insuffisantes pour en prévenir la récurrence.

Il n'existait pas de programme de prévention et de soins de la peau et des plaies au CHSLD Herron. Les pratiques cliniques dans ce domaine n'étaient donc pas standardisées. Les éléments de surveillance ou d'observation d'une plaie variaient d'un professionnel à l'autre. Très peu d'interventions planifiées et structurées pour prévenir le développement d'une plaie de pression étaient mises en œuvre. L'évaluation des plaies était incomplète et non effectuée à la fréquence appropriée. Il est alors permis de s'interroger sur la pertinence du plan de traitement au moment opportun selon l'évolution de la plaie ainsi que la qualité des soins en matière de prévention et de traitement des plaies.

Aucun protocole d'application des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques) n'était disponible aux équipes soignantes pour l'encadrement de ces pratiques, et ce, malgré le troisième alinéa de l'article 118.1 de la LSSSS qui stipule ceci: «Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures (de contrôle) en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures». D'ailleurs, l'utilisation des mesures de contrôle au CHSLD Herron ne respectait pas le cadre de référence ministériel en la matière. Régulièrement, la ceinture de sécurité au fauteuil pouvait être utilisée sans être considérée comme une contention. Ce constat nous apparaît fort préoccupant, étant donné que l'utilisation des mesures de contrôle peut avoir des effets néfastes graves sur la santé physique et psychologique des résidents.

En ce qui concerne l'approche et les interventions spécifiques auprès des résidents présentant des SCPD, elles peuvent être considérées comme minimales. En effet, malgré une attitude calme et le recours à des stratégies de diversion, les dossiers ont démontré que l'approche pharmaceutique était souvent privilégiée. Peu d'évaluations approfondies afin de cerner les causes sous-jacentes de l'état mental ou physique pouvant expliquer la présence de SCPD étaient effectuées. De plus, l'évaluation de l'efficacité des stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques mises en place pour contrer les SCPD était rarement réalisée et les interventions n'étaient pas suffisamment individualisées.

Enfin, les pratiques de soins palliatifs et de fin de vie n'étaient pas encadrées par un programme bien défini. Malgré l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* en 2014, aucun protocole de détresse n'était en vigueur.

Les infirmières et les infirmières auxiliaires faisaient face à de nombreux obstacles pour pouvoir occuper de manière pleine et entière leur champ d'exercice respectif et assurer la qualité des soins aux résidents. Pour la plupart, les lacunes décrites précédemment avaient déjà été constatées au moment des visites d'inspection professionnelle (OIIAQ en 2017 et OIIQ en 2018). D'ailleurs, ces lacunes faisaient l'objet de mesures correctrices, dont l'actualisation demeure inachevée pour l'OIIQ en raison de l'absence d'une directrice des soins et d'un manque de stabilité des équipes de soins.

6

Préparation à la pandémie

6.1 Ressources matérielles

À la fin du mois de janvier 2020, une infirmière du COMTL qui était mandatée depuis quelques mois pour s'assurer de l'application des recommandations émises par le Protecteur du citoyen au CHSLD Herron, a communiqué avec le directeur exécutif du CHSLD Herron afin de vérifier s'il avait tous les EPI nécessaires en cas d'écllosion. Le gestionnaire a précisé à cette infirmière que des démarches étaient en cours pour obtenir le matériel requis.

Durant cette même période, un médecin manifeste ses inquiétudes au directeur exécutif concernant la non-disponibilité d'EPI et l'absence d'une directrice des soins pour assurer la coordination des services et de protocoles pour faire face à l'éventuelle pandémie. Ce médecin a d'ailleurs contacté le COMTL pour obtenir le soutien nécessaire, mais s'est vu répondre qu'il n'y avait pas urgence d'agir à ce moment.

Par la suite, l'infirmière du COMTL a été délestée pour d'autres fonctions en lien avec la pandémie. Celle-ci n'a effectué qu'un seul suivi téléphonique auprès du directeur exécutif du CHSLD Herron, car le COMTL avait mandaté des équipes d'intervention en PCI pour la préparation à la pandémie en RPA.

Au début du mois de mars, une infirmière qui exerçait au CHSLD Herron par l'entremise d'une agence de placement en soins infirmiers pour saisir dans le logiciel du MSSS les données contenues dans les rapports d'incident/d'accident (AH-223), a été sollicitée par le directeur exécutif pour prendre connaissance des diverses directives émises par le MSSS concernant la COVID-19 et l'aider à s'y conformer. Cette dernière qui ne détenait aucune expérience en PCI a entrepris, sans succès, plusieurs démarches pour se procurer l'EPI et le matériel de dépistage en prévision de la pandémie. Ces démarches ont notamment été effectuées auprès du MSSS et d'une infirmière en PCI du COMTL. Rappelons qu'à ce moment, il était très difficile de se procurer tout le matériel nécessaire.

6.2 Communication des directives émises par le MSSS

Le directeur exécutif du CHSLD Herron recevait, presque à tous les jours, de nombreuses directives provenant du MSSS. La stratégie utilisée par l'infirmière et le gestionnaire était d'effectuer un résumé des principaux messages importants et de les traduire en anglais pour les employés et visiteurs, puis de transmettre les messages par courriel ou de les insérer dans un cartable à la disposition des membres du personnel à des fins de consultation. Malheureusement, aucune rencontre officielle n'a été effectuée périodiquement auprès de tous les membres du personnel de l'établissement pour transmettre les directives importantes, s'assurer de la compréhension de ces dernières et veiller à l'application adéquate des directives.

6.3 Formation préparatoire à la pandémie

Aucune formation n'a été offerte aux employés sur l'utilisation adéquate des EPI. Seules de courtes capsules vidéo sur l'hygiène des mains et le port d'EPI ont été transmises par courriel à l'attention des membres du personnel. Cette méthode s'avère nettement insuffisante dans ce contexte. Aussi, aucune instruction spécifique n'a été donnée aux membres du personnel soignant dans l'éventualité où un résident présenterait des symptômes de la COVID-19. De plus, aucune information ou protocole n'a été préparé et diffusé en ce qui concerne la mise en place d'isolement, de cohortes ou de zonage.

Les décisions à prendre pour organiser le CHSLD Herron en prévision d'une pandémie devaient être associées à des connaissances cliniques notamment en PCI. Or, le directeur exécutif, qui n'avait aucune formation en soins de santé, gérait seul le CHSLD à ce moment et ne pouvait compter sur l'expertise d'une infirmière directrice des soins. Sans cette ressource pour encadrer l'environnement (zonage) et les employés, l'approvisionnement de matériel et d'équipement requis en cas d'éclosion, il n'a pas été possible de mettre en place un contexte de soins pouvant permettre aux médecins, aux infirmières et aux infirmières auxiliaires de jouer leur rôle de manière adéquate. Le directeur exécutif ne s'est pas non plus référé au COMTL pour du soutien d'expertise. Bref, cela démontre une absence complète de leadership clinique.

7

Qualité des soins pendant l'écllosion

La précarité des soins au CHSLD Herron avant la pandémie s'est aggravée au point où, lors de la dernière semaine du mois de mars, elle était devenue hors de contrôle. Le gestionnaire avait été alerté par des infirmières et médecins de la situation critique qui sévissait dans l'établissement. En effet, la seule infirmière qui était présente la nuit pour évaluer et assurer la surveillance clinique des 138 résidents avait remis sa démission. Son absence n'a pas été remplacée, alors qu'il est obligatoire qu'une infirmière soit présente sur les trois quarts de travail en CHSLD. Durant cette même semaine, la problématique des ressources humaines, caractérisée par un nombre insuffisant et en temps opportun de personnel par catégorie d'emploi, n'a fait que s'aggraver progressivement jusqu'au moment où les membres du personnel ont été informés qu'un premier résident hospitalisé depuis quelques jours avait été déclaré positif à la COVID-19, soit le 27 mars 2020.

À ce stade-ci, il est important de préciser que, contrairement à ce qui a été diffusé dans les médias, les employés du CHSLD Herron n'ont pas abandonné les résidents ni déserté le CHSLD. Ils ont plutôt reçu l'ordre de leurs gestionnaires de quitter le CHSLD s'ils présentaient des symptômes de la COVID-19 ou avaient été en contact avec un résident positif à la COVID-19. Cette consigne a été donnée sans tenir compte que l'effectif soit suffisant pour répondre aux besoins fondamentaux de soins et d'assistance. Précisons qu'à partir de la fin du mois de mars, 11 des 12 infirmières ont dû s'absenter, car elles avaient contracté la COVID-19. Il en est de même pour les infirmières auxiliaires. Huit d'entre elles ont dû s'absenter étant malades ou ayant été en contact avec une personne malade. Dix préposés aux bénéficiaires ont aussi dû s'absenter pour les mêmes raisons et quatre ont décidé de ne pas entrer au travail. Rappelons qu'à ce moment, le personnel de la santé ne faisait pas encore partie des personnes prioritaires à tester.

Les infirmières qui étaient en nombre insuffisant ne sont pas parvenues à effectuer le suivi de tous les cas complexes, se voyant dans l'obligation de prioriser les résidents les plus atteints. Les infirmières auxiliaires, quant à elles, ont dû assurer seules la surveillance clinique de plusieurs résidents. La plupart des interventions prioritaires ont été omises ou n'ont pas été réalisées en temps opportun. Quant aux préposés, ils étaient incapables d'effectuer les soins d'assistance aux moments prévus. La nuit du 29 mars, quatre résidents qui présentaient des symptômes compatibles à la COVID-19 ont été transférés à l'Hôpital général du Lakeshore par une infirmière qui a dû poursuivre son quart de travail sur le quart de nuit afin de ne pas abandonner des résidents qui manifestaient une détérioration importante de leur état de santé. Sa décision de transférer les résidents a été prise en collaboration avec le médecin, dans un contexte où elle n'avait pas le matériel et le personnel requis pour dispenser des soins de plus haute intensité à des résidents qui en avaient besoin.

