

**Synthèse du rapport de  
l'enquête administrative  
daté du 21 décembre 2020  
concernant les  
ressources intermédiaires**

**Manoir Liverpool**

**Manoir New Liverpool**



**Le 5 février 2021**

## Avant-propos

Dans le contexte de l'enquête administrative, beaucoup de gens ont eu le courage de venir à notre rencontre afin de nous exposer différents constats et problématiques présents au sein des trois ressources visées par l'enquête administrative. Ils l'ont fait en toute confiance et dans l'expectative d'une certaine confidentialité. Le rapport d'enquête reprend plusieurs des versions et verbatim obtenus auprès de ces différentes personnes. Bien que l'auteur d'un verbatim ne soit jamais identifié par son nom, nous avons craint qu'il puisse tout de même être identifié par certaines personnes (employé, résident, famille, propriétaire, etc.) qui gravitent ou ont gravité dans l'univers du Manoir Liverpool. En conséquence, afin de nous conformer à nos obligations légales visant à préserver la confidentialité, nous ne pouvions rendre accessibles les passages comportant les versions qu'ils nous ont données.

Nous avons aussi une préoccupation particulière pour les usagers qui, à leur tour, pourraient se reconnaître ou reconnaître d'autres résidents à travers les exemples donnés dans les différents témoignages. Au surplus, nous avons à leur égard l'obligation, en vertu de la *Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2)*, de préserver la confidentialité des renseignements les concernant.

C'est dans ce contexte que nous avons élaboré une synthèse du rapport d'enquête, laquelle contient notamment les constats auxquels en est arrivé l'enquêteur<sup>1</sup>. Cette façon de faire nous a permis de rencontrer à la fois nos obligations en regard de la confidentialité, mais aussi en regard de la transparence.

---

<sup>1</sup> À des fins de respect de la confidentialité, des passages ont été caviardés.

## Liste des sigles

|                            |   |
|----------------------------|---|
| AH-223                     | Rapport de déclaration d'incident ou d'accident – Formulaire N°AH-223-1   |
| ARIHQ                      | Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec   |
| ASSS                       | Auxiliaire aux services de santé et sociaux   |
| CHSLD                      | Centre d'hébergement et de soins de longue durée  |
| CISSS-CA                   | Centre intégré de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches   |
| CLSC                       | Centre local de services communautaires   |
| DI-TSA-DP                  | Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique   |
| DQEPE                      | Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique   |
| Entente nationale<br>ARIHQ | Entente nationale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec, le 7 juin 2018 |
| FADM                       | Feuille d'administration des médicaments  |
| IDC                        | Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance  |
| JotForm                    | Logiciel générateur de formulaires JotForm  |
| Loi 90                     | Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (LQ, 2002, c. 33)   |
| LSSSS                      | Loi sur les service de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2)   |
|                            | (RI )   |
| ML                         | Manoir Liverpool (RI Manoir Liverpool)  |
| MNL                        | Manoir New Liverpool (RI Manoir New Liverpool)  |
| MSSS                       | Ministère de la Santé et des Services sociaux   |
| PAB                        | Préposé aux bénéficiaires   |
| PAB Loi 90                 | Préposé aux bénéficiaires ayant reçu une formation conformément à la Loi 90   |
| PDSB                       | Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (formation sur l'aide aux transferts et déplacements des usagers)   |
| PowerBI                    | Solution d'intelligence d'affaires Microsoft Power BI   |
| PRN                        | Médicament prescrit « au besoin »   |
| RCR                        | Réanimation cardiorespiratoire  |
| RI                         | Ressource intermédiaire   |
| RLRQ                       | Recueil des lois et des règlements du Québec  |
| RPA                        | Résidence privée pour aînés   |
| RTF                        | Ressource de type familial  |
| SAPA                       | Soutien à l'autonomie des personnes âgées   |
| SIRTF                      | Système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial   |

## Table des matières

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | Présentation de l'installation .....   | 1  |
| 1.1.   | Ressource intermédiaire Manoir Liverpool .....   | 1  |
| 1.2.   | Ressource intermédiaire .....  | 1  |
| 1.3.   | Ressource intermédiaire Le Manoir New Liverpool .....  | 1  |
| 1.4.   | Résidence privée pour aînés .....  | 1  |
| 1.5.   | Démarches d'accompagnement .....   | 3  |
| 1.5.1. | Illustration des démarches d'accompagnement réalisées de 2016 à 2020 .....   | 4  |
| 1.5.2. | Une récurrence observée .....  | 5  |
| 2.     | Contexte de l'enquête administrative .....   | 8  |
| 2.1.   | Pouvoir d'enquête administrative de l'établissement .....  | 8  |
| 2.2.   | Mandat d'enquête administrative confié .....   | 8  |
| 2.3.   | Composition de l'équipe dédiée à l'enquête administrative et les collaborateurs .....  | 8  |
| 3.     | Déclenchement de l'enquête administrative .....  | 10 |
| 3.1.   | Avis d'enquête administrative .....  | 10 |
| 3.2.   | Suspension des placements d'usagers pendant l'enquête administrative .....   | 10 |
| 3.3.   | Retrait d'usagers dans le cadre de l'enquête administrative .....  | 10 |
| 4.     | Méthodologie .....   | 11 |
| 4.1.   | Les visites effectuées à l'amorce de l'enquête administrative .....  | 11 |
| 4.2.   | Les personnes rencontrées .....  | 11 |
| 4.2.1. | Nombre, dates et caractéristiques .....  | 11 |
| 4.3.   | Analyse documentaire .....   | 12 |
| 5.     | Allégations soutenues par Radio-Canada relatives aux soins et services dispensés aux usagers .....   | 13 |
| 5.1.   | Allégation 1 : Les plans de soins des résidents n'étaient pas tous suivis à la lettre .....  | 13 |
| 5.2.   | Allégation 2 : L'hygiène des résidents laissait à désirer, ils étaient souvent mal lavés, notamment, au niveau des parties génitales ..... | 14 |
| 5.3.   | Allégation 3 : Il pouvait s'écouler plusieurs jours sans qu'aucun bain ne soit donné aux résidents .....                                   | 16 |
| 5.4.   | Allégation 4 : Les deuxièmes bains payés n'étaient pas donnés .....  | 16 |
| 5.5.   | Allégation 5 : Un membre de la famille aidait à la distribution des repas, sinon les résidents mangeaient froid .....                      | 17 |
| 5.6.   | Allégation 6 : Des résidents étaient oubliés aux repas .....   | 17 |
| 5.7.   | Allégation 7 : Il n'y avait pas de nourriture supplémentaire pour les résidents ayant encore faim .....                                    | 18 |
| 5.8.   | Allégation 8 : Des sonnettes des résidents étaient ignorées et des téléphones mis hors d'usage .....                                       | 18 |
| 6.     | Allégations soutenues par Radio-Canada relatives à la sécurité et à la salubrité des lieux physiques .....                                 | 20 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 6.1.  | Allégation 9 : Les produits dangereux étaient mal sécurisés .....   | 20 |
| 6.2.  | Allégation 10 : Un membre de la famille devait laver le plancher de la chambre de sa mère pour le nettoyer et éliminer les odeurs, notamment, d'urine.....        | 20 |
| 7.    | Allégations soutenues par Radio-Canada relatives au personnel .....   | 22 |
| 7.1.  | Allégation 11 : Non-respect de la Loi 90 : administration des médicaments contraire à la Loi 90, des PAB administraient librement des opioïdes aux résidents..... | 22 |
| 7.2.  | Allégation 12 : La pénurie de personnel était criante .....   | 24 |
| 8.    | Allégations soutenues par Radio-Canada relatives aux visites d'inspection et aux AH-223 .....   | 26 |
| 8.1.  | Allégation 13 : Les efforts déployés avant une visite d'inspection étaient tels que ces visites n'étaient que mascarades.....                                     | 26 |
| 8.2.  | Allégation 14 : Des rapports d'incident ou d'accident (AH-223) étaient modifiés ou déchirés pour être recommencés de façon à éviter les enquêtes .....            | 27 |
| 9.    | Allégation soutenue par Radio-Canada relative à la dénonciation des faits.....  | 28 |
| 9.1.  | Allégation 15 : Des lacunes ont été dénoncées à la direction de la résidence et aux gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches .....                          | 28 |
| 10.   | Allégations supplémentaires adressées à l'équipe d'enquête administrative du CISSS de Chaudière-Appalaches.....   | 29 |
| 10.1. | Allégation 16 : La gestion de la médication était déficiente.....   | 29 |
| 10.2. | Allégation 17 : Une culture de bonne foi théorique était intégrée au sein de l'organisation .....   | 30 |
| 11.   | Observations relatives à la période de la pandémie de la COVID-19.....  | 31 |
| 12.   | Commentaires relatifs aux faits cliniques observés pendant l'enquête administrative .....   | 34 |
| 13.   | Conclusions de l'enquête administrative .....   | 35 |
|       | ANNEXE I – Procédure lors d'inspections du Manoir Liverpool.....  | 37 |
|       | ANNEXE 2 – Écarts observés en cours d'enquête administrative .....  | 39 |



## **1. Présentation de l'installation**

Le 450, rue de Saint-Romuald à Lévis loge les trois ressources intermédiaires (RI) faisant l'objet du présent rapport ainsi qu'une résidence privée pour aînés (RPA). Les ententes particulières des trois ressources intermédiaires ont été conclues entre le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches et [redacted]. Au total, l'offre de service de cette installation compte 128 unités dont 64 chambres publiques en RI et 64 chambres et logements privés en RPA.

### **1.1. Ressource intermédiaire Manoir Liverpool**

L'entente particulière de la RI Manoir Liverpool a pris effet le 22 septembre 2014. Cette entente a d'abord reconnu 32 places à la ressource lui permettant de recevoir les usagers que lui confie le CISSS de Chaudière-Appalaches. Le 1<sup>er</sup> avril 2015, un ajout de 10 places a été convenu par les parties portant ainsi la capacité totale reconnue à 42 places. La clientèle visée par l'entente est constituée d'usagers adultes présentant des difficultés inhérentes à la déficience physique, la santé physique ainsi qu'à la perte d'autonomie liée au vieillissement. D'une durée initiale de cinq ans, l'entente de la RI Manoir Liverpool est actuellement dans la période de renouvellement convenu qui s'étend du 22 septembre 2019 au 21 septembre 2024.

### **1.2. Ressource intermédiaire**

L'entente particulière de la RI [redacted] a pris effet le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Cette entente reconnaît 10 places dédiées à une clientèle adulte aux prises avec des difficultés liées à la déficience physique, à la santé physique et à la déficience intellectuelle à la condition, pour cette dernière, qu'il ne s'agisse point du diagnostic principal. Une des 10 places reconnues est réservée pour offrir un service de répit planifié. D'une durée initiale de cinq ans, l'entente de la RI [redacted] est actuellement dans la période de renouvellement convenue qui s'étend du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 31 août 2025.

### **1.3. Ressource intermédiaire Le Manoir New Liverpool**

Pour sa part, l'entente particulière de la RI Le Manoir New Liverpool a pris effet le 1<sup>er</sup> novembre 2017. Sont ainsi reconnues à la ressource, 12 places pour recevoir des adultes souffrant d'errance invasive avec des troubles de comportement tels que l'agressivité et les comportements d'opposition. La durée initiale de l'entente est de cinq ans et vise la période du 1<sup>er</sup> novembre 2017 au 31 octobre 2022.

### **1.4. Résidence privée pour aînés**

Les résidences privées pour aînés constituent un mode d'hébergement qui se distingue largement de celui des ressources intermédiaires, notamment quant aux types de clientèle à qui elles s'adressent, à la nature des services offerts et au cadre juridique par lequel elles sont régies. Le Manoir Liverpool a obtenu, le 15 septembre 2014, une attestation temporaire de conformité<sup>2</sup> lui permettant d'exploiter ses unités locatives (logements et chambres) jusqu'à l'obtention d'un certificat de conformité. Les logements en location de la RPA du Manoir Liverpool se trouvent au quatrième étage du bâtiment alors que les chambres sont dispersées sur les autres étages. Ainsi, qu'il s'agisse d'une chambre privée RPA ou d'une place reconnue RI, c'est le même personnel qui intervient auprès des résidents et des usagers compte tenu de l'aménagement des espaces retenu par [redacted].

---

<sup>2</sup> Selon le Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés (RLRQ, c. S-4.2, r. 0.01).

## 1.5. Démarches d'accompagnement

En raison de lacunes significatives observées dans la dispensation des services de soutien ou d'assistance communs<sup>3</sup> et particuliers rendus aux usagers, de nombreuses interventions d'accompagnement ont été réalisées par le CISSS de Chaudière-Appalaches auprès des RI du 450, rue de Saint-Romuald entre 2016 et 2020. Par ailleurs, la ressource a elle-même produit, en 2019, deux plans d'action en réponse à certains écarts de qualité qui lui avaient été adressés par l'établissement.

Il importe d'indiquer que ces démarches d'accompagnement visant l'amélioration des services sont en sus du travail de soutien et de suivi effectué par les différents professionnels du CISSS de Chaudière-Appalaches dans le cours normal de leur fonction respective auprès des usagers et des trois ressources.

Ainsi, ont été réalisés :

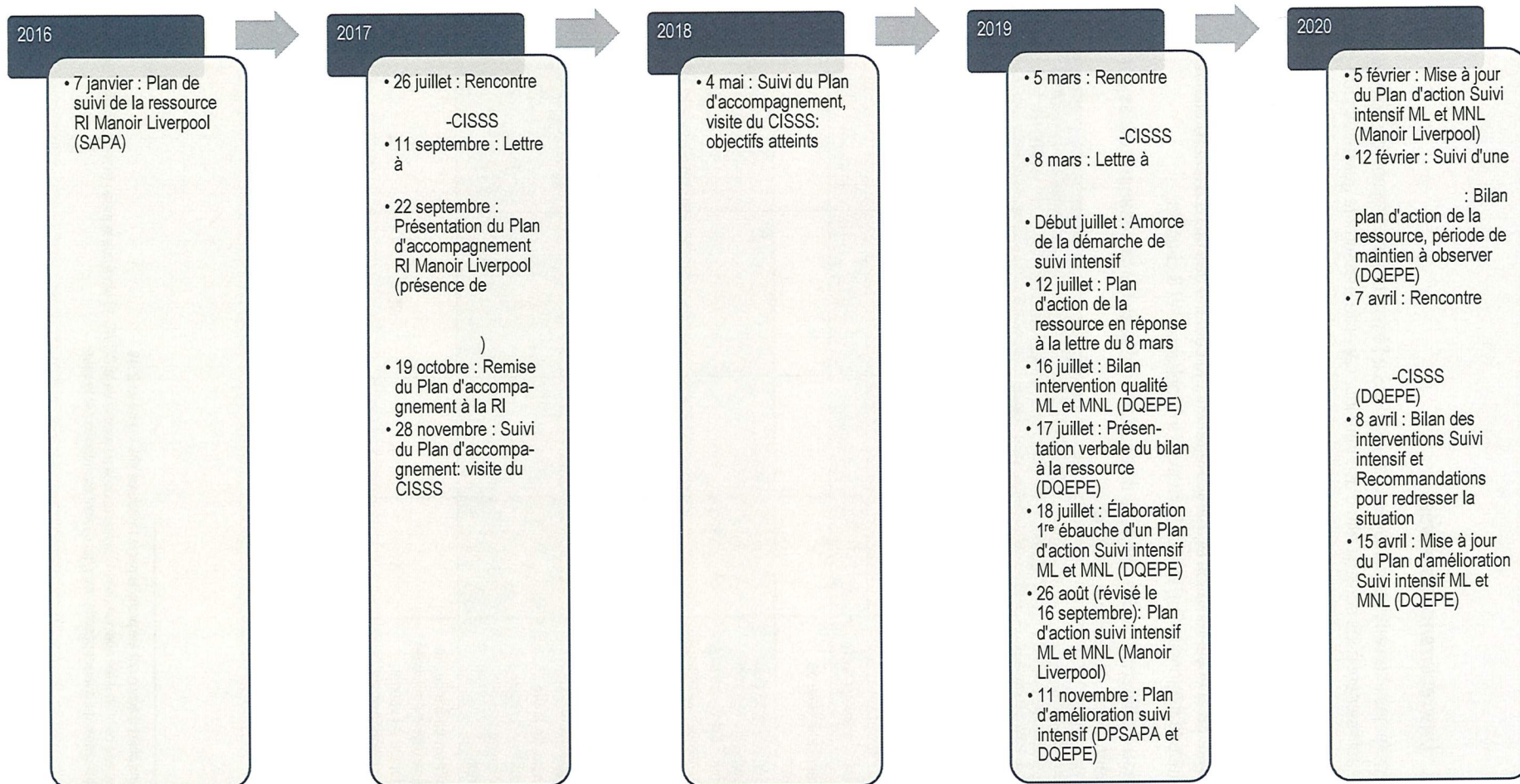
- En 2016, un Plan de suivi de la RI Manoir Liverpool, par la Direction du programme SAPA.
- En 2017-2018, un Plan d'accompagnement RI Manoir Liverpool, par la Direction du programme SAPA.
- En 2019, un Plan d'action Manoir Liverpool, par la ressource.
- En juillet 2019, une Démarche de suivi intensif Manoir Liverpool et New Liverpool, par la DQEPE.
  - Le 16 juillet 2019, un Bilan intervention qualité – RI Manoir Liverpool et New Liverpool est déposé par la DQEPE.
  - Le 26 août 2019, un Plan d'action suivi intensif Manoir Liverpool et New Liverpool 2019-2020 est produit par la ressource et mis à jour le 16 septembre 2019.
  - Le 11 novembre 2019, un Plan d'action suivi intensif Manoir Liverpool et New Liverpool 2019-2020 est produit par la Direction du programme SAPA et la DQEPE.
  - Le 5 février 2020, le Plan d'action suivi intensif Manoir Liverpool et New Liverpool 2019-2020 produit par la ressource est mis à jour.
  - Le 8 avril 2020, un Bilan des interventions pour le suivi intensif RI Manoir Liverpool 2020 est dressé par la DQEPE.
  - Le 15 avril 2020, le Plan d'action suivi intensif Manoir Liverpool et New Liverpool 2019-2020 produit par la Direction du programme SAPA et la DQEPE est mis à jour.

Le tableau qui suit présente globalement les différentes interventions et certaines rencontres qui y sont liées sur une ligne du temps.



### 1.5.1. Illustration des démarches d'accompagnement réalisées de 2016 à 2020

Tableau 1 : Illustration des démarches d'accompagnement réalisées de 2016 à 2020



### 1.5.2. Une récurrence observée

L'intensité des interventions déployées par le CISSS à l'égard des trois ressources témoigne de la volonté constante de l'établissement à les soutenir afin d'accroître leur capacité à assurer la qualité de leurs services aux usagers.

En dépit de ces efforts, les insatisfactions, les bilans, les suivis et les plans d'amélioration<sup>4</sup> faits au cours des dernières années mettent en exergue la récurrence de lacunes inhérentes à des services de soutien ou d'assistance communs et particuliers ciblés.

L'analyse de la documentation et, particulièrement, du contenu des plans d'amélioration visant les trois RI permet d'en faire la démonstration, tel que l'indiquent les tableaux 2 et 3 ci-après.

**Tableau 2 : Illustration des services de soutien ou d'assistance communs ciblés par des mesures d'amélioration de manière récurrente**

| Services de soutien ou d'assistance communs  | Plan 2016 (CISSS) | Plan 2017-18 (CISSS) | Plan 2019 (Manoir Liverpool) | Suivi intensif 2019 (CISSS) | Bilan Suivi intensif 2020 (CISSS) <sup>5</sup> |
|--|-------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| Entretien le milieu de vie   | X                 |                      | X                            |                             | X  |
| Assurer le confort et la sécurité  | X                 |                      | X                            |                             | X  |
| Service de repas   |                   |                      | X                            |                             | X  |
| Entretien les vêtements  |                   |                      |                              |                             | X  |
| Hygiène adéquate de l'utilisateur  |                   |                      |                              |                             | X  |
| Acquérir matériel ou services pour les soins personnels des usagers, médicaments, vêtements, loisirs ou autres besoins |                   |                      |                              |                             | X  |
| Gestion des avoirs et inventaire des biens   |                   |                      |                              |                             |  |
| <b>Soutenir et assister l'utilisateur dans les activités de la vie courante (ex : pour maintien de son autonomie)</b>  | X                 | X                    | X                            | X                           | X  |
| <b>Établir un cadre de vie (routine de vie équilibrée et adaptée à l'utilisateur, respect dignité et vie privée)</b>   | X                 | X                    | X                            | X                           | X  |
| Accès à des activités de loisirs (RI et communauté)  |                   |                      | X                            |                             |  |

<sup>4</sup> Certains plans d'action ont été produits par la ressource elle-même en 2019.

<sup>5</sup> Notons que ce bilan a été effectué dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 alors que le milieu RI a dû faire face à un manque grave de personnel et de gestionnaires qui avaient déserté et/ou qui avaient été infectés par le virus.

| Services de soutien ou d'assistance communs  | Plan 2016 (CISSS) | Plan 2017-18 (CISSS) | Plan 2019 (Manoir Liverpool) | Suivi intensif 2019 (CISSS) | Bilan Suivi intensif 2020 (CISSS) <sup>6</sup> |
|--|-------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| Assurer un suivi adéquat de l'ensemble des services de santé et services sociaux nécessaires | X                 | X                    | X                            | X                           | X  |
| Assurer la protection contre les abus  |                   |                      |                              |                             | X  |
| Assurer une présence de qualité  | X                 | X                    | X                            |                             | X  |
| Favoriser l'intégration de l'utilisateur dans son milieu de vie et social                    | X                 |                      | X                            |                             |  |
| Collaborer avec les intervenants impliqués auprès de l'utilisateur                           |                   | X                    | X                            | X                           | X  |
| Collaborer avec l'établissement  | X                 | X                    | X                            | X                           | X  |
| Favoriser le maintien des liens de l'utilisateur avec ses proches                            |                   |                      |                              |                             |  |

---

<sup>6</sup> Supra, note 4.

Le même constat s'avère à l'égard des services de soutien ou d'assistance particuliers.

**Tableau 3 : Illustration des services de soutien ou d'assistance particuliers ciblés par des mesures d'amélioration de manière récurrente**

| Descripteurs des services de soutien ou d'assistance particuliers  | Plan 2016 (CISSS) | Plan 2017-18 (CISSS) | Plan 2019 (Manoir Liverpool) | Suivi intensif 2019 (CISSS) | Bilan Suivi intensif 2020 (CISSS) <sup>7</sup> |
|--|-------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Alimentation</b> (s'alimenter sans risque d'étouffement)        |                   |                      | X                            | X                           | X  |
| Habillement  |                   |                      |                              |                             |  |
| Hygiène (bain)   |                   |                      |                              |                             | X  |
| Hygiène (entretenir sa personne)                                   |                   |                      |                              |                             | X  |
| <b>Élimination</b> (se rendre à la toilette, utiliser la toilette) |                   |                      | X                            | X                           | X  |
| Mobilité (transferts au bain, chaise, lit, toilette)               |                   |                      | X                            |                             | X  |
| <b>Mobilité</b> (déplacements sécuritaires)                        |                   |                      | X                            | X                           | X  |
| Mobilité pour utiliser un escalier                                 |                   |                      |                              |                             |  |
| Conduite (impulsions)  |                   |                      |                              |                             | X  |
| Conduite (émotions)  |                   |                      |                              |                             |  |
| Conduite (capacité relationnelle)                                  |                   |                      |                              |                             |  |
| Conduite (comportements autodestructeurs)                          |                   |                      |                              |                             |  |
| Intégration sociale (scolaire, travail ou autre)                   |                   |                      | X                            |                             |  |
| Vie autonome (maintien de l'autonomie dans certaines activités)    |                   |                      | X                            |                             | X  |
| <b>Physique (distribution et administration des médicaments)</b>   |                   |                      | X                            | X                           | X  |
| <b>Physique (soins et services professionnels)</b>                 | X                 | X                    | X                            | X                           | X  |
| Rendez-vous (accompagner l'utilisateur)                            |                   |                      |                              |                             |  |

<sup>7</sup> Id.

## 2. Contexte de l'enquête administrative

Des reportages de Marie-Pier Bouchard et Alexandre Duval, journalistes de Radio-Canada, ont été diffusés sur les ondes de la télévision publique, les 27 et 29 avril 2020. Ceux-ci font état de lacunes observées depuis 2014 dans la dispensation des services offerts aux usagers hébergés au Manoir Liverpool de Lévis. À la suite de ces reportages, le CISSS de Chaudière-Appalaches a pris la décision, le 1<sup>er</sup> mai 2020, d'exercer son pouvoir d'enquête administrative.

### 2.1. Pouvoir d'enquête administrative de l'établissement

Le CISSS de Chaudière-Appalaches dispose effectivement d'un pouvoir d'enquête administrative en vertu de la clause 2-6.01 de l'Entente nationale intervenue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ci-après ARIHQ)<sup>8</sup>.

Cette clause se libelle comme suit :

« L'établissement peut procéder à une enquête administrative en tout temps, notamment, lorsqu'il estime que la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être d'un ou plusieurs usagers peuvent être compromis ».

### 2.2. Mandat d'enquête administrative confié

Le mandat confié à l'enquêteur administratif RI-RTF de l'établissement comporte deux objets :

- a) Vérifier le fondement des allégations exposées dans les reportages des 27 et 29 avril 2020;
- b) Vérifier si la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être d'un ou plusieurs usagers sont ou ont été compromis.

Compte tenu du fait que le pouvoir d'enquête administrative de l'établissement ne vise que les ressources intermédiaires, les services de la RPA, incluant ceux dispensés dans le cadre des projets spéciaux ne sont pas abordés dans le présent rapport.

### 2.3. Composition de l'équipe dédiée à l'enquête administrative et les collaborateurs

La réalisation de cette enquête administrative a nécessité la contribution de plusieurs ressources issues de différentes directions de l'établissement afin de soutenir l'enquêteur administratif mandaté. Il convient de souligner leur apport, la valeur de leur expertise respective et de les remercier.