À l'arrivée des premiers intervenants du COMTL, durant la soirée du 29 mars 2020, la situation était telle que des résidents n'avaient pas mangé, des plateaux de repas s'étaient accumulés dans leurs chambres, ils étaient assoiffés et démontraient des signes de déshydratation importants. Les soins d'hygiène et les soins d'incontinence n'avaient pas été prodigués depuis longtemps. De grands efforts ont d'abord dû être consentis pour structurer la prestation de soins et l'organisation du travail afin d'hydrater et d'alimenter les résidents, leur donner des soins d'hygiène et leur administrer les médicaments.

La continuité des soins était nettement compromise. La transmission des informations cruciales interservices concernant l'état de santé des résidents était incomplète et les rapports écrits interservices n'étaient pas documentés. La télémédecine a mobilisé le temps des infirmières, les empêchant de se consacrer à leurs propres activités professionnelles. Les plans de travail n'étaient pas mis à jour, ce qui a eu des répercussions sur la continuité des soins. Ainsi, même après l'arrivée du CIUSSS, dans le contexte où le personnel était différent d'un quart de travail à l'autre, sans connaissances du milieu et de sa clientèle, il a été très difficile d'assurer une prestation de soins minimale malgré toute la bonne volonté des personnes impliquées.

Les mesures de contrôle et de prévention des infections n'ont pas été rigoureusement respectées (port d'EPI, isolement, dépistage). Le manque criant d'EPI est rapporté à maintes reprises par le personnel, ce qui peut avoir contribué directement à la contamination des employés et des résidents (même blouse de protection entre chaque chambre, manque de masques de procédure, etc.). Il n'y avait aucune affiche précisant les précautions à prendre en PCI ni de gel antiseptique à l'entrée du CHSLD, à l'entrée ou à l'intérieur des chambres des résidents. La non-disponibilité de pratiques bien définies dans un programme de PCI connu et appliqué par tous en temps normal, de même que les consignes ministérielles changeantes quant au dépistage sont d'autres variables qui ont nui à la pratique des infirmières et des infirmières auxiliaires en période critique de l'écllosion.

Devant toutes les limites générées par le contexte de soins, le processus de soins entourant les chutes a quant à lui pu être maintenu. Toutefois, en ce qui concerne les soins de plaies, tant l'évaluation que le traitement n'ont pas été réalisés aux moments appropriés; dans plusieurs cas, ils ont complètement été omis. L'état des plaies de certains résidents à l'arrivée du COMTL en témoigne de façon éloquente.

Enfin, malgré tous les efforts déployés, l'équipe de soins n'a pas été en mesure de repérer de manière précoce tous les résidents susceptibles de bénéficier de soins palliatifs et de fin de vie. Cela a pu avoir comme conséquence que les soins palliatifs requis n'ont pas été offerts au moment opportun, y compris pour ce qui est de la gestion suffisante de la douleur et des autres symptômes. Dans ces circonstances, l'équipe de soins infirmiers n'a pas été en mesure de veiller à ce que les étapes liées à la fin de vie, et particulièrement à la phase terminale, se déroulent dans le respect et la dignité de la personne hébergée et de ses proches.

En somme, ces différents constats quant à la qualité des services médicaux et de la prestation des soins infirmiers au CHSLD Herron démontrent que la pratique médicale, celle de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire, s'avérait extrêmement à risque pendant la pandémie dans un milieu où l'organisation des soins et du travail était déficiente.

L'évaluation, la surveillance et le suivi cliniques sont les trois activités réservées constituant les assises de la profession infirmière. Dans le cas du CHSLD Herron, les infirmières ne se trouvaient pas dans un contexte favorable leur permettant d'exercer pleinement ces activités et de coordonner adéquatement la prestation de soins de l'équipe. L'absence de gestionnaires formés en soins infirmiers, les ratios infirmière ou infirmière auxiliaire/résidents insuffisants, le non-remplacement des absences, le manque d'infirmières ayant des compétences plus avancées en gériatrie et en soins prolongés, le manque de soutien clinique et de matériel de soins, le taux de roulement très élevé des employés ainsi que le climat de travail délétère faisaient partie du contexte défavorable et ont eu des effets catastrophiques sur la qualité des soins.

8

Interventions du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Ce qui ressort clairement des entrevues effectuées auprès des gestionnaires et employés du COMTL, c'est le manque total de collaboration des propriétaires/gestionnaires du CHSLD Herron avec les personnes mandatées par le COMTL. Le haut niveau de résistance de la directrice de l'exploitation du CHSLD Herron a généré des délais inacceptables quant à la capacité du COMTL à prendre en charge la gestion du CHSLD.

L'évaluation des dossiers durant la période du 29 mars au 15 avril démontre que la situation a commencé à s'améliorer environ dix jours après l'arrivée des intervenants du COMTL au CHSLD Herron. L'équipe du COMTL a dû faire face à de nombreuses difficultés, dont une désorganisation complète de l'environnement de soins, de la gestion des soins infirmiers et des horaires de travail. Aucun leader clinique n'était en place. Seulement quelques infirmières et infirmières auxiliaires à l'emploi du CHSLD étaient encore présentes. Le haut niveau de résistance des gestionnaires du CHSLD Herron a généré des délais d'accès aux équipements ainsi qu'au matériel de soins et d'hygiène de base. Il a fallu que le COMTL organise rapidement l'approvisionnement en produits et équipement de toutes sortes, dont les EPI nécessaires dans un contexte de très grave écloisonnement.

Le COMTL a nommé un cadre infirmier et une assistante du supérieur immédiat afin d'assurer la coordination de tous les processus à mettre en place avec le personnel infirmier du CHSLD et le personnel déployé par le COMTL. D'ailleurs, les modalités relatives aux horaires de travail standardisés ont été mises en place, étant donné la non-fiabilité des horaires fournis par les gestionnaires du CHSLD.

Le suivi des consignes de santé publique a aussi permis de clarifier auprès des employés les modalités relatives au dépistage ou à l'isolement des personnes ayant été en contact avec la COVID-19 ou présentant des symptômes y afférents. Dans ce contexte, la gestion des horaires de travail et la présence en nombre suffisant de personnel en soins infirmiers ont soutenu le retour d'un fonctionnement plus normalisé. Ces problématiques de gestion de personnel étaient au cœur de la situation chaotique vécue au CHSLD Herron à la fin mars, lors de l'éclosion.

Des travaux ont été entrepris par le CIUSSS afin de délimiter les zones chaudes et froides. Des affiches en PCI ont été déployées afin que le personnel et les médecins respectent les zones. Des audits sur le lavage des mains et le respect des zones ont été effectués. Les bonnes pratiques en hygiène et salubrité ont été introduites.

Parallèlement, l'organisation des soins a fait l'objet de travaux importants. Plusieurs outils de standardisation des pratiques ont été introduits auprès des équipes de soins infirmiers, notamment :

- Procédure d'admission;
- Plan de soins et plan de travail;
- Feuilles de surveillance et de traitement pour suivi étroit de chaque résident;
- Notes/documentation au dossier pour chaque résident à chaque quart de travail;
- Nouvelle procédure de déclaration des incidents et accidents AH-223 et compilation des rapports;
- Décompte des narcotiques selon les lois et règlements en vigueur.

Des formations ont été données sur la gestion des plaies (suivi, traitement, documentation) par une conseillère en soins infirmiers du COMTL. Des ergothérapeutes et physiothérapeutes ont aussi été ajoutés en soutien à l'équipe de soins infirmiers. Des mécanismes de communication interdisciplinaire ont été déployés.

Il faut ajouter aussi le travail colossal de révision de la médication de tous les résidents par le département de pharmacie. D'énormes quantités de médicaments ont dû être jetées pour toutes sortes de raisons aussi préoccupantes les unes que les autres.

Le CIUSSS a donc investi temps et ressources en vue de mettre en place une organisation clinique permettant d'assurer des soins sécuritaires, dans un milieu jusque-là non adapté aux soins requis par des résidents en lourde perte d'autonomie.

9

Conclusion spécifique au CHSLD Herron

L'analyse des pratiques cliniques et de gestion avant la pandémie a permis de constater lors de l'enquête que ce qui est survenu à la fin mars 2020 au CHSLD Herron peut être qualifié de catastrophe annoncée. Les lacunes importantes observées avant la pandémie ont eu des répercussions incontrôlables lors de l'éclosion de la fin mars 2020. Ces déficiences et leurs conséquences sur la sécurité et la qualité des soins se regroupent dans cinq grandes problématiques:

- Méconnaissance des exploitants à l'égard des lois et règlements et de leurs obligations entourant la gestion d'un CHSLD;
- Absence de gouvernance en soins infirmiers pour soutenir la pratique des membres de l'équipe de soins;
- Manque de personnel expérimenté et en nombre suffisant pour répondre aux besoins de la clientèle en lourde perte d'autonomie;
- Médecins en petit nombre et laissés à eux-mêmes, sans soutien d'un groupe de médecins pour assurer une relève au moment opportun;
- Manque chronique d'équipements, de matériel et de fournitures de soins répondant aux normes requises, dont les EPI.