- Direction des soins infirmiers :
  - Une ressource cadre en soins infirmiers spécialisés
  - Une ressource conseil en soins infirmiers
- Direction des services multidisciplinaires :
  - Une ressource cadre du Service de la transcription médicale
  - Six ressources du Service de la transcription médicale
- Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique :
  - Une ressource en coordination clinique\*<sup>9</sup>
  - Une ressource en intervention qualité\*

---

<sup>8</sup> Entente signée le 7 juin 2018.

<sup>9</sup> \* Membres de l'équipe dédiée à l'enquête administrative; les autres membres ayant été des collaborateurs.

Deux ressources en suivi de la qualité\*  
Une ressource en gestion de l'information\*  
Une ressource en gestion documentaire  
Une ressource en évaluation et performance des programmes et services\*  
Deux ressources en gestion des données et intelligence d'affaires

### **3. Déclenchement de l'enquête administrative**

#### **3.1. Avis d'enquête administrative**

Le 1<sup>er</sup> mai 2020, la directrice de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, madame Valérie Lapointe, a avisé \_\_\_\_\_ du déclenchement d'une enquête administrative auprès de ses trois ressources intermédiaires sises au 450, rue de Saint-Romuald à Lévis. Par cette missive, elle l'informe également que 12 services de soutien ou d'assistance communs, mais non limitativement, feront l'objet d'un examen approfondi ainsi que les services de soutien ou d'assistance particuliers.

#### **3.2. Suspension des placements d'usagers pendant l'enquête administrative**

Au cours de l'enquête administrative, le CISSS de Chaudière-Appalaches a pris la décision de suspendre les placements d'usagers des programmes SAPA et DI-TSA-DP dans les ressources de \_\_\_\_\_. Madame Lapointe a transmis à \_\_\_\_\_ un avis écrit à cet effet, le 19 mai 2020.

#### **3.3. Retrait d'usagers dans le cadre de l'enquête administrative**

Le 10 juin 2020, \_\_\_\_\_ a été avisée par madame Valérie Lapointe du retrait de sa ressource d'un premier groupe de 25 usagers tout en spécifiant qu'il pourrait y avoir davantage d'usagers retirés. Au moment d'écrire ces lignes, la situation actuelle<sup>10</sup> en termes d'occupation, est de 28 usagers hébergés dont 4 à la RI Manoir New Liverpool, 6 à la RI \_\_\_\_\_ et 18 à la RI Manoir Liverpool.

---

<sup>10</sup> Selon les données du SIRTf du 22 octobre 2020.

## 4. Méthodologie

Pour réaliser cette enquête, plusieurs sources d'information ont été recueillies et analysées lesquelles sont résumées dans le tableau 4, puis détaillées dans cette section.

**Tableau 4 : Sommaire des sources de données et des méthodes de collecte associées**

| Source de données                           | Nombre   | Dates                                 | Méthode de collecte associée  |
|---|--|---------------------------------------|---|
| Visites du 450, rue de Saint-Romuald, Lévis | 2  | 7 et 14 mai 2020                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Observation des lieux</li><li>• Prise de photos</li><li>• Questionnements auprès du personnel sur le terrain</li><li>• Consultation des outils de travail disponibles</li></ul> |
| Entretiens avec des personnes concernées    | 76 entretiens individuels<br>6 entretiens de petits groupes<br>90 personnes rencontrées au total | Entre le 12 mai et le 20 juillet 2020 | <ul style="list-style-type: none"><li>• Entretiens individuels semi-structurés</li><li>• Entretiens de petits groupes semi-structurés</li></ul>   |
| Documents internes CISSS-CA et RI           | 62   | Septembre 2014 à mai 2020             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Analyse documentaire des notes de suivi et d'évolution, IDC, plans de soins, PA, SI, etc.</li></ul>   |

### 4.1. Les visites effectuées à l'amorce de l'enquête administrative

Dès le début de la présente enquête administrative, nous nous sommes assurés de disposer d'une connaissance appropriée des ressources à l'étude ainsi que des personnes qui y résidaient. Ainsi, trois membres de l'équipe affectée à cette enquête ont effectué des visites, les 7 et 14 mai 2020, afin de prendre connaissance des lieux, du fonctionnement général et des personnes qui y étaient hébergées. À ces occasions, nous avons été à même de faire des constats, avons observé les outils de travail disponibles et utilisés par le personnel des ressources dédié aux soins et services auprès des usagers et avons questionné certains membres du personnel présents sur place. Lors de ces visites, des photos ont aussi été prises.

### 4.2. Les personnes rencontrées

#### 4.2.1. Nombre, dates et caractéristiques

Nous nous sommes entretenus avec des usagers, des proches et des membres des familles d'usagers actuels et anciens, des employés, des ex-employés et des gestionnaires et ex-gestionnaires des trois ressources intermédiaires et du CISSS de Chaudière-Appalaches ainsi qu'avec , , , accompagnée de son avocate.

Ce faisant, nous avons tenu 82 entretiens entre le 12 mai et le 20 juillet 2020, au cours desquels 90<sup>11</sup> personnes ont été rencontrées

Ces rencontres étaient, pour la grande majorité, des entretiens individuels semi-structurés (n=76) réunissant deux enquêteurs administratifs ainsi que le participant à l'entretien. Lorsque pertinent, ces rencontres prenaient occasionnellement la forme d'un entretien en petit groupe de deux à trois personnes (n=6). Ces entretiens de groupe réunissaient les deux enquêteurs administratifs avec deux membres d'une même famille ou, dans deux cas, trois employés.

<sup>11</sup> L'écart entre le nombre d'entretiens et le nombre de personnes rencontrées résulte du fait que certains entretiens ont été tenus à plus d'une personne, par exemple, deux enfants d'un même usager.



Les rencontres étaient également guidées par différents canevas qui furent produits selon la fonction, l'implication et le lien d'emploi de la personne rencontrée. Ces canevas évoluèrent dans le temps, au fur et à mesure que de l'information additionnelle parvenait aux enquêteurs administratifs. Pour cette raison, le présent rapport n'exhibe pas ses constats sous la forme de pourcentages, mais de fréquences, puisque des questions additionnelles purent être posées à des participants plus tard dans l'enquête administrative qui ne l'eurent pas été dans ses débuts.

### **4.3. Analyse documentaire**

Nous avons recueilli et consulté une quantité considérable de documents jugés pertinents, tels que des agendas tenus par des familles, bilans de plusieurs natures, correspondance, dossiers cliniques, Instruments de détermination et de classification des services, notes d'évolution, notes de supervision professionnelle, photos, plans d'amélioration, plans d'intervention, plans de soins, plans thérapeutiques infirmiers, rapports de diverses natures, rapports de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1), recommandations professionnelles, notamment.

## 5. Allégations soutenues par Radio-Canada relatives aux soins et services dispensés aux usagers

### 5.1. Allégation 1 : Les plans de soins des résidents n'étaient pas tous suivis à la lettre

#### → Fondement : allégation fondée

Chaque usager présente des besoins qui lui sont spécifiques selon sa condition. Les services de soutien ou d'assistance particuliers requis par l'utilisateur sont déterminés et précisés dans l'outil clinique nommé Instrument de détermination et de classification (IDC)<sup>12</sup>. Nous l'avons vu précédemment, cet outil comporte 17 descripteurs auxquels des précisions propres à l'utilisateur concerné sont indiquées. C'est également à l'aide de cet outil qu'est établi le niveau de service requis par l'utilisateur et auquel est associée une rétribution définie<sup>13</sup>.

Le plan de soins d'un usager doit contenir toutes les informations relatives aux besoins de ce dernier afin que les soignants et aides-soignants soient en mesure de lui dispenser des services de qualité en réponse à ses besoins et adéquats selon sa condition. Par conséquent, un plan de soins doit refléter minimalement les services et précisions indiqués à son Instrument. Il doit être maintenu à jour et être accessible au personnel qui apporte des soins et des services à l'utilisateur.

#### Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que les plans de soins, tels qu'ils sont élaborés et utilisés par le personnel, sont des outils qui ne permettent pas aux usagers hébergés dans ces trois RI de recevoir les soins et les services en réponse à leurs besoins et conformément à leur Instrument de détermination et de classification des services.

L'analyse des plans de soins que nous avons réalisée permet d'affirmer qu'ils sont absolument incomplets. Nous sommes également d'avis qu'aucune procédure n'a été adoptée et qu'aucun responsable n'a été clairement identifié et mandaté afin de s'assurer rigoureusement de l'application et de la mise à jour régulière des plans de soins. De plus, ils étaient difficilement accessibles aux soignants en raison de la méthode de classement dans les multiples cartables et de l'interdiction d'accès faite aux aides-soignants.

Parce que les plans de soins des trois RI constituent des documents inadéquats, incomplets, largement inaccessibles et suivis de façon fortement aléatoire, nous concluons au fondement de l'allégation 1.

Qui plus est, nous estimons que [redacted] a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que soient dispensés, dans ses trois ressources intermédiaires, les services de soutien ou d'assistance communs et particuliers [redacted] était tenue d'offrir aux usagers qui lui ont été confiés, et ce, malgré le soutien, les rappels et les nombreuses démarches d'accompagnement effectués par l'établissement.

<sup>12</sup> On y réfère également en le nommant *l'Instrument*.

<sup>13</sup> Entente nationale ARIHQ, clause 3-3.06.

## 5.2. Allégation 2 : L'hygiène des résidents laissait à désirer, ils étaient souvent mal lavés, notamment, au niveau des parties génitales

### → Fondement : allégation fondée

Toute ressource doit s'assurer que l'utilisateur ait une hygiène adéquate. Cela signifie que la ressource voit quotidiennement à ce que l'utilisateur soit propre. Dans les RI du Manoir Liverpool, chaque usager reçoit, en principe, un bain par semaine selon un horaire défini et les autres jours, une toilette partielle<sup>14</sup> doit être effectuée avant le déjeuner, lors de la mise en jour de l'utilisateur ainsi qu'une toilette basse<sup>15</sup> avant le coucher, lors de sa mise en nuit. Au cours de la journée, et particulièrement, lorsque le personnel procède aux changements des culottes de protection, l'hygiène des parties basses de l'utilisateur doit être effectuée au besoin.

Différents aspects inhérents à l'hygiène corporelle de tout usager ont été abordés dans l'exercice de vérification du fondement de cette allégation, à savoir :

- a) La qualité de l'hygiène buccale (brossage des dents et des prothèses dentaires).
- b) La qualité des toilettes partielles et basses.
- c) La qualité des bains en y incluant le lavage des cheveux, des oreilles et des orteils, les soins des ongles et des parties génitales.
- d) La fréquence des changements des culottes de protection.
- e) La pratique des doubles culottes de protection.

### Constats

*De nombreuses personnes rencontrées ont confirmé, qu'à de multiples reprises, les soins d'hygiène dispensés dans les trois ressources étaient clairement déficients, et par conséquent, les usagers hébergés n'ont pas reçu les soins d'hygiène qu'ils auraient dû recevoir, notamment, en ce qui concerne :*

- *L'hygiène buccale, il est notamment question de présence de croûte blanche dans la bouche, de résidus de nourriture visibles sur les dents et dentiers ainsi que de mauvaises odeurs;*
- *Les toilettes partielles et basses qui ne sont pas faites adéquatement et qui entraînent la présence de rougeurs, de champignons ainsi que des plaies;*
- *Les bains, lavage des cheveux, des oreilles et des orteils, les soins des ongles et des parties génitales. À titre d'exemple, il est fait mention de la présence d'ongles trop longs, des ongles non lavés avec parfois la présence de selles, de cheveux non lavés et de mauvaises odeurs;*
- *La fréquence des changements des culottes de protection qui est insuffisante et qui entraîne des rougeurs, des plaies ainsi que de mauvaises odeurs;*
- *La pratique des doubles culottes de protection qui est utilisée la nuit afin de minimiser le nombre de changements de protection.<sup>16</sup>*

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que les soins d'hygiène dispensés par le personnel des trois RI sont clairement déficients et, par conséquent, les usagers qui y sont hébergés n'ont pas reçu les soins d'hygiène qu'ils auraient dû recevoir.

<sup>14</sup> On réfère ici au lavage du visage, des aisselles, sous les seins et les parties basses.

<sup>15</sup> On réfère ici à l'hygiène des parties basses seulement.

<sup>16</sup> L'information contenue dans ce passage, en italique, a été prise à même le rapport d'enquête, mais afin de respecter nos obligations légales en lien avec la confidentialité nous avons dû faire un exercice de reformulation sans quoi l'information qu'il contient n'aurait pas pu être disponible.

Nous ne pouvons que constater, au titre de responsables de la qualité des soins et des services rendus aux usagers sur les étages, que les gestionnaires du Manoir n'ont pas assumé leurs responsabilités. Nous estimons également que [ ] a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que soient dispensés, dans ses ressources intermédiaires, le service de soutien ou d'assistance commun visant à s'assurer que les usagers qui lui ont été confiés aient une hygiène adéquate.

De plus, il ne fait aucun doute que des nombreux manquements susdits, d'aucuns constituent des atteintes à la dignité des personnes hébergées qui sont vulnérables et en situation de dépendance quant aux réponses à leurs soins de base. En outre, il apparaît que plusieurs de ces personnes, pour la plupart âgées, ont fait l'objet d'au moins deux types de maltraitance, à savoir : physique et organisationnelle.

La maltraitance physique se définit<sup>17</sup> ainsi :

« Gestes ou actions inappropriés, ou absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique ».

Elle se présente sous deux formes :

- 1) **Violence** : Bousculade, rudolement, coup, brûlure, alimentation forcée, administration inadéquate de la médication, utilisation inappropriée de contentions (physiques ou chimiques), etc.
- 2) **Négligence** : Privation des conditions raisonnables de confort ou de sécurité, non-assistance à l'alimentation, l'habillement, l'hygiène ou la médication lorsqu'on est responsable d'une personne en situation de dépendance, etc.

Des indices permettant de reconnaître ce type de maltraitance : ecchymoses, blessures, perte de poids, détérioration de l'état de santé, manque d'hygiène, attente indue pour le changement de culotte d'aisance, affections cutanées, insalubrité de l'environnement de vie, atrophie, contention, mort précoce ou suspecte, etc.

Le gouvernement du Québec définit et illustre la maltraitance organisationnelle<sup>18</sup> comme suit :

« Toute situation préjudiciable créée ou tolérée par les procédures d'organisations privées, publiques ou communautaires responsables d'offrir des soins ou des services de tous types, qui compromet l'exercice des droits et des libertés de la personne aînée.

#### **Exemples de maltraitance organisationnelle sous la forme de négligence :**

- Offrir des services de façon brusque.
- Offrir des services inadaptés aux besoins.
- Avoir un manque de directives claires ou avoir des directives mal comprises de la part du personnel.
- Avoir une capacité organisationnelle réduite.
- Avoir une procédure administrative complexe.
- Avoir du personnel mal formé.
- Avoir du personnel non mobilisé ».

La Politique de lutte de la maltraitance envers une personne aînée et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité<sup>19</sup>, adoptée par l'établissement le 24 octobre 2018, fait état de ce type de maltraitance dans les mêmes

---

<sup>17</sup> Terminologie sur la maltraitance envers les personnes aînées, version du 19-09-2017, Ministère de la Famille, Secrétariat aux Aînés, Gouvernement du Québec, 2017.

<sup>18</sup> Site officiel du gouvernement du Québec – Québec.ca : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/maltraitance-aines/#c18014>, (Consulté le 4 novembre 2020).

<sup>19</sup> POL\_DG\_2018-133.A.

termes et propose des indices<sup>20</sup> guidant la détection des situations de maltraitance organisationnelle, tels que : « Réduction de la personne à un numéro, prestation de soins ou de services selon des horaires plus ou moins rigides, attente induite avant que la personne reçoive un service, détérioration de l'état de santé (plaies, dépression, anxiété, etc.), plaintes, etc. ».

### **5.3. Allégation 3 : Il pouvait s'écouler plusieurs jours sans qu'aucun bain ne soit donné aux résidents**

→ **Fondement : allégation fondée**

Nous avons déjà précisé, en introduction de l'allégation précédente, le fait que dans les RI du Manoir Liverpool, chaque usager doit minimalement recevoir un bain par semaine selon un horaire défini.

#### **Constats**

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que la fréquence des bains donnés par le personnel des trois RI est gravement insuffisante et, par conséquent, les usagers qui y sont hébergés n'ont pas reçu le bain qu'ils auraient dû recevoir sur une base hebdomadaire.

Nous constatons que la fréquence des bains est irrégulière depuis plusieurs années et fortement modulée en fonction de la présence au travail des employés de la ressource dont c'est la tâche. Il apparaît que la direction n'a pas su planifier et implanter une organisation du travail permettant d'assurer la continuité des services d'hygiène minimaux aux personnes hébergées, indépendamment des absences, des congés et des vacances estivales de son personnel.

Nous qualifions la fréquence des bains en elle-même de gravement insuffisante mais en plus, rappelons-le, elle se conjugue au constat des toilettes partielles clairement déficientes énoncé précédemment.

Nous constatons également que des employées affectées aux bains et aux soins d'hygiène des personnes atteintes de pertes cognitives ne disposent pas des outils et des techniques reconnues permettant de contourner les objections de ces personnes à l'égard des soins d'hygiène, qu'elles peuvent interpréter comme des actes d'hostilité ou d'agression. Nous estimons que la ressource n'est pas en mesure de fournir du personnel investi de l'approche adaptée que requièrent ces personnes.

De nombreux usagers, vulnérables et souffrant souvent d'incontinence, n'ont donc pas eu accès aux soins d'hygiène de base allant jusqu'à trois semaines de privation du bain. Nous estimons que ces personnes ont fait l'objet de maltraitance organisationnelle, telle que présentée à l'allégation 2.

Finalement, nous sommes d'avis que [ ] a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que soient dispensés, dans ses ressources intermédiaires, le service de soutien ou d'assistance commun visant à s'assurer que les usagers qui lui ont été confiés aient une hygiène adéquate.

### **5.4. Allégation 4 : Les deuxièmes bains payés n'étaient pas donnés**

→ **Fondement : allégation fondée**

En ressource intermédiaire, un deuxième bain par semaine peut faire l'objet d'une recommandation par un professionnel ou un intervenant au suivi de l'établissement, selon les besoins ou la condition de l'usager. Un deuxième bain peut également être indiqué, au titre de services de soutien ou d'assistance particuliers, par

<sup>20</sup> À la page 40.

l'Instrument de détermination et de classification des services. Dans aucun cas, la RI n'est autorisée à facturer l'usager pour ce service puisqu'elle est rétribuée pour le faire.

Notons que ce soin d'hygiène supplémentaire peut faire l'objet d'une facturation en RPA seulement.

### **Constats**

D'emblée, rappelons que nous avons conclu au fondement de l'allégation précédente en constatant que les usagers ne recevaient pas, à chaque semaine, le bain devant être donné par la ressource.

du Manoir ainsi que ont reconnu le fait que les deuxièmes bains payés n'étaient pas toujours donnés et des proches ont confirmé ce fait. Alors même que de fournir un premier bain par semaine constitue un enjeu de taille au sein des trois RI, il eut été étonnant que les deuxièmes bains puissent, dans les mêmes conditions, notamment celles reliées à l'insuffisance du personnel, être donnés.

Nous concluons au fondement de l'allégation 4 puisque nous sommes d'avis que des deuxièmes bains payés n'ont effectivement pas été donnés.

## **5.5. Allégation 5 : Un membre de la famille aidait à la distribution des repas, sinon les résidents mangeaient froid**

→ **Fondement : allégation non fondée**

### **Constats**

Les familles rencontrées n'ont pas évoqué de situation où elles avaient eu à aider à la distribution des repas en tant que tel, mais elles ont soulevé le fait que la nourriture était souvent froide.

## **5.6. Allégation 6 : Des résidents étaient oubliés aux repas**

→ **Fondement : allégation fondée**

Une ressource intermédiaire a l'obligation de veiller à la préparation et au service de repas et de collations qui respectent le Guide alimentaire canadien. Cela implique que son personnel doit s'assurer de la présence des usagers à la salle à manger trois fois par jour et soutenir ces derniers à s'alimenter selon leur condition, les précisions à leur Instrument et les recommandations professionnelles qui les concernent.

### **Constats**

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que certains usagers, particulièrement ceux nécessitant une approche adaptée à leur condition, n'ont pas été conduits à la salle à manger à l'heure du repas et pour certains autres, n'ont pas reçu l'assistance dont ils avaient besoin pour s'alimenter correctement.

Nous constatons que des employés responsables d'emmener les usagers à la salle à manger, incluant ceux aux prises avec des atteintes cognitives, ne disposent pas des outils et des techniques reconnues permettant d'interagir de manière adéquate et positive avec eux. Nous estimons que la ressource n'est pas en mesure de fournir du personnel investi de l'approche adaptée que requièrent ces personnes.

Nous constatons également que des employés de la ressource ont adopté des comportements négligents à l'égard des besoins de soutien ou d'assistance de ces usagers en omettant de poser les gestes qui auraient permis qu'ils soient nourris et ont démontré de l'indifférence à leur endroit, en ne portant aucune attention aux raisons de la sous-alimentation qu'ils observaient.

Finalement, nous sommes d'avis que \_\_\_\_\_ a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que soient dispensés, dans ses ressources intermédiaires, le service de soutien ou d'assistance commun visant à assurer une saine alimentation aux usagers qui lui ont été confiés.

## **5.7. Allégation 7 : Il n'y avait pas de nourriture supplémentaire pour les résidents ayant encore faim**

→ **Fondement : allégation fondée**

### **Constats**

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis qu'une consigne visant à contrôler et rationner la nourriture et les breuvages offerts aux usagers est bel et bien appliquée au sein du Manoir Liverpool. Nous avons pu constater que certains \_\_\_\_\_ contournaient cette directive afin de répondre aux besoins alimentaires des personnes hébergées tout en s'exposant au risque d'être réprimandés.

Considérant l'obligation de toute ressource intermédiaire de s'assurer du bien-être des usagers qui lui sont confiés, cette consigne mise en place dans les ressources de \_\_\_\_\_ a pour effet de priver ces personnes de la sensation de satiété, de les priver de la possibilité de prendre un thé lorsqu'elles en ont envie, de les priver d'un deuxième dessert lorsqu'elles estiment que le premier était insuffisant, de les priver d'un verre de jus ou de lait lorsqu'elles le demandent, de les priver de manger des rôties lorsqu'elles n'apprécient pas le repas proposé et cela, dans leur propre milieu de vie.

Nous concluons au fondement de cette allégation malgré les propos tenus par \_\_\_\_\_. Nous sommes d'avis \_\_\_\_\_ a manqué à ses obligations de répondre adéquatement aux besoins et aux préférences alimentaires des usagers. Au surplus, considérant l'étape de vie et la vulnérabilité des personnes hébergées, la pratique de contrôle et de rationnement alimentaires les a privées d'un milieu de vie bienveillant et respectueux de leur dignité.

## **5.8. Allégation 8 : Des sonnettes des résidents étaient ignorées et des téléphones mis hors d'usage**

→ **Fondement : allégation fondée**

Conformément aux appels d'offres des trois RI, chacune d'elles a l'obligation de mettre à la disposition de tout usager deux cloches d'appel, soit une dans sa chambre et la seconde dans sa salle d'eau. Assurer la sécurité est l'utilité première d'une cloche d'appel qui permet à l'utilisateur d'obtenir de l'assistance en situation d'urgence. C'est pourquoi, elle doit lui être accessible en tout temps et simple à utiliser. Parallèlement, le personnel de la ressource se doit de considérer les sonnettes des cloches d'appel activées et d'y répondre dans des délais optimaux.

Certains aspects inhérents aux cloches d'appel, sonnettes et téléphones ont été abordés dans l'exercice d'analyse du fondement de cette allégation, à savoir :

- a) L'accessibilité de l'utilisateur à ses cloches d'appel et le délai de réponse par le personnel.

- b) Le comportement du personnel à l'égard des sonnettes des cloches d'appel et des tapis de mobilité activés par les usagers.

### Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que les usagers des trois RI n'ont pas bénéficié de la sécurité et de l'assistance que doit fournir toute ressource intermédiaire aux personnes qui y sont hébergées.

En effet, le laxisme constaté à l'égard de l'encadrement du personnel et la qualité très relative des équipements fournis ont eu pour conséquence de priver ces personnes de la sécurité et de l'assistance que requiert leur condition.

Tout d'abord, le modèle du système de cloches d'appel retenu par \_\_\_\_\_ ne rencontre pas les critères d'accessibilité, de simplicité dans l'utilisation et de fiabilité permettant à un tel système d'assurer, auprès de l'utilisateur, la fonction à laquelle il est destiné. Malgré que \_\_\_\_\_ ait été informée par \_\_\_\_\_ et par \_\_\_\_\_, de l'inadéquation du système mis en place, force est de constater que le volet de la sécurité en cas d'urgence et celui des besoins d'assistance des usagers qui lui ont été confiés a été complètement négligé.

Par ailleurs, à de multiples reprises et depuis plusieurs années, les sonnettes résultant de l'activation des systèmes de cloches d'appel et de détecteurs de mobilité ont été sciemment ignorées par le personnel des ressources, compromettant ainsi la sécurité, le confort et le bien-être des usagers. De plus, nous estimons que certains usagers considérés plus exigeants ont fait l'objet de mesures punitives totalement inappropriées et inacceptables du point de vue du respect de la personne humaine et de sa dignité.

Nous avons aussi constaté que \_\_\_\_\_ du Manoir ont adopté des comportements négligents à l'égard des besoins de soutien ou d'assistance des usagers en contribuant et en tolérant des délais de réponse induisant aux sonnettes mettant certainement à risque leur santé et leur sécurité. Cette façon de faire nous est apparue profondément ancrée dans le cours normal du travail.

Lors d'une de nos visites effectuées à l'amorce de cette enquête administrative, du poste de garde où nous nous trouvions, nous avons eu l'opportunité de constater de visu cette pratique visant à ignorer les cloches d'appel des usagers. Nous avons questionné le personnel qui se trouvait à proximité à savoir pourquoi personne ne répondait, minimalement pour dire à l'utilisateur qu'on a entendu son appel et que quelqu'un viendra aussitôt que possible. On nous a alors répondu : « Oui, oui, on va y aller, là ».

Finalement, nous sommes d'avis que \_\_\_\_\_ a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que soient assurés dans ses ressources intermédiaires, la santé, la sécurité et le bien-être des usagers qui lui ont été confiés et ce, conformément aux services de soutien ou d'assistance communs dont la dispensation lui incombe.