Bien qu'il soit annoncé que le CHSLD Herron cessera ses activités, le comité d'enquête formule des recommandations afin d'éviter qu'une situation semblable se présente à nouveau dans d'autres CHSLD privés.

10

Recommandations spécifiques à la situation du CHSLD Herron

Le comité d'enquête recommande que l'OIIQ, l'OIIAQ et le CMQ :

1. Incluent à leur programme annuel d'inspection professionnelle respectif **une plus grande proportion de membres qui exercent en CHSLD privés**;
2. **Fassent la promotion du partage inter-ordres des renseignements pertinents** qui se rapportent à des activités professionnelles, lorsque des lacunes organisationnelles, matérielles ou systémiques sont identifiées dans des milieux, en vertu de l'article 108.10 du *Code des professions*;
3. **Collaborent avec le MSSS à l'actualisation d'un projet sociétal sur la révision du continuum de soins et services aux aînés.**

Gouvernance en soins infirmiers

Le comité d'enquête recommande que le MSSS :

4. **Mette en place les mécanismes réglementaires requis pour assurer le respect de la LSSSS** eu égard à la présence obligatoire d'une directrice des soins infirmiers en CHSLD privé non conventionné;
5. **S'assure qu'une gouvernance en soins infirmiers soit en place selon les mêmes exigences que dans les CHSLD publics.**

Personnel formé, expérimenté et en nombre suffisant

Le comité d'enquête recommande que le MSSS :

6. **Exige des promoteurs un plan d'effectif infirmier équilibré**, qui rend disponibles des infirmières avec une formation de baccalauréat en sciences infirmières et mette en place les processus de suivi de cette recommandation par les CISSS et les CIUSSS;
7. **Rende obligatoire la formation de préposé aux bénéficiaires pour exercer en CHSLD privé non conventionné** et mette en place les moyens nécessaires pour encadrer la formation, le maintien des connaissances et les activités des préposés qui exercent auprès des personnes en soins de longue durée.

Le comité d'enquête recommande que le COMTL mandataire¹⁶ du CHSLD Herron :

8. **Poursuive le soutien clinique au personnel mis en place au CHSLD Herron** depuis avril 2020, en ce qui concerne les soins spécifiques à la clientèle gériatrique et en soins de longue durée;
9. **S'assure que les effectifs infirmiers sont ajustés** en fonction des besoins de la clientèle;
10. **Prene les moyens nécessaires pour que les membres de l'équipe de soins exercent pleinement leur rôle** afin de permettre à la clientèle de bénéficier de leurs compétences et expertises respectives;
11. **Poursuive les efforts de mise en place des pratiques reconnues efficaces en matière de gestion des horaires de travail** et des processus de remplacement lors de l'absence d'un employé.

Le comité d'enquête recommande que les syndicats de l'OIIQ et de l'OIIAQ :

12. **Prennent les moyens nécessaires visant à mettre en garde les infirmières et les infirmières auxiliaires novices** du risque associé à la pratique clinique dans un secteur privé dépourvu d'encadrement en soins infirmiers;
13. **Émettent un avis aux établissements d'enseignement** qui offrent un programme de formation menant à un permis d'exercice d'infirmière et d'infirmière auxiliaire visant à mettre en garde les étudiantes sur la pratique dans un secteur privé dépourvu d'encadrement en soins infirmiers et à sensibiliser les étudiantes sur les lieux d'exercice permis en tant que CEPI ou CEPIA.

¹⁶ Depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance de gestion émise en avril 2020 par la directrice régionale de santé publique de Montréal.

Soutien et mécanismes de collaboration pour les médecins

Le comité d'enquête recommande que les différentes parties prenantes concernées par chaque énoncé, notamment la FMOQ, le MSSS et les établissements :

14. **Mettent en place les mécanismes pour identifier les CHSLD qui sont à risque de rupture de l'offre de services médicaux;**
15. **Prendent les moyens nécessaires pour valoriser la pratique médicale en CHSLD;** notamment au niveau des conditions de pratique;
16. **Mettent en place une communauté de pratique formelle** permettant le transfert de connaissances en gériatrie active et en soins de longue durée.

Lois, règlements et obligations des exploitants entourant la gestion des CHSLD

Le comité d'enquête recommande que le MSSS :

17. **Revoit les règles entourant la délivrance de permis pour l'exploitation d'un CHSLD privé** afin de s'assurer que les gestionnaires détiennent les compétences requises pour administrer ce type d'établissement;
18. **Prend les mesures nécessaires pour veiller à l'application de ces nouvelles règles;**
19. **Développe un référentiel de compétences spécifiques aux gestionnaires en CHSLD,** qu'il soit public ou privé;
20. **Confie la responsabilité du traitement des plaintes des CHSLD privés aux Commissaires aux plaintes et à la qualité des CISSS et des CIUSSS du territoire concerné.**

Leviers légaux permettant aux CISSS et aux CIUSSS d'assurer le contrôle de la qualité dans les CHSLD

Le comité d'enquête recommande que le MSSS :

21. **Prévoit les leviers légaux pour que les CISSS et les CIUSSS puissent intervenir efficacement et assumer pleinement leurs responsabilités** à l'égard des CHSLD privés de leur territoire, notamment lorsque des manquements importants sont observés dans ces établissements;
22. **Mette en place des corridors de services officiels et fonctionnels** entre les CHSLD privés et les CISSS et les CIUSSS du territoire. Ces corridors de services doivent permettre ce qui suit:
 - Encadrer le soutien effectué par les conseillères en soins infirmiers et en PCI;
 - Partager des outils cliniques et des outils de suivi des indicateurs sensibles aux soins infirmiers;
 - Encadrer et soutenir la pratique médicale;
 - Avoir accès à la formation continue et au développement des compétences en gériatrie, notamment: démences, usage optimal des médicaments, soins de fin de vie, etc.;
 - Accéder à l'expertise des équipes interdisciplinaires spécialisées (SCPD, plaies, etc.);
 - Accéder à l'expertise en approvisionnement de fournitures et d'équipements médicaux.

S'il est impossible de mettre en place les recommandations précédentes :

23. **Considère sérieusement le retrait des permis octroyés aux CHSLD privés non conventionnés et de les intégrer dans le groupe des CHSLD privés conventionnés** après une évaluation exhaustive de la qualité de l'offre de services globale dispensée dans chacune de ces installations.

PARTIE III —
RAPPORT D'ENQUÊTE
INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE GÉRIATRIE DE
MONTREAL (IUGM)

11

Description de l'établissement

En 1978, après l'achat par le gouvernement du Québec d'un établissement fédéral, le Queen Mary Veteran's Hospital, le Centre hospitalier Côte-des-Neiges est créé et devient un centre spécialisé en gériatrie et en gérontologie. Le pavillon Alfred-Desrochers est inauguré en 1982. En 1983, le centre est affilié à l'Université de Montréal et obtient, en 1997, un statut d'institut et devient l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). En 2015, lors de l'implantation 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*, l'IUGM est fusionné à plusieurs autres établissements et fait désormais partie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Sa gestion est assurée par la direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) qui est mandataire de tout le continuum de soins et services aux personnes âgées du CIUSSS. Ce programme compte 3 204 lits (de longue durée, de soins postaigus, de réadaptation fonctionnelle intensive, de soins palliatifs et en ressources intermédiaires).

L'IUGM est un pôle de référence et d'innovation sur le vieillissement et réalise sa mission universitaire notamment selon les grands axes suivants: la recherche, l'enseignement, le transfert des connaissances, les pratiques avancées et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention. Il offre des programmes de soins et de services de courte et de longue durée aux personnes âgées. Son offre de services est répartie dans plusieurs secteurs d'activités:

- Hébergement et soins de longue durée
- Unité de courte durée gériatrique
- Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
- Programme de soins postaigus
- Centre ambulatoire gériatrique
- Hôpital de jour
- Centre de jour
- Cliniques externes spécialisées

Au total, les 393 lits de courte et de longue durée sont répartis sur deux sites, soit les pavillons Alfred-Desrochers (PAD) et Côte-des-Neiges (PCN). Les tableaux suivants présentent la répartition de la clientèle par unité de soins. Des gestionnaires de proximité, majoritairement des infirmières, sont assignés aux unités de soins.