## 6. Allégations soutenues par Radio-Canada relatives à la sécurité et à la salubrité des lieux physiques

### 6.1. Allégation 9 : Les produits dangereux étaient mal sécurisés

#### → Fondement : allégation fondée

Dans les ressources intermédiaires, il est obligatoire de sécuriser les produits dangereux de façon à ce qu'ils ne soient pas accessibles aux usagers afin d'assurer leur sécurité.

Les produits dangereux ayant fait l'objet de la présente analyse sont les produits qui se retrouvent habituellement dans la buanderie, les chariots d'entretien ménager, les chariots de médicaments et les narcotiques.

#### Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que les produits dangereux ou toxiques tels que des produits requis pour la lessive dont l'eau de Javel, les produits d'entretien ménager, les médicaments dont les narcotiques n'ont pas été adéquatement sécurisés. Ce faisant, la ressource a exposé inutilement les usagers qui lui ont été confiés à des risques d'incidents et d'accidents en omettant de prendre les mesures nécessaires pour les éviter.

Bien que \_\_\_\_\_ ait indiqué avoir demandé à son personnel de verrouiller immédiatement les chariots de médicaments \_\_\_\_\_ a été informée que cela n'était pas fait, nous sommes forcés de constater que ses directives n'ont pas été observées et \_\_\_\_\_, ne s'est point assurée du suivi de celles-ci. Nous avons plutôt constaté une très grande tolérance à l'endroit de ces pratiques tout à fait contraires aux notions de sécurité de base.

Nous avons eu l'opportunité, à l'occasion d'une de nos deux visites, de voir par nous-mêmes une porte de buanderie gardée ouverte à l'aide d'une chaise et un espace de rangement grand ouvert contenant des produits toxiques que nous avons pu photographier.

Pour tous ces motifs, nous concluons au fondement de l'allégation 9 et rappelons que \_\_\_\_\_ a failli à ses obligations en matière de sécurité \_\_\_\_\_ doit assurer aux usagers qui lui sont confiés.

### 6.2. Allégation 10 : Un membre de la famille devait laver le plancher de la chambre de sa mère pour le nettoyer et éliminer les odeurs, notamment, d'urine

#### → Fondement : allégation fondée

Le service de soutien ou d'assistance commun relatif à l'entretien du milieu de vie signifie que toute ressource intermédiaire a l'obligation de bien entretenir le milieu de vie des usagers, tant les espaces extérieurs qu'intérieurs. Elle doit se conformer aux normes d'hygiène et de salubrité reconnues. L'ameublement et les accessoires nécessaires à la vie quotidienne sont suffisants et en bon état. Les réparations requises sont effectuées dans un délai raisonnable.

L'hygiène et la salubrité du milieu de vie du Manoir Liverpool constitue un enjeu hautement significatif pour les usagers, les familles et les employés et à ce titre, une abondante information a été recueillie dans le cadre des présents travaux.

## Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que l'hygiène et la salubrité des trois RI sont clairement déficientes au point où de nombreuses personnes pour qui ce n'était pas la tâche ont dû faire elles-mêmes de l'entretien ménager dans les chambres des usagers, du nettoyage de fauteuils roulants et autres équipements ainsi que des aires communes.

Nous estimons que dans leur chambre et leur salle de bain, les personnes hébergées ont été laissées dans un environnement rendu insalubre par les urines, les selles et leurs odeurs, qu'elles ont été contraintes de dormir dans un lit souillé et mouillé et qu'elles ont été exposées à des risques de chutes évitables par la présence de flaques d'urine, de selles et résidus sur leur plancher le rendant collant et dangereux.

Nous avons aussi constaté un manque flagrant d'entretien des salles à manger, des cuisinettes et des chaises. Bref, ce milieu de vie fait état, sans équivoque, de nombreux manquements aux normes d'hygiène et de salubrité reconnues et, par conséquent, nous sommes d'avis que [redacted] a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que soit assuré dans ses ressources intermédiaires, le service de soutien ou d'assistance commun relatif à l'entretien du milieu de vie dont la dispensation lui incombe.

## 7. Allégations soutenues par Radio-Canada relatives au personnel

### 7.1. Allégation 11 : Non-respect de la Loi 90 : administration des médicaments contraire à la Loi 90, des PAB administrait librement des opioïdes<sup>21</sup> aux résidents

→ Fondement : allégation fondée

L'administration de médicaments (incluant les opioïdes) par des aides-soignants<sup>22</sup> en ressource intermédiaire est encadrée par la LSSSS, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90)<sup>23</sup>, la Loi sur les infirmières et infirmiers<sup>24</sup>, le Code des professions<sup>25</sup> et la Règle de soins infirmiers adoptée par l'établissement en 2015<sup>26</sup> et portant sur les *Activités de soins infirmiers confiées à un aide-soignant*.

Les recherches menées dans le cadre de la présente enquête administrative nous ont permis d'établir qu'il est possible pour un préposé aux bénéficiaires d'administrer des opioïdes en ressource intermédiaire **mais si, et seulement si**, est respectée l'intégralité des conditions et directives de la Règle de soins infirmiers susdite, élaborée conformément aux dispositions des différentes législations citées ci-haut.

Au chapitre des conditions, cette Règle de soins prévoit<sup>27</sup>, notamment :

- Pour que l'infirmière confie l'administration de médicaments à un aide-soignant, elle doit s'assurer que les médicaments sont (y compris ceux prescrits en « PRN » et les narcotiques) :
  - Prescrits.
  - Identifiés (nom du médicament, nom de l'usager, voie d'administration, dosage, fréquence).
  - Préparés par un professionnel habilité.
  - Prêts à être administrés (unidose, pilulier (*dispill*), dosette, carte alvéolée).
  - Administrés par les voies autorisées par le règlement, soit orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, inhalation, rectale, vaginale et sous-cutanée seulement pour l'insuline.
- La décision clinique est préalablement prise par un professionnel habilité à le faire quant aux moments et aux circonstances d'administration du médicament.
- **L'inscription au PTI des directives spécifiques à l'administration des médicaments et la retranscription sur le formulaire de consignes et d'enregistrement de médicaments sont réalisées.**
- **La formation théorique, pratique et la supervision sur l'administration des médicaments destinés à l'aide-soignant sont réalisées.**
- En milieu scolaire : non reproduit puisqu'ici non applicable.

La Règle de soins mentionne<sup>28</sup> que « Le fait de confier une activité de soins infirmiers à un aide-soignant ne soustrait pas l'infirmière à son obligation d'assurer le suivi infirmier requis selon la condition clinique de l'usager ». Ainsi, la

<sup>21</sup> Les opioïdes sont des médicaments conçus pour contrôler la douleur. Ils comprennent la codéine, le fentanyl, la morphine, l'oxycodone, l'hydromorphone et l'héroïne thérapeutique.

<sup>22</sup> En l'occurrence, des préposés aux bénéficiaires.

<sup>23</sup> LQ, 2002, c. 33.

<sup>24</sup> RLRQ, c. I-8.

<sup>25</sup> RLRQ, c. C-26.

<sup>26</sup> RSI 15-01, ci-après la Règle de soins. Cette règle s'applique spécifiquement au territoire d'Alphonse-Desjardins. Au moment de la première vague de la pandémie de la Covid-19, la Règle de soins infirmiers nationale élaborée par le MSSS et finalisée en 2019 devait être adoptée et diffusée par le CISSS-CA. Sa diffusion a été suspendue et sera reprise dès que possible.

<sup>27</sup> À la page 5.

<sup>28</sup> À la page 7.

toute première directive de la Règle de soins à l'attention de l'infirmière concerne **l'évaluation, la surveillance et le suivi** de l'utilisateur<sup>29</sup>. Ainsi, elle :

- Procède à une évaluation de la condition de santé et des besoins de l'utilisateur. L'évaluation est requise lors de changements de la condition de celui-ci (hospitalisation, détérioration, complication, etc.) ou lorsqu'une situation problématique lui est rapportée ou minimalement une fois par année.
- À partir de son évaluation, identifie les besoins de l'utilisateur et décide si elle peut confier l'activité de soins à un aide-soignant. Le cas échéant, elle détermine la surveillance et le suivi clinique requis à la condition de l'utilisateur.
- Met en place les mécanismes pour que l'aide-soignant ait accès, au besoin et en cas d'urgence, à une infirmière ou une personne désignée (ex. : parents). Apporte un soutien clinique à l'aide-soignant.
- Avise l'aide-soignant ou la personne dédiée (parents de l'enfant) des situations qui doivent lui être signalées.
- **Lorsque l'administration de médicaments est confiée à un aide-soignant, apporte une attention particulière face aux médicaments prescrits en « PRN » et les « narcotiques » en évaluant notamment les résultats obtenus afin d'intervenir auprès du médecin ou du pharmacien, s'il y a lieu.**

En résumé, l'administration de médicaments par un aide-soignant constitue une activité de soins infirmiers confiée rigoureusement encadrée. En effet, les médicaments doivent répondre à certains critères pour pouvoir être administrés par un aide-soignant. Ce dernier doit avoir été valablement formé des points de vue théorique et pratique et faire l'objet de supervision. Le professionnel qui confie l'activité d'administrer de la médication à un aide-soignant doit avoir exercé son jugement professionnel en évaluant la condition de santé et les besoins de l'utilisateur, puis décider s'il confie cette activité à l'aide-soignant. Dans l'affirmative, le suivi clinique de l'utilisateur doit être déterminé par celui qui confie. Finalement, une attention particulière doit être apportée par le professionnel qui confie lorsque l'administration de la médication concerne des médicaments prescrits en « PRN<sup>30</sup> » et des « narcotiques<sup>31</sup> » en évaluant, notamment, les résultats obtenus afin d'intervenir auprès du médecin ou du pharmacien, s'il y a lieu.

## Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que les règles encadrant l'administration de la médication par des aides-soignants du Manoir Liverpool ont été enfreintes à au moins trois niveaux, à savoir :

1. L'absence de la formation obligatoire : administration de médicaments, incluant des opioïdes, par des aides-soignants<sup>32</sup> non formés selon la Loi 90.
2. Une formation déficiente lorsque donnée : administration de médicaments, incluant des opioïdes, par des aides-soignants formés inadéquatement selon la Loi 90, notamment quant à la supervision de ladite formation.
3. Une administration de médicaments, incluant des opioïdes, déficiente : par l'absence totale de l'exercice des responsabilités de l'infirmière qui confie cette activité de soins aux aides-soignants et sans aucune évaluation de sa part des résultats obtenus suite à l'administration de médicaments prescrits en « PRN » et de « narcotiques ».

Nous avons constaté, de la part de la ressource que l'administration de la médication au sein des trois RI ne fait l'objet que de très peu ou pas d'attention et de rigueur, considérant les risques qui y sont associés et auxquels les usagers sont directement exposés. C'est pourquoi, nous estimons que ces personnes n'ont pas bénéficié de la sécurité à laquelle elles ont droit et que doit assurer toute ressource en matière d'administration de médicaments incluant les opioïdes.

---

<sup>29</sup> Aux pages 6 et 7.

<sup>30</sup> Signifie « au besoin ».

<sup>31</sup> Particulièrement les narcotiques prescrits en PRN.

<sup>32</sup> Notons, qu'en l'occurrence, certains de ces aides-soignants disposent d'une formation en bonne et due forme de préposé aux bénéficiaires (PAB) et d'autres, pas du tout.

Par conséquent, nous sommes d'avis que \_\_\_\_\_ a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour s'assurer du respect et de la conformité du cadre législatif et réglementaire qui lui est applicable en matière d'administration de la médication dans ses ressources intermédiaires.

Notons que plusieurs autres aspects relatifs à la gestion de la médication seront abordés à l'allégation 16.

## 7.2. Allégation 12 : La pénurie de personnel était criante

### → Fondement : allégation fondée

À l'instar d'autres milieux de vie pour aînés, les ressources intermédiaires de \_\_\_\_\_ ont connu et connaissent des enjeux de pénurie de main-d'œuvre importants. Toutefois, la rétention du personnel apparaît spécifiquement difficile au sein de ses ressources qui doivent composer avec un roulement de personnel significatif.

La problématique de la main-d'œuvre sera abordée sous trois angles, à savoir :

- a) Le manque constant de personnel.
- b) Du personnel non formé affecté aux bains des usagers.
- c) Des absences répétées d'infirmières auxiliaires, notamment la nuit.

### Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées et, nous sommes d'avis qu'il était chose courante, au sein des ressources intermédiaires de \_\_\_\_\_, que son personnel soit contraint de dispenser, à effectifs réduits, les soins et les services aux usagers. Nous estimons qu'il est clairement chimérique, dans de telles conditions, de prétendre offrir des soins et des services de qualité. Il ne fait, par conséquent, aucun doute que les personnes hébergées dans ces ressources ont fait les frais de l'incapacité de la direction de ce milieu à recruter et à maintenir en poste le personnel requis pour offrir aux usagers, des prestations de qualité en réponse à leurs besoins et auxquelles ils étaient en droit de s'attendre.

Par ailleurs, nous sommes d'avis que recevoir un bain donné par une personne aucunement formée à cette fin et qui présente, par surcroît, certaines caractéristiques particulières, ait pu constituer pour des personnes âgées et vulnérables, des occasions de malaise, d'inconfort et voire même, de traumatismes pour certaines d'entre elles. À cet effet, \_\_\_\_\_ une personne

asseyait une usagère dans la baignoire pendant 20 minutes entièrement nue, ce qui est tout à fait inadéquat à l'égard d'une personne vulnérable

\_\_\_\_\_ Nous estimons que des façons de faire spécifiques doivent être utilisées afin de préserver le respect de l'intimité et la sauvegarde de la dignité de ces personnes lors des bains. Manifestement, dans les ressources de \_\_\_\_\_, le personnel affecté aux bains ne devait répondre d'aucun savoir-faire minimal comme condition préalable à la prestation auprès des usagers.

Rappelons qu'au moment du déclenchement de la présente enquête administrative, les chambres des 64 usagers hébergés dans les trois RI du Manoir étaient réparties sur trois étages comptant chacun deux ailes. Or, nous avons constaté que seul le deuxième étage bénéficie généralement de la présence d'une infirmière auxiliaire sur les trois quarts de travail quotidiens en réponse à une obligation stipulée au contrat. Les premier et troisième étages ont connu une couverture décousue et fort incertaine de soins infirmiers auxiliaires depuis l'ouverture de la ressource.

C'est pourquoi, nous concluons au fondement de l'allégation 12, pour la totalité des éléments traités, à savoir qu'au sein des ressources intermédiaires de \_\_\_\_\_, le manque de personnel était constant, que du personnel

non formé était affecté aux bains des usagers et que le milieu de vie a été forcé de faire avec des absences répétées d'infirmières auxiliaires particulièrement pour les quarts de nuit.

De telles lacunes ont indéniablement des répercussions négatives à l'égard des soins et des services offerts aux personnes hébergées. Par conséquent, nous sommes d'avis que \_\_\_\_\_ a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que soit assuré dans ses ressources intermédiaires, le service de soutien ou d'assistance commun visant à établir un cadre de vie positif et cohérent dans lequel les besoins d'intimité et le respect de la dignité des personnes sont répondus et présents.

## 8. Allégations soutenues par Radio-Canada relatives aux visites d'inspection et aux AH-223

### 8.1. Allégation 13 : Les efforts déployés avant une visite d'inspection étaient tels que ces visites n'étaient que mascarades

→ Fondement : allégation fondée

Cette allégation revêt un caractère sensiblement différent des précédentes en ce qu'elle ne concerne les prestations de services aux personnes hébergées mais plutôt un mode de fonctionnement décrit par plusieurs.

Il apparaît, dès à présent, utile de préciser les différents contextes dans lesquels sont susceptibles de se dérouler des visites d'inspection au sein du Manoir Liverpool. Tout d'abord, compte tenu de son statut qui se distingue de celui des RI, seule la RPA peut faire l'objet d'une visite d'inspection du MSSS, tout comme une visite de l'établissement dans le cadre d'un renouvellement de la certification de la résidence. Par contre, les visites d'inspection du MAPAQ<sup>33</sup> et celles de la Sécurité incendie concernent toutes les ressources sises à cette adresse.

En plus du libellé de la présente allégation, l'un des reportages de la télévision publique a aussi fait état d'un document<sup>34</sup> émanant du Manoir Liverpool indiquant la procédure à suivre lorsque des inspecteurs s'y présentent. Le contenu de cette procédure a quelque peu soulevé l'indignation.

#### Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que des efforts non seulement importants mais plutôt extraordinaires étaient consentis en termes de préparation à une visite annoncée.

Toutefois, ici, il ne s'agissait pas uniquement de porter une attention spéciale à la propreté des lieux; il s'agissait davantage de faire croire, aux différents inspecteurs, à la conformité des pratiques aux jours des inspections. Cela démontre que [redacted] et ses gestionnaires connaissaient très bien les règles et les obligations qu'ils étaient tenus de respecter et qu'ils savaient pertinemment que de nombreuses pratiques qui avaient cours dans les ressources ne rencontraient nullement les critères de conformité.

Nous avons entendu de la part de [redacted] et [redacted] à l'origine du document *Procédure lors d'inspections* que celui-ci n'est pas une véritable procédure. On a évoqué le fait que ce document ne porte pas le logo du Manoir Liverpool et qu'à ce titre, il ne peut être officiel.

Nous estimons que le caractère officiel, officieux ou interne dudit document que nous désignerons par *Marche à suivre en cas d'inspections surprises* n'est certainement pas de grande importance. La véritable question qui se pose est à savoir si cette marche à suivre était appliquée au sein des trois RI [redacted]. Nous sommes d'avis qu'elle l'était.

Par ailleurs, nous avons constaté que la forme officielle des documents produits par le Manoir Liverpool est parfois inégale. Dans une note de service du 1<sup>er</sup> juin 2020, la direction du Manoir s'est adressé à l'ensemble de son personnel afin de l'informer, notamment, du retour des coordonnateurs des soins sur leur étage respectif. Or, cette note de service ne revêt aucun logo et a été transmise en format Word.

<sup>33</sup> Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec.

<sup>34</sup> Annexe I.

À une autre occasion, le 17 ou le 18 juin 2020, le Manoir Liverpool a transmis pour information, l'avis de nomination de sa nouvelle directrice générale ainsi que les départs de certains gestionnaires. Or, bien que ce document porte le logo du Manoir, il n'est toutefois pas daté et a été transmis en format Word également.

Pour tous les motifs évoqués plus haut, nous concluons au fondement de la présente allégation.

## **8.2. Allégation 14 : Des rapports d'incident ou d'accident (AH-223) étaient modifiés ou déchirés pour être recommencés de façon à éviter les enquêtes**

➡ **Fondement : allégation fondée en partie seulement**

Les rapports de déclaration d'incident ou d'accident doivent être documentés lorsque des événements se produisent dans le cadre de la prestation de soins et de services à un usager. En ce sens, tout événement, c'est-à-dire, toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a nui ou aurait pu nuire à la santé des usagers doit être déclaré au moyen du formulaire AH-223. Au Manoir Liverpool, le formulaire AH-223 doit être utilisé lorsque c'est un usager de l'une ou l'autre des RI qui est visé par un événement alors qu'un formulaire dit « maison » devra être documenté si un tel événement survient à un résident de la RPA.

### **Constats**

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées et, notamment, ceux exposés ci-haut, nous sommes d'avis qu'effectivement, des rapports de déclaration d'incident ou d'accident ont été modifiés ou déchirés pour être refaits, et ce, pour différentes raisons.

Nous n'excluons pas que cela ait pu se produire en vue d'éviter des enquêtes. Toutefois, sur la base des faits portés à notre connaissance, nous ne pouvons rigoureusement conclure que ce fut le cas. C'est pourquoi, nous estimons la présente allégation fondée pour une partie seulement.



## 9. Allégation soutenue par Radio-Canada relative à la dénonciation des faits

### 9.1. Allégation 15 : Des lacunes ont été dénoncées à la direction de la résidence et aux gestionnaires du CISSS de Chaudière-Appalaches

→ Fondement : allégation fondée

Les informations recueillies à l'occasion des entretiens effectués dans le cadre de nos travaux font état de dénonciations des lacunes du Manoir Liverpool tant auprès de [redacted] et des gestionnaires de la ressource qu'auprès des gestionnaires de l'établissement. Nous aborderons d'abord la situation de la ressource et ensuite, celle du CISSS de Chaudière-Appalaches.

#### Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que [redacted] ainsi que [redacted] savaient que les soins et les services dispensés aux usagers dans ses ressources présentaient des lacunes importantes et récurrentes. Nous sommes également d'avis que les multiples démarches d'accompagnement et plans d'amélioration déployés par le CISSS de Chaudière-Appalaches témoignent du fait que différentes lacunes étaient connues des gestionnaires de l'établissement.

À partir de ce constat, il est tout à fait légitime de questionner les raisons pour lesquelles l'établissement n'a utilisé que des moyens de soutien et d'accompagnement alors que la situation perdure depuis minimalement cinq ans? Jusqu'où un établissement est-il tenu d'accompagner et de soutenir une ressource intermédiaire de son territoire? Jusqu'à quel point les gestionnaires du CISSS qui ne sont pas, au quotidien, présents dans les ressources sont-ils en mesure de saisir justement les impacts des manquements à l'endroit des personnes hébergées, de leur famille et de leur personnel? Bien que la présente enquête administrative ne concerne que la prestation de service des trois RI du Manoir Liverpool et non pas celle du CISSS de Chaudière-Appalaches, nous nous permettons tout de même, de questionner les moyens utilisés par le CISSS afin d'assurer une vision systémique des lacunes des ressources.

Par ailleurs, nous sommes d'avis que si la direction des RI avait pris la décision d'investir les sommes nécessaires, notamment, au chapitre des ressources humaines, certaines lacunes auraient pu être convenablement corrigées et la récurrence, évitée. Plusieurs personnes rencontrées ont indiqué que la vision de la direction consistait davantage à faire plus aux mêmes coûts.

## 10. Allégations supplémentaires adressées à l'équipe d'enquête administrative du CISSS de Chaudière-Appalaches

### 10.1. Allégation 16 : La gestion de la médication était déficiente

#### → Fondement : allégation fondée

Nous avons mentionné, dans nos constats de l'allégation 11, que d'autres aspects inhérents à la gestion de la médication seraient traités ici.

De nombreuses personnes rencontrées ont fait état de manquements importants et récurrents de la part des trois RI relativement à la gestion entourant les médicaments des usagers. Nous avons dressé la liste de ces écarts comme suit :

- a) Présence et administration de médication périmée.
- b) Absence de décompte ou décompte non conforme des narcotiques.
- c) Méthode de distribution et d'administration inadéquate et non sécuritaire des médicaments.
- d) FADM<sup>35</sup> non signée ou signée à l'avance.
- e) Médication, incluant des narcotiques, retrouvée sur le plancher de la chambre de l'usager ou dans son lit ou à d'autres endroits.

#### Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que la gestion des médicaments dans les ressources intermédiaires est, sans aucun doute, déficiente sur tous les plans.

Nous estimons que la gestion des médicaments, incluant les narcotiques, ainsi que les pratiques du personnel des trois RI en matière d'administration des médicaments, qu'ils soient prescrits sur une base régulière, en PRN ou qu'il s'agisse d'opioïdes sont non seulement contraires à la législation, aux règlements et aux règles applicables mais également, empreintes d'incompétence et de négligence.

Ce faisant, il est clair que les usagers confiés aux trois RI ont été contraints de recevoir des soins en matière d'administration de médicaments de piètre qualité, non sécuritaires et souvent même dangereux. En effet, la direction et plusieurs membres du personnel ont fait fi de la santé, du confort et du bien-être de ces personnes vulnérables en les exposant à des omissions répétées de soins en matière d'administration de médicaments, à de nombreuses erreurs dans leurs prestations et à de multiples risques et conséquences médicamenteux hautement évitables.

C'est pourquoi, nous sommes forcés de conclure à nouveau que [redacted] a failli à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour s'assurer que les usagers qui lui ont été confiés bénéficient d'une administration sécuritaire de leur médication et conforme au cadre législatif et réglementaire qui lui est applicable. De plus, [redacted] a manqué à ses obligations en ne prenant pas les moyens nécessaires pour que soient assurés dans ses ressources intermédiaires, les services de soutien ou d'assistance communs nommés *Assurer un suivi adéquat de l'ensemble des services de santé et des services sociaux nécessaires* et *Assurer le confort et la sécurité* dont la dispensation lui incombe.

<sup>35</sup> Signifie « Feuille d'Administration De Médicaments »; est aussi employé « Formulaire d'Administration De Médicaments ».

## 10.2. Allégation 17 : Une culture de bonne foi théorique était intégrée au sein de l'organisation

### → Fondement : allégation fondée

L'entente nationale applicable énonce des principes fondamentaux<sup>36</sup> qu'elle définit comme étant des règles de base témoignant de valeurs essentielles et qui ont pour objectif de guider les parties, les établissements et les ressources dans l'exercice de leurs fonctions, pouvoirs et responsabilités.

Le tout premier principe fondamental est ainsi libellé<sup>37</sup> : « Les parties, les établissements et les ressources déclarent privilégier, dans leurs relations, l'équité et **la bonne foi** de même que les valeurs **d'humanisme**, de respect, **d'intégrité, de confiance**, d'engagement, **de collaboration** et de simplicité ».

Les relations entre certains représentants de l'établissement et et certaines de sont, à ce stade-ci, passablement exécrables.

### Constats

À la lumière des faits exprimés par les personnes rencontrées, nous sommes d'avis que les priorités et les valeurs affichées par ainsi que ne se traduisent pas concrètement par des sentiments de bien-être chez les usagers et leur famille. De la même façon, plusieurs , ont décrié le manque de matériel nécessaire à l'accomplissement de leur travail. Ils ne disposaient absolument pas, dans les faits, de tout ce dont ils avaient besoin pour accomplir sereinement leurs tâches.

Nous avons constaté une volonté du bien-être très présente qui pourrait, en partie, expliquer sa stratégie qui a consisté, au cours des six dernières années, à offrir une collaboration feinte à ses interlocuteurs et partenaires. Ce faisant, reçoit positivement toute lacune ou situation qui lui est adressée, propose rapidement de se mettre en action afin d'apporter les correctifs attendus, souvent à l'aide d'un plan d'action. Force est de constater que les mesures correctives ne s'actualisent point.