Tableau 1: Pavillon Alfred-Desrochers-Répartition des résidents par unité de soins (Soins de longue durée-hébergement)

Unités	Type de clientèle	Nombre de lits	Gestionnaire
RC	Perte d'autonomie avec démence	23	Infirmière
2 ^e étage	Perte d'autonomie avec démence-SCPD légers	34	Infirmière
3 ^e étage	Perte d'autonomie avec démence-SCPD (errance et agitation)	34	Infirmière
4 ^e étage	Perte d'autonomie avec démence-SCPD légers	34	Infirmière
		Total : 125	

Tableau 2: Pavillon Côte-des-Neiges-Répartition des résidents/usagers par unité de soins

Unités	Type de clientèle	Nombre de lits	Gestionnaire
Soins postaigus	Réadaptation modérée et progressive	43	Infirmière
UCDG	Hospitalisation brève, contexte d'évaluation	28	Infirmière
URFI	Réadaptation fonctionnelle intensive ou réadaptation post-AVC	45	Ergothérapeute
1 ^{er} est et ouest Rez-de-chaussée ouest	Perte d'autonomie	78	Infirmière
3 ^e est et ouest	Perte d'autonomie avec errance	74	Infirmière
		Total : 268	

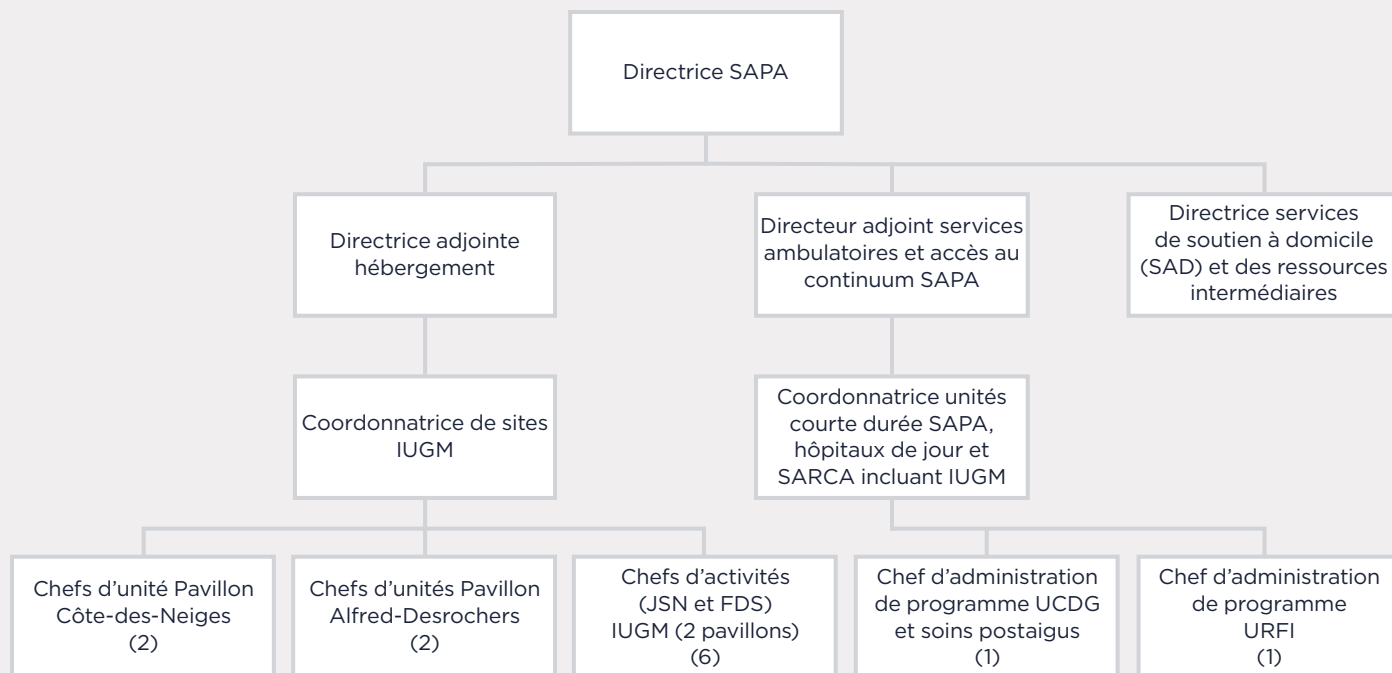
12

Structure organisationnelle

12.1 Organisation de gestion

La direction SAPA du CCSMTL relève du président-directeur général adjoint (PDGA), programmes sociaux et de réadaptation. La direction SAPA assume une cogestion de ses différents programmes ou secteurs d'activités avec ses partenaires médicaux. Afin de mener à bien sa mission, la direction est divisée en trois directions adjointes. La direction adjointe du soutien à domicile (SAD) et des ressources intermédiaires n'est pas impliquée dans la présente enquête. Les deux directions adjointes impliquées sont celles qui contribuent à la prestation de soins et services dans les deux pavillons de l'IUGM.

Figure 1: Organigramme SAPA (IUGM)



La structure d'encadrement de l'IUGM soutient son offre de services gériatriques variés. Pour ce faire, en mars et avril 2020, une coordonnatrice était responsable de la gestion des deux sites de l'IUGM et quatre chefs d'unités, pour la plupart des infirmières, se partageaient la responsabilité de huit unités de soins de longue durée. D'autre part, deux chefs d'administration de programme étaient responsables de la gestion des unités de courte durée: soins postaigus, unité de courte durée gériatrique (UCDG) et unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Des chefs d'activités (six infirmières et infirmiers) assurent une présence le soir, la nuit et les fins de semaine pour coordonner les activités des deux sites et soutenir les équipes en soins de courte et de longue durée.

12.2 Compétences de gestion et connaissances des besoins des clientèles

Les cadres supérieurs et intermédiaires de l'IUGM sont des professionnels de la santé membres de leur ordre professionnel. Ce sont en majorité des infirmières et des professionnels en réadaptation dont plusieurs sont détenteurs de diplômes de deuxième cycle. Ils ont l'expérience nécessaire dans le domaine de la gériatrie et des soins de longue durée pour gérer des équipes de soins et décider avec elles des processus de prestation de soins à offrir à des personnes âgées qui présentent des problèmes de santé complexes et évolutifs. Ils ont accès à l'expertise de différents spécialistes dont des médecins gériatres et gérontopsychiatres, à des conseillères en soins spécialisés et en prévention et contrôle des infections ainsi qu'à des spécialistes en activités cliniques multidisciplinaires.

Le mécanisme d'accès à l'hébergement est sous la responsabilité de la direction adjointe services ambulatoires et accès au continuum SAPA. Il vise à assurer qu'un usager adulte en perte d'autonomie qui requiert des soins de longue durée soit hébergé dans un milieu qui répond à ses besoins. L'adéquation entre les besoins de la personne âgée et l'environnement dans lequel elle recevra les soins requis par sa situation de santé est évaluée rigoureusement à l'aide d'outils d'évaluation standardisés.

12.3 Gouvernance en soins infirmiers

Le directeur des soins infirmiers (DSI) assume les responsabilités qui lui sont confiées en vertu des articles 207, 207.1 et 208 de la LSSSS. La direction des soins infirmiers du CCSMTL est impliquée à l'IUGM dans son rôle transversal lié à la qualité des pratiques professionnelles et au développement des compétences en soins infirmiers et en soins d'assistance. Elle est aussi responsable du groupe de conseillères en PCI. À l'instar de plusieurs autres établissements de santé du Québec, la direction des soins infirmiers fait face à un taux de roulement élevé et à de nombreuses absences à long terme (congé de maternité, maladie) des conseillères en soins infirmiers, des conseillères cadres et des conseillères en PCI. Actuellement, deux conseillères cadres en soins infirmiers (formation de maîtrise) et cinq conseillères en soins infirmiers (bachelières) se partagent les 17 CHSLD de la direction SAPA, y compris l'IUGM.

Avant la pandémie, seulement une conseillère cadre en soins infirmiers et une conseillère en PCI étaient impliquées à l'IUGM. Il a été précisé à plusieurs reprises lors des entrevues que la création du CCSMTL a eu un impact négatif sur le développement des pratiques cliniques en soins infirmiers gériatriques à l'IUGM. En effet, avant la création du CIUSSS, deux conseillères cadres et deux conseillères en PCI soutenaient le développement des pratiques cliniques et de PCI à l'IUGM depuis de nombreuses années. Dans le cadre du mandat d'un institut, cette diminution importante d'accès à l'expertise clinique est considérée, par les gestionnaires et le personnel infirmier exerçant auprès des résidents, comme une grande perte pour le développement des pratiques cliniques et la pratique infirmière avancée.

Par ailleurs, tous les mécanismes et outils de soutien à la pratique en soins infirmiers sont élaborés par l'équipe de conseillères de la DSI. Leurs travaux sont basés sur les meilleures pratiques¹⁷.

¹⁷ Correspond à une pratique basée sur les données probantes (PBDP). La pratique basée sur les données probantes associe les meilleures données scientifiques à l'expertise clinique du professionnel et aux choix du patient (Sackett et al., 2000, cité dans Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2017, glossaire).

13

Mécanismes de soutien à la pratique

13.1 Programme d'intégration des membres du personnel

Le soutien clinique est offert selon différentes modalités par la DSI ou la direction SAPA. Par exemple, les programmes d'intégration/orientation sous la responsabilité de la DSI, en étroite collaboration avec la direction SAPA, préparent les personnes nouvellement embauchées et assurent leur soutien clinique par du préceptorat effectué par une conseillère en soins infirmiers et des infirmières des unités de soins. Étant donné l'embauche régulière de nouvelles infirmières et infirmières auxiliaires, le tronc commun de formation spécifique à l'hébergement, d'une durée de trois jours, est dispensé chaque mois. Ce contenu a d'ailleurs été ajusté en y intégrant les particularités relatives à la COVID-19 à partir du 8 avril 2020.

Les préposés aux bénéficiaires reçoivent un programme d'intégration/orientation à l'embauche sous forme de tronc commun de quatre jours théoriques autant pour la courte que pour la longue durée. Les nouveaux préposés sont jumelés et stabilisés de jour pendant la période de probation. Des préposés «coach», encadrés par une conseillère en soins infirmiers de la DSI et responsable du préceptorat, assurent le suivi de l'intégration des nouveaux préposés.