---

<sup>36</sup> Clauses 1-3.00 et suivantes.

<sup>37</sup> Clause 1-3.02.

## 11. Observations relatives à la période de la pandémie de la COVID-19

Au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19, au printemps 2020, le CISSS de Chaudière-Appalaches a dû coordonner de multiples renforts dans les milieux de vie. Le Manoir Liverpool, premier site d'éclosion du virus en Chaudières-Appalaches, a mobilisé des ressources de l'établissement à un niveau jusqu'ici inégalé.

Dans le cadre de la présente enquête administrative, nous avons rencontré les 17 employés du CISSS ayant été dépêchés sur les lieux pendant la crise sanitaire, dont les deux gestionnaires qui y ont été affectés à temps plein. La majorité de ces personnes ont rapporté des faits faisant état de leurs constats, sur place, d'atteintes graves à la santé, à la sécurité et au bien-être des usagers, d'une désertion du personnel, de l'inobservance des mesures sanitaires par le personnel des RI et enfin, d'une réponse inadéquate et irrespectueuse du personnel et de certains gestionnaires de la ressource à l'égard des renforts de l'établissement.

### a) Constat des impacts majeurs sur la santé, la sécurité et le bien-être des usagers

Arrivé sur place, le personnel du CISSS a constaté que les usagers n'avaient pas eu de bain depuis trois semaines, que certains étaient sous-alimentés et sous-hydratés de façon systémique, que la salubrité des lieux était hautement compromise, que les usagers n'obtenaient pas de réponse à leurs cloches d'appels et que la stimulation aux activités quotidiennes de base était absente, et ce, dans un contexte d'un grave manque de personnel et d'un accès difficile à

De nombreux employés du CISSS appelés en renfort ont confirmé que plusieurs usagers parmi les plus vulnérables étaient dans un état lamentable, dénutris et déshydratés. De plus, des mesures de prévention et de contrôle des infections ne pouvaient être appliquées en raison d'un manque constant de produits d'entretien ménager, des portes laissées ouvertes et d'un cruel manque d'employés pour combler les quarts de travail.

Certains aspects liés à la centralisation de l'information ont également eu des impacts sur la santé, la sécurité et le bien-être des personnes hébergées :

- Au début de la crise sanitaire, de la ressource interdisait aux de mettre à jour les plans de soins des usagers ainsi que d'y ajouter les recommandations professionnelles formulées par le personnel du CISSS. La en question préférait que ce soit qui le fasse, alors même qu' était en télétravail pendant la crise sanitaire, occasionnant ainsi des délais indus et une obstruction à la communication de l'information clinique nécessaire en terme de qualité des soins à prodiguer.
- Alors qu'une usagère présentait des signes et symptômes d'AVC, une infirmière auxiliaire de la RI a refusé de contacter les services d'urgence parce qu'elle n'a pas reconnu ces signes et symptômes. Avisées de la situation, ainsi qu'une autre gestionnaire de la ressource ont minimisé l'impact de l'inadéquation de son jugement professionnel.
- Les décisions visant l'adaptation des processus de travail à la crise sanitaire et la mise en place des mesures pour protéger les usagers devaient être centralisées auprès de la incluant les commandes de matériel, alors que n'était pas accessible. Des commandes pressantes et nécessaires à la gestion de la crise sanitaire n'ont pas été faites ou ont été retardées indûment en raison de son pouvoir décisionnel centralisé. Une de la RI a dû faire des démarches stratégiques informelles pour s'allier une gestionnaire du CISSS afin que soient commandés des équipements de base pour l'hygiène des usagers alors que la propagation sévissait au sein de la ressource. La seule de la RI sur place pendant la crise sanitaire n'avait accès à aucune information financière et ne pouvait pas engager de dépenses. Alors que le personnel manquait de *Purell*, a trouvé par

hasard des caisses de Purell dans la papeterie. de la RI affirme que et une autre de la RI ont commencé à démontrer une préoccupation accrue pour la disponibilité des produits d'entretien ménager et l'hygiène des lieux à partir du 17 avril environ, date à laquelle le CISSS a dû insister fortement pour que le milieu agisse sur la salubrité et l'hygiène des lieux.

À l'occasion d'une rencontre tenue le 3 juin 2020, réunissant tout le personnel des trois RI, il a été constaté que et ne se sont pas assurés que les usagers bénéficiaient d'une surveillance adéquate et des soins minimaux requis pendant la rencontre. Ces personnes n'ont pas estimé nécessaire de planifier et d'organiser le maintien des services aux personnes hébergées puisque les quelques employés du CISSS alors sur place n'ont pas été informés de la tenue de cette rencontre et ont été étonnés d'apercevoir les pagettes du personnel sur le comptoir du poste de garde et d'entendre l'alarme du gavage d'un usager qui était terminé. C'est d'ailleurs un usager qui a mentionné à une employée du CISSS que tout le Manoir se trouvait en rencontre.

### **Désertion du personnel**

Au moment où a débuté l'écllosion de la COVID-19 dans le milieu, les employés des RI vivaient déjà d'importantes problématiques relatives à leurs conditions de travail. Ces conditions de travail vécues par le personnel ont été déterminantes quant à l'incapacité de l'organisation à retenir ses employés lorsque le virus de la COVID-19 s'est introduit dans le milieu.

En temps de crise sanitaire, s'est retirée du milieu, des ont dû quitter parce qu'ils avaient contracté la COVID-19 et 75 % des ont déserté le Manoir Liverpool de sorte qu'une de la RI a dû assumer, à elle seule, la garde 24/7.

### **b) Non-respect des mesures sanitaires par le personnel**

Plusieurs des personnes rencontrées ont rapporté que le personnel ne respectait pas les consignes de base de prévention des infections, même lorsque le matériel fut rendu disponible et en dépit des rappels constants, favorisant impunément la propagation du virus dans la ressource.

### **c) Réponse négligente à l'égard des renforts du CISSS de Chaudière-Appalaches**

Plusieurs personnes ont indiqué que et différents ont été absents tout au long de la pandémie, étant enfermées dans leur bureau, en télétravail ou en isolement à la maison. Certains indiquent que n'a pas soutenu ses équipes et était peu préoccupée par l'évolution de la situation dans ses ressources. Malgré plusieurs demandes qui lui ont été formulées par une de , a refusé de se rendre sur les lieux, ne serait-ce que pour s'adresser aux personnes hébergées et aux membres qui devaient s'informer par la télévision de la situation de leur milieu de vie pour les uns, et de leur milieu de travail pour les autres. À moult occasions, a réclamé de connaître la vérité et de disposer d'informations complètes sur une base régulière.

À l'arrivée des renforts fournis par le CISSS, les employés relevant des agences de placement ont tous été retirés de l'horaire par les dirigeants du Manoir afin que l'établissement compense tous les quarts de travail nécessaires. Sauf de rares exceptions, du Manoir, encore sur place, ont offert au personnel et aux gestionnaires du CISSS, une collaboration répulsive : absence des communications nécessaires à l'organisation des services, horaires de travail inaccessibles, obstructions répétées dans les tentatives d'amélioration initiées par les gestionnaires du CISSS et oppositions exprimées à l'encontre de leurs décisions.

La présente enquête administrative a permis de mesurer, globalement, l'ampleur des déficiences présentes au sein des ressources intermédiaires , lesquelles étaient existantes bien avant l'arrivée de la COVID-19. L'écllosion du virus les a tout simplement exacerbées et exposées davantage au grand jour.

## 12. Commentaires relatifs aux faits cliniques observés pendant l'enquête administrative

Au cours de la période durant laquelle s'est tenue la présente enquête administrative, soit de mai à décembre 2020, nous avons pu constater que les écarts de qualité relativement aux soins et aux services offerts aux usagers ont perduré. En effet, l'établissement a mis en place une équipe d'intervenants dédiés à la réalisation de visites de vigie de la qualité des services offerts. Les manquements observés à l'occasion de ces visites ont été adressés, verbalement et par écrit, à la Direction générale du Manoir Liverpool. En dépit des multiples interventions de l'équipe vigie, les écarts sont demeurés les mêmes.

Les intervenants professionnels responsables du suivi clinique ont poursuivi leur travail auprès des usagers hébergés. Au cours de celui-ci, ils sont également intervenus auprès de la direction du Manoir afin que des corrections soient apportées aux écarts de qualité qu'ils avaient aussi constatés. En vain.

Documentés à l'aide d'un tableau de faits<sup>38</sup>, les manquements persistants observés à la fois par l'équipe vigie et les intervenants professionnels s'inscrivent aux chapitres de :

- L'inobservance des règles de prévention liées à la COVID-19.
- La déficience de l'entretien des lieux et des équipements.
- L'accessibilité des usagers aux produits dangereux.
- Le non-respect des Instruments de détermination et de classification en lien avec les plans de soins.
- Le non-respect des recommandations professionnelles.
- La gestion déficiente de la médication.
- La complétion inadéquate des grilles de selles et FADM.
- Le délai inadéquat de la réponse aux cloches et aux systèmes TAB.
- Le personnel inadéquat ou manquant de formation.
- La gestion déficiente.

Le 13 novembre 2020, à la demande de la chef de service en suivi qualité RI-RTF, s'est tenue une rencontre dans les locaux du CISSS de Chaudière-Appalaches en présence \_\_\_\_\_ du Manoir Liverpool et de l'intervenante qualité RI-RTF. L'objet de cette rencontre visait à réitérer, une fois de plus, l'obligation des ressources intermédiaires de prendre les moyens nécessaires afin d'offrir des services de qualité en conformité avec les services de soutien ou d'assistance particuliers pour chaque usager. Un compte rendu, en suivi de cette rencontre, a été adressé à \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ du Manoir Liverpool, le 30 novembre 2020.

---

<sup>38</sup> Annexe 2

### 13. Conclusions de l'enquête administrative

Au terme de cet exercice, il convient de rappeler le mandat confié au Bureau des enquêtes administratives du CISSS de Chaudière-Appalaches. Celui-ci devait permettre de répondre aux questions suivantes :

- 1- Les allégations exposées dans les reportages de Radio-Canada des 27 et 29 avril 2020 sont-elles fondées?
- 2- La santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être d'un ou plusieurs usagers ont-ils été compromis?
- 3- La santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être d'un ou plusieurs usagers sont-ils compromis?

Les importants travaux menés nous ont permis de statuer sur ces questions comme suit :

- 1- Treize des quinze allégations des reportages de Radio-Canada sont pleinement fondées; une est fondée en partie et une n'est pas fondée.
- 2- La santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être de plusieurs usagers ont été compromis.
- 3- Nous concluons au maintien de la compromission de la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être des usagers puisque, tel qu'indiqué à la section précédente, des écarts de qualité relativement aux soins et aux services offerts aux usagers ont perduré pendant la durée de l'enquête administrative, et ce, malgré les mesures de mitigation mises en place par le CISSS de Chaudière-Appalaches.

Par ailleurs, des allégations différentes de celles contenues dans lesdits reportages ont été adressées à l'équipe d'enquête administrative au cours des entretiens tenus. Nous en avons retenu deux dont les bien-fondés se sont avérés.

Au titre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ des ententes particulières intervenues avec le CISSS de Chaudière-Appalaches, \_\_\_\_\_ est imputable de la conformité au cadre légal, réglementaire et ministériel, des services rendus dans ses ressources intermédiaires. À plus d'un titre, \_\_\_\_\_ a failli à ses obligations et a persisté à ne pas les honorer malgré le fait \_\_\_\_\_ connaissait les lacunes qui affligeaient son organisation et les services rendus dans ses ressources. À preuve, en déployant des efforts considérables, \_\_\_\_\_ a réussi à plusieurs reprises à se conformer aux normes et standards attendus dans le cadre d'évaluations ponctuelles.

\_\_\_\_\_ n'a pas démontré sa capacité à structurer, planifier, organiser et dispenser les soins et les services dans ses ressources à l'image de son discours. Un discours empreint de bienveillance, de respect et de dignité à l'endroit des usagers ainsi que de bonne foi, de transparence et de collaboration envers ses partenaires. La présente enquête administrative a mis en exergue l'absence de concordance entre la rhétorique \_\_\_\_\_ et la réalité vécue, au quotidien, par des usagers, des familles et des employés au sein de ses ressources intermédiaires.

Non seulement de nombreux services de soutien ou d'assistance communs et particuliers dispensés aux usagers qui lui ont été confiés sont d'une qualité lamentable, mais ils sont également porteurs de situations de maltraitance dont ont été victimes ces personnes vulnérables et en situation de grande dépendance quant aux réponses à leurs besoins de base.

Vivent effectivement de la maltraitance physique, ces personnes hébergées, privées de conditions raisonnables de confort ou de sécurité par l'insalubrité<sup>39</sup> de leur chambre et leur salle bain; celles contraintes à une attente indue d'un changement de culotte de protection ou encore, à leurs demandes d'assistance en raison de sonnettes d'appel<sup>40</sup> ignorées par le personnel. Ces personnes oubliées dans leur chambre aux repas<sup>41</sup>, qui ne reçoivent pas l'assistance dont elles ont besoin pour s'alimenter et celles à qui on a refusé un thé, un jus ou un dessert supplémentaire vivent

---

<sup>39</sup> En lien avec le service commun *Entretien le milieu de vie*.