13.2 Formation continue

Selon le plan annuel de développement des ressources humaines (PDRH), plusieurs formations sont disponibles pour les équipes soignantes de l'IUGM. D'ailleurs, à partir de novembre 2019 jusqu'à la mi-avril 2020, des formations d'une durée de 30 minutes à 7 heures ont été données aux infirmières et aux infirmières auxiliaires. En novembre 2019, des capsules de formation ont été présentées aux infirmières des deux pavillons au sujet des niveaux d'intervention médicale (NIM) et de la réanimation cardiorespiratoire. À cela se sont ajoutées notamment, au début d'avril, des capsules de formation sur la détresse respiratoire en contexte de COVID-19 pour les infirmières. En PCI, des séances d'information ont été offertes à tout le personnel de l'IUGM ainsi que des formations relatives au port adéquat des EPI.

13.3 Soutien clinique spécialisé

Du soutien clinique spécialisé est aussi offert par des équipes interdisciplinaires lors de situations de soins plus complexes. Par exemple, une équipe interdisciplinaire ambulatoire dédiée aux personnes âgées qui présentent des SCPD peut être consultée lors de cas complexes. Cette équipe a comme mandat de soutenir les équipes de soins et les familles en élaborant un plan d'intervention individualisé non pharmacologique, environnemental et pharmacologique. Elle offre aussi du coaching clinique pour faciliter la mise en œuvre du plan d'intervention. Des équipes spécialisées sont aussi disponibles en cas de plaies complexes, de chutes et d'utilisation des mesures de contrôle et de contention. Toutefois, il faut considérer le fait que, malgré le bien-fondé de l'intervention de toutes ces équipes, elle peut nuire à l'expression du leadership infirmier. En effet, il peut arriver que des infirmières soient enclines à s'y référer rapidement, sans procéder à une évaluation approfondie de la situation et sans mettre en place des interventions préventives de manière autonome.

13.4 Outils cliniques et d'encadrement des soins infirmiers

Les infirmières et infirmières auxiliaires de l'IUGM disposent d'un accès à l'intranet du CCSMTL afin de consulter les différents outils cliniques tels que les MSI du CESS, le compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS), etc. Les outils d'encadrement de soins infirmiers tels que les RSI et les ordonnances collectives sont aussi disponibles sur l'intranet et soutiennent la prise de décision des infirmières selon leur évaluation de l'état de santé des résidents ou usagers. En plus, certains algorithmes décisionnels sont disponibles pour permettre à l'infirmière de valider rapidement la pertinence d'utiliser certaines ordonnances collectives dans un contexte d'urgence. Les infirmières et les infirmières auxiliaires ont donc accès à tous les outils de référence clinique adéquats, pour permettre une prestation sécuritaire des soins infirmiers notamment pour les situations jugées à risque: la détérioration de l'état de santé, les chutes, les mesures de contrôle et de contention, les plaies, les SCPD et les soins palliatifs et de fin de vie.

13.5 Prévention et contrôle des infections

Depuis la création du CCSMTL, les services de PCI ont connu une grande instabilité. Durant les mois précédant la pandémie, le comité de gouvernance en PCI n'était pas opérationnel. Rappelons que l'officier de PCI (médecin microbiologiste infectiologue) assure le leadership médical de ce domaine de spécialité. Il exerce une autorité fonctionnelle auprès des services médicaux et, dans le cas du premier officier, il est mandaté par la direction de l'établissement pour exercer une autorité hiérarchique d'exception lui permettant d'agir pour interrompre des activités pouvant mettre en danger la sécurité des personnes. C'est un rôle de premier plan durant une pandémie. Ce mandat s'exerce en partenariat avec l'infirmière gestionnaire du service de PCI¹⁸. Or, selon l'information obtenue lors d'entrevues avec des gestionnaires, l'absence d'officiers en PCI et, particulièrement, l'absence du «premier officier» ainsi que l'instabilité au poste d'infirmière gestionnaire de la PCI pour le CCSMTL, ont eu des effets négatifs sur les processus décisionnels requis en préparation et au tout début de la première vague de la pandémie. De plus, le manque important d'infirmières conseillères en PCI a aussi été reconnu comme étant problématique. En effet, pour 17 sites, soit 2 736 résidents permanents en CHSLD y compris l'IUGM, seulement deux infirmières conseillères en PCI étaient disponibles, alors que le ratio faisant l'objet d'un indicateur de gestion par le MSSS est d'un équivalent temps complet (ETC) pour 250 résidents en CHSLD¹⁹. C'est donc un écart de près de 11 postes à temps complet. Néanmoins, un microbiologiste infectiologue assurait du soutien clinique à ces conseillères lorsque requis.

Depuis plusieurs mois, une infirmière conseillère en PCI était dédiée à l'IUGM. Elle s'assurait du fonctionnement du comité local en PCI et assumait ses rôles et responsabilités en partenariat avec le comité de coordination de site qui implique les chefs d'unités de soins, l'hygiène-salubrité, les services techniques et le service de sécurité.

Le programme de PCI, les règles à suivre et les affiches à utiliser lors de divers types d'écllosion étaient disponibles à tous les intervenants de l'IUGM bien avant l'écllosion de mars 2020.

13.5.1 Hygiène-salubrité

Le service d'hygiène-salubrité de l'IUGM est bien organisé et répond aux normes. Les équipes sont engagées et collaborent très bien avec les équipes soignantes. Le service fonctionne à l'aide d'un logiciel maison qui permet de déterminer rapidement les besoins de désinfection et de prioriser les demandes urgentes en cas d'écllosion. Des formateurs soutiennent les équipes d'hygiène-salubrité et assurent le suivi d'audits de qualité. Neuf modules de formation sont aussi disponibles aux équipes de façon continue. La conseillère en PCI et le chef d'hygiène-salubrité travaillent en étroite collaboration et sont très soucieux des processus d'amélioration continue de la qualité, en plus d'y être très impliqués.

La vétusté des installations est un obstacle à ne pas négliger. Construits depuis de nombreuses années, ces établissements n'ont pas été conçus physiquement pour faciliter les pratiques de PCI et d'hygiène-salubrité requises pour empêcher la propagation des infections, puisqu'elles comportent des chambres doubles, voire triples, et des salles de bains communes.¹

13.6 Soutien clinique des autres professionnels

Étant donné sa mission universitaire, de nombreux professionnels sont impliqués à l'IUGM dans différentes unités de soins et dans les services ambulatoires. Outre les infirmières, infirmières auxiliaires et médecins, des audiologistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, neuro-psychologues, nutritionnistes, orthophonistes, pharmaciens, psychologues et travailleurs sociaux sont impliqués auprès de la clientèle. Le travail interdisciplinaire est une pratique intégrée qui répond aux besoins évolutifs des résidents et usagers. Les plans d'intervention interdisciplinaire sont déterminés. L'IUGM accueille des résidents en médecine et des stagiaires dans diverses disciplines, dont les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

¹⁸ MSSS, 2017.

¹⁹ *Ibid.*, p. 124.

14

Ressources humaines en soins infirmiers et d'assistance

Selon les informations obtenues lors de l'enquête, 79 infirmières exerçaient à l'IUGM. De ce nombre, 11 (14 %) détenaient une formation initiale de baccalauréat en sciences infirmières. Fait intéressant, parmi celles qui étaient détentrices d'un DEC, plus de la moitié avaient poursuivi et complété des études universitaires après leur formation initiale. La majorité des infirmières détenaient un permis d'exercice depuis six ans et plus. La moyenne d'expérience de travail à l'IUGM était de 11 ans et 45 % de l'effectif infirmier exerçait dans cet établissement depuis plus de dix ans. Ainsi, une bonne proportion des infirmières détenait une expérience clinique de plusieurs années dans le milieu.

Cent quatorze infirmières auxiliaires exerçaient à l'IUGM, dont 11% détenaient leur permis d'exercice depuis moins de cinq ans. La majorité travaillait au CHSLD depuis plus de dix ans. Ainsi, la plupart des infirmières auxiliaires avaient une expérience clinique du milieu. Quant aux préposés aux bénéficiaires, un bon nombre étaient à l'emploi de l'établissement depuis plusieurs années.

Avant la fusion de 2015, l'IUGM était très autonome en ce qui concerne la main-d'œuvre en soins infirmiers et ne vivait pas de pénurie. Lors des entrevues, plusieurs membres du personnel ont confié avoir vécu un grand deuil à la suite de la fusion avec le CCSMTL. Selon eux, l'IUGM était un fleuron en soins gériatriques au Québec avant la fusion, mais celle-ci a fait éclater le sentiment d'appartenance à cet établissement de haut niveau d'expertise en matière de soins à la personne âgée. L'agilité et la proximité de la prise de décision clinique ou administrative lors de problématiques particulières ont alors été occultées, ce qui a eu un impact sur la mobilisation des équipes. Conséquemment, plusieurs personnes ont quitté l'IUGM devant une augmentation substantielle des opportunités dans tous les autres sites du CCSMTL.

L'IUGM n'échappe pas à la problématique de manque de main-d'œuvre en soins infirmiers et d'assistance. Pour la direction SAPA en général et pour l'IUGM en particulier, des travaux ont été effectués afin de pourvoir de nombreux postes vacants et de permettre une stabilité des équipes de soins. Toutefois, les effectifs de base n'étant pas comblés, il demeurerait difficile, même avant la pandémie, d'assurer la stabilité des équipes de soins.

D'ailleurs, de nombreuses lacunes ont été notées en lien avec les remplacements ponctuels par la liste de rappel centralisée du CCSMTL (gestion des activités de remplacement). Les systèmes d'information n'étant pas intégrés, il est très difficile, voire impossible pour le personnel de la liste de rappel, de suivre la situation de la main-d'œuvre dans tous les sites.

Pour plusieurs gestionnaires des deux pavillons de l'IUGM, cet éloignement de la liste de rappel est un élément majeur de dysfonctionnement qui est associé à la méconnaissance du milieu et des compétences requises pour une prestation de soins de qualité selon l'unité où le remplacement est requis. Ainsi, la composition des équipes de base est acceptable dans la mesure où les remplacements ponctuels ou à long terme sont comblés par les bons professionnels afin d'éviter un contexte de pratiques cliniques qui pourraient devenir à risque, car, contrairement aux autres CHSLD du CCSMTL, l'IUGM est un milieu clinique où les médecins, résidents et stagiaires sont présents sur place de jour et de soir et interviennent à tout moment, ce qui ajoute un niveau supplémentaire à l'intensité de soins.

En plus des postes d'équipe volante qui couvrent les besoins de remplacement dans les deux installations, le recours occasionnel à la main-d'œuvre indépendante en provenance d'agences de placement est devenu nécessaire. Cette pratique n'était pas idéale, notamment en période de pandémie où la mobilité du personnel devrait être évitée. On constate néanmoins que les mêmes infirmières ont été sollicitées, ce qui favorise une certaine stabilité.

Par ailleurs, il arrive que des absences dans les équipes de soins ne soient pas remplacées, ou qu'elles le soient par un autre membre de l'équipe qui ne peut accomplir les tâches dévolues à ce titre d'emploi. Pour les infirmières, cette situation leur laissait peu de marge de manœuvre et il arrivait régulièrement qu'elles soient affectées à plusieurs tâches administratives au cours de leur quart de travail, ce qui leur laissait moins de temps pour se consacrer à leurs activités professionnelles.

15

Qualité des soins avant les éclosions

Même s'il est un fait que la documentation ne reflète pas toujours de manière fidèle l'exercice professionnel, la vérification de dossiers de résidents a tout de même permis de faire une appréciation générale de la qualité des soins prodigués avant et au début de la première vague de la pandémie.

La vérification de la pratique infirmière et de celle de l'infirmière auxiliaire a donc été effectuée selon leur champ d'exercice respectif et les activités réservées en relation avec des situations cliniques spécifiques aux soins de longue durée, jugées à risque de préjudice. Pour les besoins d'analyse, ils ont été ciblés par grands thèmes: la détérioration de l'état de santé, les chutes, les plaies, les mesures de contrôle et de contention, les SCPD, les soins palliatifs et de fin de vie.

De manière générale dans les trois mois précédant les éclosions, lors d'une détérioration de l'état de santé d'un résident, l'évaluation, la surveillance et les soins prodigués étaient relativement satisfaisants et sécuritaires. La pharmacovigilance était généralement assurée lorsque requise, quoiqu'elle soit moins rigoureuse à l'égard de la médication administrée pour contrer les SCPD.

Une RSI encadre la pratique clinique entourant les chutes. Néanmoins, la surveillance effectuée à la suite d'une chute n'était pas documentée pendant la période de 48 heures recommandée par la RSI. Cela constitue une pratique à risque, particulièrement lorsque l'examen clinique est partiel, comme l'ont démontré certains dossiers. Par ailleurs, la collaboration interdisciplinaire est bien intégrée pour mettre en œuvre des interventions visant à prévenir les chutes.

La pratique clinique à l'égard de la prévention et du traitement des plaies est également encadrée par une RSI et soutenue par plusieurs outils cliniques. Une approche interprofessionnelle était également instaurée pour prévenir les plaies et les traiter. Néanmoins, la documentation des soins infirmiers n'était pas optimale pour suivre l'évolution des plaies, pour communiquer les décisions infirmières et les éléments sur lesquels elles s'appuyaient. Parce que la détermination du plan de traitement lié aux plaies constitue une des activités réservées aux infirmières, la documentation devrait mieux refléter leur démarche de soins.

Comme le prévoit la LSSSS, un protocole d'application des mesures de contrôle et de contention est en vigueur. La décision, l'application et la surveillance d'une mesure de contrôle, de contention ou d'isolement sont bien encadrées par une RSI. Les vérifications démontrent des pratiques de soins qui respectent cette règle et, par conséquent, les orientations ministérielles sur les mesures de contrôle²⁰.

Plusieurs outils cliniques soutenaient les pratiques de soins en présence de SCPD. L'approche interprofessionnelle était favorisée par la mise en place d'une équipe de gestion des SCPD pour des situations plus complexes. Cependant, les vérifications démontrent que le leadership infirmier pourrait davantage s'affirmer pour une prise en charge plus optimale des SCPD. Ainsi, l'évaluation clinique effectuée dans le but d'identifier les causes pourrait être plus complète, de même que l'évaluation de l'efficacité des stratégies pharmacologiques et non pharmacologiques mises en place. Par conséquent, la contribution à l'évaluation par l'infirmière auxiliaire pourrait être rehaussée.

Une politique encadrerait la dispensation des soins de fin de vie aux résidents et à leurs proches. Son application avant l'éclosion n'a pu être vérifiée à partir des dossiers cliniques reçus.

En somme, avant l'éclosion et les premiers cas de COVID-19 à l'IUGM, le contexte de soins mis en place permettait aux infirmières et aux infirmières auxiliaires de fournir une prestation de soins adéquate.

20 MSSS, 2002.

16

Préparation à la pandémie

Il n'y avait pas de plan formel de préparation à la pandémie en place avant la confirmation du premier cas au Pavillon Alfred-Desrochers. Les équipes ont dû faire preuve d'agilité pour mettre en place des mesures au fil de l'évolution de la situation. La création d'un circuit et de zones pour contrer la contamination, la mise en place de tables d'habillage-déshabillage pour le personnel, la création d'une équipe d'agents multiplicateurs pour l'utilisation adéquate des EPI et la création d'une unité COVID dans le centre de jour sont arrivés graduellement, au cours de la semaine suivant le début des éclosions.

16.1 Formation préparatoire à la pandémie

Aucune formation spécifique n'a été planifiée ni dispensée en prévision de la pandémie. Toutefois, une culture de formation continue était déjà bien ancrée à l'IUGM. La formation dispensée dans les mois précédant les éclosions était tout à fait pertinente pour les événements à venir, notamment les soins de fin de vie, le niveau d'intervention médicale (NIM) et la réanimation cardiorespiratoire. Le personnel était déjà mieux outillé pour faire face aux événements.

La capacité de l'IUGM en termes d'expertise et de ressources en place a permis de réagir promptement lors de l'apparition de cas symptomatiques pour offrir au personnel des capsules de formations pratiques relatives au port adéquat des EPI. Pour joindre rapidement un grand nombre de personnes, ces capsules ont été mises à la disposition du personnel sur les postes de travail informatiques.

16.2 Ressources matérielles

Aucune réserve d'EPI ou de matériel de dépistage n'avait été faite en prévision de la pandémie. La quantité d'EPI disponible était celle prévue pour faire face aux éclosions saisonnières habituelles. Fortuitement, des réserves de matériel entreposées depuis longtemps en prévision d'une éventuelle épidémie de SRAS ont été découvertes et ont pu servir d'appoint, lorsque le manque est devenu criant, mais ce n'était pas suffisant pour répondre aux besoins.

Comme ailleurs, l'approvisionnement en EPI est devenu critique et dépendait des décisions ministérielles. Certains gestionnaires ont fait preuve d'imagination et se sont procuré, dans les magasins à grande surface, des lunettes de protection et des imperméables en plastique en guise de blouses de protection. À leur grand désarroi, le manque de matériel a contraint les membres du personnel à enfreindre les normes reconnues en matière de PCI auxquelles ils avaient l'habitude d'adhérer.

16.3 Communications des directives émises par le MSSS

Des mécanismes de communication plutôt efficaces étaient déjà en place avant la pandémie. L'information disponible circulait correctement des directions vers le personnel. Chaque jour, sur tous les quarts de travail, le personnel était informé des dernières directives ministérielles par leurs chefs d'unités.

Toutefois, ces mécanismes ont été mis à très rude épreuve lorsque les directives ministérielles se sont multipliées, parfois changeantes au cours d'une même journée, et parfois même contradictoires, cela créant beaucoup d'incertitudes chez les équipes de soins. Il a aussi été fait mention qu'il est difficile pour un gestionnaire non infirmier d'interpréter et de transmettre efficacement aux équipes de soins les consignes à caractère clinique, ce qui crée ainsi de la confusion et de l'insatisfaction au sein des équipes. De ce fait, il serait privilégié que les gestionnaires soient infirmiers.

Une gestion serrée des EPI a été effectuée par les gestionnaires de proximité pour rationaliser leur utilisation par le personnel. Des directives strictes étaient émises à l'effet de ne pas porter de masque ou de ne pas changer de blouse au moment opportun. Ces directives allaient à l'encontre de la formation dispensée sur le port d'EPI et semaient beaucoup de confusion chez le personnel. Le manque d'EPI s'est révélé une source importante de stress pour le personnel et dans certains cas, de détresse. Contraints de travailler sans protection adéquate, les membres de l'équipe de soins ne se sont pas sentis soutenus par l'établissement et l'équipe de PCI, sans parler de l'inquiétude qu'ils avaient d'être eux-mêmes des vecteurs auprès de la clientèle et dans la communauté.