<sup>40</sup> En lien avec le service commun *Assurer le confort et la sécurité*.

<sup>41</sup> En lien avec le service commun *Préparer et assurer le service de repas*.



aussi de la maltraitance tout comme celles à qui on fait des toilettes partielles superficielles<sup>42</sup>, à qui on ne soigne pas les ongles, on ne lave pas les cheveux et qui sont privées de bain durant trois semaines.

Par ailleurs, toutes ces personnes hébergées dans les ressources de \_\_\_\_\_ qui reçoivent des services inadaptes à leurs besoins, qui sont contraintes à subir les effets de l'insuffisance de personnel, de leur manque de formation et de mobilisation vivent de la maltraitance organisationnelle.

Nous avons soulevé plus tôt la question relative à la tolérance du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'égard des soins et des services déficients et récurrents du Manoir Liverpool. Comment expliquer la poursuite de l'établissement dans des démarches de soutien et d'accompagnement qui se sont succédées principalement sur les mêmes manquements, au cours de la période de 2016 à 2020?

Nous avons pu constater que les intervenants et les gestionnaires du CISSS ont, en toute bonne foi, cru dans le projet de \_\_\_\_\_ et en son discours. C'est pourquoi, ils y ont investi des ressources et énormément de temps et d'énergie afin de permettre aux gestionnaires et employés des RI, d'améliorer leurs pratiques et de maintenir des standards de qualité au bénéfice des usagers. Nous avons aussi noté que leur gestion des problématiques ou des écarts s'effectue une situation à la fois, sans définir une vision globale permettant de poser un regard davantage analytique sur l'ensemble des situations réparties dans le temps.

#### **CONSIDÉRANT :**

- Nos conclusions sur le bien-fondé de treize allégations soulevées dans les reportages de Radio-Canada et leur gravité;
- Nos conclusions sur la compromission de la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être de plusieurs usagers et sa gravité;
- Nos conclusions sur le bien-fondé des allégations adressées aux enquêteurs administratifs en cours d'enquête et leur gravité;
- Nos conclusions à l'égard des situations de maltraitance physique et organisationnelle;
- L'incapacité persistante de \_\_\_\_\_ à redresser le fonctionnement de ses ressources;
- La rupture sans équivoque du lien de confiance avec \_\_\_\_\_ ,

**PAR CONSÉQUENT**, nous recommandons au CISSS de Chaudières-Appalaches de résilier, pour motifs sérieux, les ententes particulières le liant à la RI Manoir Liverpool, la RI \_\_\_\_\_ et la RI Le Manoir New Liverpool.

Lévis, ce 21 décembre 2020

---

<sup>42</sup> En lien avec le service commun *S'assurer que l'utilisateur a une hygiène adéquate.*

## ANNEXE I – Procédure lors d’inspections du Manoir Liverpool

### Procédure lors d’un inspecteur de la MAPAQ (alimentaire)

1. Le faire assoir au salon et lui demander son nom
2. Appeler \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ ou sur son cellulaire :
3. Appeler au \_\_\_\_\_ à la cuisine pour les aviser que nous avons un inspecteur
4. Aviser \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_
5. Une des deux \_\_\_\_\_ peut descendre en bas pour s’assurer que tout est ok
6. Codifier \_\_\_\_\_ et lui demander de venir me rejoindre dans la cuisine
7. Aviser \_\_\_\_\_ et la Villa Bellevue que nous avons une inspection MAPAQ
8. Aviser Lac-Etchemins aussi

### Procédure lors d’un inspecteur de la certification du ministère

1. Le faire assoir au salon et lui demander son nom
2. Enlever immédiatement l’horaire en place et la remplacer par l’horaire d’inspection
3. Appeler \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ ou sur son cellulaire :
4. Aviser \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_
5. Aviser \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ (il faut la rejoindre)
6. Codifier \_\_\_\_\_ et lui demander d’aller tout retirer les stopper de porte aux 1-3-4 étage
7. Appeler à la Villa Bellevue \_\_\_\_\_ et les aviser que nous sommes en inspection du ministère et par la suite aviser Villa des Etchemins.
8. Chose à faire par \_\_\_\_\_ et/ou \_\_\_\_\_ : (annuler vos rencontres pour être disponible)
  - Aller aviser le personnel des étages
  - Fermer toutes les portes des aires communes (salon, cuisine)
  - Fermer les portes de la buanderie, de la maintenance, de l’infirmierie (les 3 portes), de la porte des bains et de la douche
  - S’assurer que toutes les portes dans l’infirmierie contenant des médicaments soient barrées
  - Vérifier le chariot à médicament : enlever la médication périmée et s’assurer que tous les médicaments soient prescrits tel que les gouttes lubrifiantes, les Voltaren en crème, ETC...
  - Aller voir les chariots de ménage : s’assurer qu’aucun produit soit sur la chariot libre (tout doit être dans l’espace barré avec la clé) **AUCUN PRODUITS DANGEREUX DOIT ÊTRE ACCESSIBLE : TOUT DOIT ÊTRE BARRER**
  - Au poste d’infirmierie s’assurer que le code d’éthique et la politique de plainte soit afficher sur toutes les étages.

Procédure lors d'un inspection d'incendie :

- Le faire assoir au salon et lui demander son nom
- Appeler            au        ou sur son cellulaire :
- Codifier            : lui demander de tout retirer les stopper de porte aux 1-2-3-4 étage et lui demander où sont les registres de la régie du bâtiment, le dernier rapport du nettoyage de la hotte, dernier inspection d'alarme et de gicleurs, etc.....
- Aviser            au        ou                    et            au        ou
- Aviser            au        ou                    (il faut la rejoindre)

## ANNEXE 2 – Écarts observés en cours d'enquête administrative

### Visites de vigie de la qualité des services offerts

Des visites de vigie du suivi de la qualité des services offerts ont permis d'observer des écarts importants déjà constatés précédemment dans le cadre de la présente enquête administrative, à savoir :

|   |   |
|---|---|
| <p>Visite du<br/>29-07-2020</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interprétation différente des recommandations alimentaires (textures).</li> <li>▪ Entretien ménager et des fauteuils roulants inadéquat.</li> <li>▪ Protocole et procédure sur traitement de l'hypoglycémie non disponibles.</li> <li>▪ Écarts sur le port du masque de protection.</li> </ul>   |
| <p>Visite du<br/>19-08-2020</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des médicaments et des produits dangereux se retrouvent encore dans les chambres.</li> <li>▪ Surveillance et supervision des usagers déficientes (alors que la ressource n'est pas à sa pleine capacité).</li> <li>▪ FADM et cahier de selles, peu ou non complétés.</li> </ul>  |
| <p>Visite non<br/>planifiée du<br/>21-08-2020</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Écarts sur le port du masque de protection pour plusieurs employés.</li> <li>▪ Des portes coupe-feu étaient ouvertes et maintenues par des <i>stoppers</i>.</li> <li>▪ Plusieurs observations confirmer que les textures et les recommandations à l'alimentation ne sont pas respectées. Au 2<sup>e</sup> étage :<br/>Au 1<sup>er</sup> étage, sur unité cognitive : « Au tableau à la salle à manger, il est indiqué que les aliments doivent être coupés, pas de morceaux durs ou secs, doit avoir sauce ++... Lorsque je m'approche de la dame, le PAB retire très rapidement l'assiette qui était devant elle et s'empresse de la vider dans la poubelle. J'ai eu le temps de voir que l'assiette était pleine et que les aliments n'étaient pas coupés. Je suis partie quelques minutes et lorsque je suis revenue, madame avait un morceau de gâteau (entier et sans sauce) devant elle. Encore cette fois, le PAB a retiré très rapidement le plat ».</li> <li>▪ Les employés ne connaissent pas l'existence des outils de classification et ne savent pas du tout qu'il y a des usagers en RI et d'autres en RPA.</li> </ul> |
| <p>Visite du<br/>26-08-2020</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les textures des aliments et les recommandations alimentaires ne sont pas respectées. « Pour _____, il est indiqué « texture hachée » alors qu'on lui sert une assiette comme celle des autres résidents (pain farci à la viande entier et salade de pommes de terre). Pour une deuxième dame également _____, les aliments devraient être coupés alors qu'ils ne le sont pas, devrait avoir sauce ++ alors qu'elle en n'a pas... ».</li> <li>▪ Les outils de classification ne sont pas connus ni utilisés par le personnel. Les informations ne se retrouvent pas au plan de soins. Les services rendus ne correspondent pas à la classification. « Pour un usager au _____, il mange à sa chambre pour souper sans surveillance et s'est fait son repas seul. Dans la classification, il est mentionné que la RI doit couper la nourriture, stimuler et beurrer les rôties ».</li> </ul>  |
| <p>Visite du<br/>02-09-2020</p>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réception d'un courriel transmis par _____ du Manoir le <b>26 août 2020 à 12 h 55</b> : « Les outils de classification sont mis dans le plan de soins. Nous venons de faire une procédure pour les PRN avec des suivis et des exemples de notes au dossier. Côté textures des aliments, nous nous assurons qu'elles soient ok et que tout le monde comprenne la définition de la texture, de même qu'à la cuisine. Il y a eu une texture que vous vouliez définir plus coupé tendre ». <b>Ce même jour</b>, nous avons fait une visite de vigie à <b>16 h 30</b>. Nous avons observé que les plans de soins et les services rendus ne correspondent pas aux outils de classification et que le personnel ne connaît pas les outils. Nous avons aussi observé que les textures des aliments recommandées ne sont pas du tout</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>Visite du<br/>02-09-2020<br/>(Suite)</p>                | <p>respectées. Par exemple, une dame doit avoir des aliments hachés. Elle a devant elle une assiette normale. Une deuxième dame doit avoir des aliments coupés et beaucoup de sauce. Assiette normale sans sauce et aliments non coupés. Demande adressée à la directrice générale de produire des AH-223.</p>   |
| <p>Visite au<br/>3<sup>e</sup> étage du<br/>14-09-2020</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'outil de classification n'est pas respecté. Ne se retrouve pas au dossier et le plan de soins diffère des recommandations de l'outil. devrait avoir une surveillance lors de l'alimentation et lors des déplacements. Nous observons qu'elle n'a pas la surveillance nécessaire.</li> <li>▪ Une seule PAB pour couper les aliments, servir les repas et donner l'assistance aux 12 usagers présents à la salle à dîner lors du repas observé. m'explique qu'elle est toujours seule et ce, jusqu'à ce qu'il y ait 20 usagers à la salle à manger.</li> <li>▪ Écarts sur le port du masque de protection.</li> <li>▪ Irrégularités aux FADM : les suppléments alimentaires ne sont pas donnés tels que recommandés ou bien il manque des inscriptions. L'infirmière nomme que lorsque la distribution est faite par une PAB avec Loi 90, il n'y a pas d'inscription aux FADM.</li> </ul> |
| <p>Visite au<br/>2<sup>e</sup> étage du<br/>07-10-2020</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le chariot de médicaments, le frigo et les armoires ne sont pas verrouillés. Pour , l'Instrument de classification n'est pas respecté et les informations ne sont pas transposées au plan de soins. « À l'Instrument, il est mentionné que . Il est indiqué que la RI doit adapter son menu.</li> <li>▪ Le cahier de selles n'est pas complété pour octobre (quelques rares inscriptions s'y retrouvent). Vérification de celui de septembre, il manque beaucoup d'inscriptions mais pour , presque toutes les selles indiquées sont liquides ».</li> </ul>   |

### Tableau des faits relatés par les intervenants au suivi professionnel des usagers

Un tableau pour consigner les faits importants observés à partir du 20 mai 2020 est documenté par les intervenants cliniques afin d'assurer le suivi requis auprès des gestionnaires du Manoir et de l'établissement.

### Observations relatives au non-respect des règles de contrôle et prévention des infections en lien avec la Covid-19 :

|  |  |
|--|--|
| <p>Port du masque, protection oculaire et jaquette absents ou inadéquats</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 01-06-2020</li> <li>▪ 03-06-2020</li> <li>▪ 05-06-2020 : 3 employés</li> <li>▪ Semaine entière du 15-06-2020 : plusieurs employés</li> <li>▪ 19-06-2020</li> <li>▪ 30-06-2020 plusieurs personnes</li> <li>▪ 22-07-2020 et plusieurs autres journées et pour plusieurs employés</li> <li>▪ 24-07-2020 le personnel entre dans une chambre en isolement sans protection</li> <li>▪ 31-07-2020 plusieurs personnes au poste de garde</li> <li>▪ 17-09-2020</li> </ul> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 18-09-2020</li> <li>▪ 25-09-2020</li> <li>▪ 13-10-2020</li> <li>▪ 15-10-2020</li> <li>▪ 20-10-2020</li> </ul> |
| Manque de surveillance auprès d'une usagère en isolement préventif         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 08-06-2020</li> </ul>   |
| Non-respect de la distanciation de deux mètres                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 25-08-2020</li> </ul>   |
| Matériel non disponible (lingettes désinfectantes)                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 08-07-2020</li> </ul>   |
| Ignorer le suivi à accorder aux usagers avec symptômes (mise en isolement) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 24-07-2020</li> <li>▪ 05-11-2020</li> </ul>   |



**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 

[www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca)