17

Qualité des soins pendant les éclosions

Les premiers cas symptomatiques à la COVID-19 sont apparus le 23 mars au Pavillon Alfred-Desrochers et le 28 mars à l'IUGM. Bien que des demandes de dépistage aient été faites immédiatement, des délais de quatre à cinq jours se sont écoulés avant d'obtenir des résultats, lesquels se sont avérés positifs. La vitesse de propagation était telle que le 4 avril, un total de 25 cas étaient confirmés. Ce nombre avait augmenté à 85 le 15 avril.

L'enquête démontre peu de variation dans les pratiques de soins pendant les éclosions. Les pratiques de soins déjà mises en place étaient bien intégrées. Le soutien des gestionnaires en soins infirmiers et le renfort obtenus ont permis de maintenir un niveau de prestation de soins très semblable à celui d'avant l'éclosion pour la majorité des situations cliniques.

Les soins auprès des résidents atteints de démence et présentant des comportements d'errance se sont complexifiés, puisqu'ils ne pouvaient se rappeler les règles de distanciation physique. Dans certains cas, le recours à des mesures de contrôle et de contention a été nécessaire. Néanmoins, leur application s'est faite en respectant les balises prévues.

Par ailleurs, les dossiers témoignent des évaluations réalisées et de la surveillance clinique des résidents en fin de vie. Les équipes de soins ont veillé à ce que les étapes liées à la fin de vie se déroulent dans le respect et la dignité. Des mesures ont été prises pour assurer le confort et le bien-être des résidents, y compris la mise en œuvre des stratégies visant à contrôler la douleur et la détresse respiratoire. Lors des entrevues, il a été signalé que les résidents en fin de vie ont été accompagnés d'un membre du personnel dans les derniers moments. Il était alors interdit aux familles d'être présentes au chevet de leur proche.

Plusieurs employés délestés et des médecins ne pouvant être présents auprès des résidents ont assuré des communications soutenues auprès des familles.

Les NIM ont été révisés selon les consignes ministérielles. Les communications entre les résidents/usagers et leurs proches ont aussi été favorisées par l'utilisation de différentes technologies de communication.

Plusieurs membres du personnel ont fait part du malaise ressenti en réalisant que le résultat de la révision des NIM était la plupart du temps à la baisse. Dans une période d'aussi grande incertitude, où les restrictions de visites empêchaient les mandataires des résidents de constater par eux-mêmes l'état de santé de leur proche, nous concevons aisément que ces décisions étaient très difficiles à prendre, mais aussi difficiles à comprendre.

Finalement, malgré les circonstances exceptionnelles, la prestation de soins était adéquate en dépit de l'augmentation importante de l'intensité de soins requise par les résidents.

Les équipes de soins étaient en nombre réduit, puisque plusieurs membres du personnel ont dû s'absenter étant symptomatiques ou atteints de la COVID-19. Notons que le 15 avril, plusieurs employés étaient en arrêt de travail à la suite d'un dépistage positif à la COVID-19.

À partir du 4 avril, plus de 120 personnes ont été graduellement déployées soit pour venir soutenir les équipes de soins, offrir des soins directs à la clientèle et former une escouade EPI. Ces personnes provenaient de différents services ou établissements, notamment:

- Des professionnels délestés de certains secteurs d'activités de l'IUGM: équipe SCPD, cliniques externes, etc.;
- Des professionnels délestés de l'externe : GMF, centre de réadaptation en déficience physique et centre de réadaptation en dépendance;
- Du personnel en provenance de la banque de «Je contribue.com»;
- Des médecins omnipraticiens et spécialistes d'autres établissements;
- Une équipe d'employés du CHU Sainte Justine.

Les conseillères en soins infirmiers de la DSI du CCSMTL ont offert du soutien aux membres du personnel venu en renfort en leur dispensant de la formation adaptée à leurs besoins, particulièrement aux infirmières du CHU Sainte-Justine afin qu'elles puissent soutenir adéquatement les équipes de l'IUGM à l'évaluation de l'état de santé et aux soins des personnes âgées.

Un groupe de médecins, qui était en lien avec des experts internationaux assurant le suivi des connaissances médicales au sujet de la COVID-19, diffusait rapidement ces nouvelles connaissances aux médecins et autres professionnels de l'établissement.

18

Conclusion spécifique à l'IUGM

Malgré le contexte organisationnel favorable déjà en place avant la pandémie, la prestation adéquate de soins durant les éclosions, les renforts et tous les efforts fournis, force est de constater que cela n'aura malheureusement pas suffi à empêcher ce virus d'avoir un tel effet dévastateur durant la première vague de la pandémie.

La présente enquête a permis d'identifier certains éléments qui ont eu un impact sur la qualité des soins :

- Manque d'effectifs en PCI;
- Manque d'EPI;
- Manque d'effectifs et instabilité des ressources humaines en soins infirmiers et d'assistance;
- Mécanismes de communication difficiles lors des éclosions.

Le comité d'enquête a pu aussi constater la tristesse de nombreuses personnes face à des situations difficiles à vivre comme soignants. D'autre part, il a constaté une grande résilience dans les équipes qui se disent marquées par ce contexte pandémique et les décès de nombreux résidents.

Cependant, en dépit de toutes les difficultés rencontrées, les équipes étaient composées de professionnels formés et expérimentés, soutenues par du personnel d'encadrement et de soutien-conseil compétent. Elles ont ainsi pu faire face à cette crise et la contrôler au meilleur de leurs capacités. L'organisation et la prestation de soins infirmiers et de services médicaux étant basées, en temps normal, sur les bonnes pratiques, des ajustements et des solutions adaptées à la problématique complexe d'éclosion ont pu être mis en place efficacement et, au final, éviter de nouvelles éclosions et d'autres décès causés par la COVID-19.

19

Recommandations spécifiques à la situation de l'IUGM

Le comité d'enquête formule plusieurs recommandations, dans une perspective d'amélioration continue.

Équipe de prévention et contrôle des infections

Le comité d'enquête recommande que la présidente-directrice générale du CCSMTL :

24. Prenne les moyens nécessaires pour s'assurer **que le comité de gouvernance en PCI est opérationnel**;
25. **Mandate un premier officier en PCI** et s'assure du fonctionnement adéquat du comité de PCI de l'établissement ainsi que des comités locaux;
26. **S'assure d'un nombre suffisant d'infirmières conseillères en PCI** selon les ratios prévus par le MSSS, notamment en CHSLD.

Ressources humaines en soins infirmiers et d'assistance

Le comité d'enquête recommande que le directeur des soins infirmiers et la directrice du programme SAPA du CCSMTL :

27. **Prennent les moyens nécessaires afin d'assurer la stabilité des membres des équipes de soins**, notamment en poursuivant les efforts de dotation des postes vacants;
28. **Prennent les moyens nécessaires pour que les infirmières et les infirmières auxiliaires de l'IUGM puissent exercer pleinement leur champ d'exercice** pour permettre ainsi à la clientèle de bénéficier de leurs compétences et expertises;
29. **Augmentent le nombre de conseillères cadres en soins infirmiers gériatriques** afin de soutenir les équipes pour l'occupation optimale de leur champ d'exercice et de développer les compétences liées au leadership de l'infirmière dans l'équipe de soins.

Mécanismes de communication

Le comité d'enquête recommande que la directrice du programme SAPA du CCSMTL :

30. **Se dote de stratégies de communication efficaces entre les gestionnaires et les membres des équipes soignantes** pour assurer une transmission uniforme des informations et directives, notamment dans un contexte de pandémie;
31. **Privilégie que les gestionnaires de proximité dans les unités de soins de l'IUGM soient des membres de la profession infirmière.**

PARTIE IV —
CONCLUSION
GÉNÉRALE

La crise sanitaire a mis en lumière des lacunes observées et dénoncées depuis longtemps en CHSLD.

Plusieurs rapports d'organismes, avis ou énoncés de position d'ordres professionnels ont été transmis aux ministres des précédents gouvernements. Malheureusement, les recommandations de ces rapports et avis sont majoritairement restées lettre morte malgré le consensus qui s'en dégagait entre toutes les parties prenantes impliquées²¹.

Les résidents des CHSLD sont en majorité en perte d'autonomie sévère et très âgés, et présentent des problèmes de santé multiples et chroniques. Selon différentes sources, entre 69% et 87%²² d'entre eux ont de graves problèmes cognitifs. Leur parcours de fin de vie est ponctué d'épisodes d'instabilité, ce qui les place dans un état de grande vulnérabilité qui requiert des soins donnés par des professionnels compétents.

Il est donc incontournable de retrouver en CHSLD une équipe de soins infirmiers formée, expérimentée et en nombre suffisant pour répondre aux besoins spécifiques des résidents. La présence d'une équipe de gouvernance en soins infirmiers qui détient l'expertise et le leadership nécessaires contribue à la mise en œuvre de pratiques exemplaires, au soutien à la pratique clinique et à la formation continue. De plus, elle s'assure que l'organisation des ressources en soins infirmiers répond aux besoins des résidents et que l'organisation des soins et du travail, y compris la contribution du personnel de soutien, permet aux professionnels d'occuper pleinement leur champ d'exercice.

Par ailleurs, cette grande vulnérabilité des résidents nécessite, de façon tout aussi incontournable, la contribution de plusieurs professionnels avec des expertises diverses, notamment médecin de famille, gériatre, pharmacien, nutritionniste et professionnels de la réadaptation pour répondre aux besoins, dans une approche interdisciplinaire. D'ailleurs, le besoin de soutien et de mécanismes de collaboration efficaces entre médecins demeure un enjeu important en CHSLD. L'offre de services médicaux doit être en adéquation avec les besoins de la clientèle. Cet équilibre est précaire actuellement en soins de longue durée.

21 Voir annexe 1 : Liste des documents regroupant les actions recommandées aux instances gouvernementales pour améliorer la qualité des soins aux aînés.

22 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020, p. 29.

L'enquête démontre que la qualité des soins et les pratiques professionnelles des médecins, des infirmières et des infirmières auxiliaires sont impactées par la compétence des gestionnaires ou des exploitants. Ce sont eux qui détiennent les moyens de mettre en place un contexte favorable à la prestation de soins sécuritaires et de qualité. Bien entendu, faut-il d'abord leur en donner les moyens.

Étant donné que les soins aux personnes âgées se complexifient de plus en plus, nous redoutons que la situation dramatique qui a eu lieu au CHSLD Herron puisse se produire dans d'autres types de ressources privées qui n'ont pas une structure de soins et d'encadrement solides, notamment les RI et les RPA.

Les personnes hébergées en CHSLD sont en droit de recevoir des soins et services de qualité, de même que de mourir dans le respect et la dignité. Il est donc impératif que l'offre de services aux personnes âgées en perte d'autonomie soit réformée par le MSSS en collaboration avec tous les acteurs impliqués.

RÉFÉRENCES

LOIS ET RÈGLEMENTS

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, RLRQ, chapitre I-8, r. 9.

Code de déontologie des infirmiers et infirmières auxiliaires, RLRQ, chapitre C-26, r. 153.1.

Code des professions, RLRQ, chapitre C-26.

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, chapitre S-32.0001.

Loi médicale, RLRQ, chapitre M-9.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, RLRQ, chapitre O-7.2.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, chapitre I-8.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, chapitre S-4.2.

Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers, RLRQ, chapitre I-8, r. 2.

Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin, RLRQ, chapitre M-9, r. 20.3.

GUIDES D'EXERCICE

Collège des médecins du Québec. (2013). *L'évaluation de l'acte médical: guide d'exercice*. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>

Collège des médecins du Québec. (2015a). *Un nouveau guide d'exercice publié par le Collège des médecins: la pratique médicale en soins de longue durée*. Le Collège, 55(3), 7. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-5-2015-07-01-fr-ete-2015.pdf>

Collège des médecins du Québec. (2015b). *La pratique médicale en soins de longue durée: guide d'exercice*. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-pratique-medicale-en-soins-de-longue-duree.pdf>

Collège des médecins du Québec. (2015c). *Les soins médicaux dans les derniers jours de la vie: guide d'exercice*. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-05-01-fr-soins-medicaux-derniers-jours-de-la-vie.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2020a). *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire en centres d'hébergement et de soins de longue durée*. <https://www.oiaq.org/files/common/OIIAQ-2020-ACTIVITES-PROFESSIONNELLES-CHSLD-v7.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2020b). *L'exercice de l'infirmière auxiliaire en CHSLD*. https://www.oiaq.org/files/content/Profession/Developpement-de-la-profession/IA-EN-CHSLD/OIIAQ_2020_Lexercice-IIA_CHSLD_V3.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2020c). *Profil des compétences de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaires*. <https://www.oiaq.org/files/content/Public/Inspection-professionnelle/OIIAQ-2020-PROFIL-COMPETENCES-FR-FINAL.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2020d). *Rôle de l'infirmière auxiliaire dans la démarche de soins en CHSLD*. https://www.oiaq.org/files/content/Schema-Demarche-soins-CHSLD_VF.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers (3^e éd.)*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD): cadre de référence*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>

DOCUMENTS MINISTÉRIELS ET CADRES DE RÉFÉRENCE

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Conciliation_CHSLD_Etat_pratiques_2020.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). *Demande de permis pour l'exploitation d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé: guide d'information*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-834-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales: cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec (éd. rev.)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>

AUTRES

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *Outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/Outil-soutien-imp-meilleures-pratiques_trauma.pdf

Legendre, R. (éd.). (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (3^e éd.). Guérin.

ANNEXE 1

LISTE DES DOCUMENTS REGROUPANT LES ACTIONS RECOMMANDÉES AUX INSTANCES GOUVERNEMENTALES POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS CHEZ LES ÂÎNÉS

Commission de la santé et des services sociaux. (2016).

Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée: observations, conclusions et recommandations. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/csss/mandats/Mandat-32725/index.html>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018).

Engagements du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, 14-15 mai. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/engagements-du-forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, 17-18 novembre. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2020). *Prendre soin des aînés: une priorité au Québec: le rôle essentiel de l'infirmière auxiliaire par la reconnaissance de son plein champ d'exercice.* <https://www.oiiq.org/files/publication/Autres-publications/OIIAQ-MEMOIRE-DES-AINES.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2016). *Énoncé de position sur les soins et services aux personnes hébergées en CHSLD.* https://www.oiiq.org/files/content/2016_09_16_OIIAQ_enonce_position_CHSLD.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (avec 13 ordres professionnels et le Regroupement provincial des comités des usagers). (2016). *Énoncé de position interprofessionnel sur les soins et les services aux personnes hébergées CHSLD: leur donner des soins et services attentionnés.* https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5473_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (avec 14 ordres professionnels et le Regroupement provincial des comités des usagers). (2016). *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD: collaboration interprofessionnelle.* <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chsld-coll-inter-20170116.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Pour des mesures concrètes de bien-être dans les CHSLD et les résidences privées pour aînés.* https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3464_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Prestation sécuritaire des soins infirmiers: prise de position.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/5429-prise-position-prestation-securitaire.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD): mémoire.* https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3401_memoire-chsld.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014).

La gouvernance infirmière: condition du succès de la transformation du réseau: mémoire. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3428-gouvernance-infirmiere-memoire.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts: mémoire.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). *Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).* https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3401_memoire-chsld.pdf#page=30

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *Enquête sur la qualité des soins infirmiers au CHSLD Centre-Ville de Montréal: rapport du Comité d'enquête.* <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs60861>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). *L'exploitation des personnes âgées: mémoire présenté à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.* <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1564705>

ANNEXE 2

CHSLD Herron - Liste non nominative des personnes et groupes rencontrés

Bureau du coroner du Québec

Coroner en chef

CHSLD Herron

Directrice de l'exploitation, Groupe Katasa

Directeur exécutif, CHSLD Herron

Directrice des soins

Infirmières

Infirmières auxiliaires

Médecins omnipraticiens

Infirmière auxiliaire à l'emploi d'une agence de placement

Préposés aux bénéficiaires

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (COMTL)

Gestionnaires

Présidente-directrice générale

Directrice des soins infirmiers

Directeur adjoint au développement, à la surveillance de la pratique et aux services alternatifs à l'hospitalisation

Directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Directrice adjointe du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Directrice des services multidisciplinaires, qualité, performance et responsabilité populationnelle

Gestionnaires et personnel assignés au CHSLD Herron

Directeur des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Directrice adjointe responsabilité populationnelle et partenariats

Chef des archives

Chef hygiène-salubrité

Chef de la prévention et contrôle des infections

Chefs d'unité

Coordonnateurs

Gestionnaire de site

Infirmière auxiliaire - Je contribue

Infirmières - CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Infirmières - Je contribue

CISSS de la Montérégie-Ouest

Président-directeur général adjoint

Directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (contacts courriel)

ANNEXE 3

IUGM – LISTE NON NOMINATIVE DES PERSONNES ET GROUPES RENCONTRÉS

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL)

Directeur des services professionnels

Directeur des soins infirmiers

Directrice adjointe des soins infirmiers par intérim - Volet pratiques professionnelles

Directrice des services professionnels par intérim

Directrice du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Directrice adjointe de l'hébergement par intérim

Directeur adjoint des services ambulatoires et de l'accès au continuum SAPA

Président du CMDP

Présidente du Comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières (CECII)

Chef du département de médecine spécialisée

Chef intérimaire en prévention et contrôle des infections

Chefs d'activités (jour-soir-nuit)

Chefs d'administration de programme

Chefs d'unités des deux sites PCN et PAD

Conseillère en PCI

Chef hygiène-salubrité IUGM

Conseillères cadres en soins infirmiers

Coordonnatrice clinico-administrative, pratiques professionnelles

Coordonnatrice des unités de courte durée, Hôpitaux de jour et SARCA

Coordonnatrices de sites PCN et PAD

Gestionnaire Escouade ÉPI

Infirmières des deux sites PCN et PAD (jour-soir-nuit)

Infirmières auxiliaires des deux sites PGM et PAD (jour-soir-nuit)

Préposés aux bénéficiaires des deux sites PGM et PAD (jour-soir-nuit)

Syndicat des professionnelles en soins (membres de l'exécutif et représentant local)

JANVIER 2021

PUBLICATION CONJOINTE

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Bureau 3500
1250, boul. René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3B 0G2
Téléphone : 514 933-4441

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4
Téléphone : 514 935-2501

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC

Bureau 1115
3400, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3Z 3B8
Téléphone : 514 282-9511

Édition

Direction des communications
et des affaires publiques
Collège des médecins du Québec

Graphisme

Idéaliste

Dépôt légal

1^{er} trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN 978-2-924674-33-8

© Collège des médecins du Québec, 2021

Note

Dans cette publication, le masculin
est utilisé sans préjudice et seulement
pour faciliter la lecture.
