

RAPPORT D'ENQUÊTE CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE

CHSLD VIGI REINE-ÉLISABETH



Préparé par:

- Marc Fortin, enquêteur

Avec la collaboration:

Crystal Côté infirmière spécialisée

Présenté à:

- M. Le Minitre, Christian Dubé
- Mme La Ministre, Marguerite Blais

La table des matières

Le contexte, le mandat et ses limites	4
La démarche	5
Le CHSLD Reine-Élisabeth au sein de Vigi Santé	6
La problématique	7
• Les gestionnaires	8
• Les employés	9
• Le comité des résidants	12
• Les familles	13
• L'organisation des soins dans leur ensemble	14
La recommandation	22
La conclusion	23
Documents de références	24

Note au lecteur

- 1) *Le CHSLD Vigi Reine-Élisabeth héberge des résidants depuis plusieurs années et a obtenu en 2018 un rapport d'agrément avec mention d'honneur.*
- 2) *Le présent rapport d'enquête met en exergue des éléments devant faire l'objet d'interventions correctives à brève et moyenne échéance.*

Le sommaire exécutif

Le 11 mars dernier le Ministre de la santé et des services sociaux confiait un mandat à M. Marc Fortin pour mener une enquête administrative et clinique au CHSLD Vigi Reine-Élisabeth et lui faire rapport, ainsi qu'à la Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, au plus tard le 16 mai 2022.

Une démarche de type « enquête terrain » a eu lieu. Pour ce faire, mis à part la lecture de nombreux documents, essentiellement, ont été recueilli des opinions, des observations des pratiques cliniques, des comportements et attitudes, et ce, à l'aide de rencontres individuelles et de groupe. Des échantillons significatifs et représentatifs d'employés, de familles et de gestionnaires permettent d'établir la problématique et de faire une recommandation éclairée.

En amont...

- ▶ L'historique de l'évolution de l'entreprise familiale
- ▶ 3 directeurs généraux ayant quitté Vigi Santé entre 2011 et 2018
- ▶ 5 postes de l'équipe de direction occupés par des membres de la famille
- ▶ Une pandémie qui affecte plus particulièrement 2 des CHSLD du groupe Vigi Santé, dont Vigi Reine-Élisabeth

Vigi Reine-Élisabeth...

- ▶ Un manque significatif de leadership clinique et de gestion
- ▶ Une organisation de soins et de services déficiente
- ▶ Un climat de travail qui place le personnel sur la défensive et la méfiance
- ▶ Une perte de confiance modulée et entremêlée impliquant: administration, gestionnaires, employés, familles et partenaires propriétaires divisés sur la vision et la gestion de l'entreprise

La recommandation...

Que le CHSLD Reine-Élisabeth bénéficie d'un accompagnement provisoire d'au moins 1 an et subsidiairement que la famille propriétaire revoie son rôle au niveau des opérations courantes le cas échéant...pour renforcer la gestion, dynamiser le milieu, réorganiser les soins et rétablir la confiance.

La solution...

...Un projet pilote novateur et porteur de sens...

Le contexte

La COVID-19 a affecté le fonctionnement des établissements du réseau de la santé du Québec. Pour le CHSLD Vigi Reine-Élisabeth, cela a eu pour effet, entre autres, d'entraîner un exode de plusieurs employés, et d'affecter grandement l'organisation du travail et les soins et services aux résidents. Par conséquent, certaines familles et proches ont fait des plaintes, dont certaines ont eu écho dans différents médias. Cette médiatisation a créé un climat de méfiance au sein de l'organisation.

Dans ce contexte, le Ministère de la santé et des services sociaux veut faire la lumière sur cette situation et s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins et services offerts.



Le mandat

Le 11 mars 2022, le Ministre de la santé et des services sociaux, monsieur Christian Dubé, mandatait monsieur Marc Fortin, à mener une enquête administrative au CHSLD Vigi Reine-Élisabeth. Ladite enquête comporte trois éléments:

- Les pratiques de gestion clinique et administrative;
- La dispensation des services offerts aux usagers hébergés;
- Les interventions effectuées par le Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSSCOMTL) auprès du CHSLD.

Les limites du mandat

Rappelons que l'enquête visait à apprécier la dynamique du milieu de travail et ses répercussions sur les soins et services aux résidents.

Au départ, pour bien saisir le fonctionnement et les spécificités de la compagnie Vigi Santé Ltée plusieurs membres de la haute direction ont été rencontrés.

L'équipe de direction supervise 15 établissements. La présente enquête concerne seulement le CHSLD Vigi Reine-Élisabeth.



La démarche

Considérant la nature du mandat, la démarche privilégiée souscrit à l'enquête terrain. Cette approche permet de recueillir le plus d'informations factuelles possibles et d'effectuer une complémentation à l'analyse de documents demandés.

Cette documentation de référence, provient à la fois des visites ministérielles, du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS Centre-Ouest, de Vigi Reine-Élisabeth, des Forces armées canadiennes et des visites effectuées par le CIUSSS.

En complément, il a été recueilli des opinions, observé des pratiques cliniques, des comportements et attitudes, et ce, à l'aide de rencontres individuelles et de groupe. Aussi il y a eu des visites des lieux à caractère impromptu, lesquelles visites n'apparaissent pas dans le décompte ci-bas. L'ensemble de ces informations qualitatives permettent d'exprimer un certain nombre d'opinions sur cet établissement.

- 8 Rencontres individuelles avec des membres de la famille propriétaire et ou cadres supérieurs;
- 1 Rencontre individuelle avec la gestionnaire du CHSLD Vigi Reine-Élisabeth;
- 5 Rencontres individuelles avec des gestionnaires ayant quitté l'établissement depuis 2015;
- 38 Employés rencontrés en groupe ou individuellement;
- 2 Médecins rencontrés sur une possibilité de 3 pratiquant au CHSLD;
- 16 Rencontres de répondants des familles;
- 5 Membres du comité des résidents rencontrés
- 18 Dossiers des résidents consultés;
- 2 Représentants syndicaux rencontrés;
- 14 Dossiers d'employés consultés;
- 56 Documents parcourus.

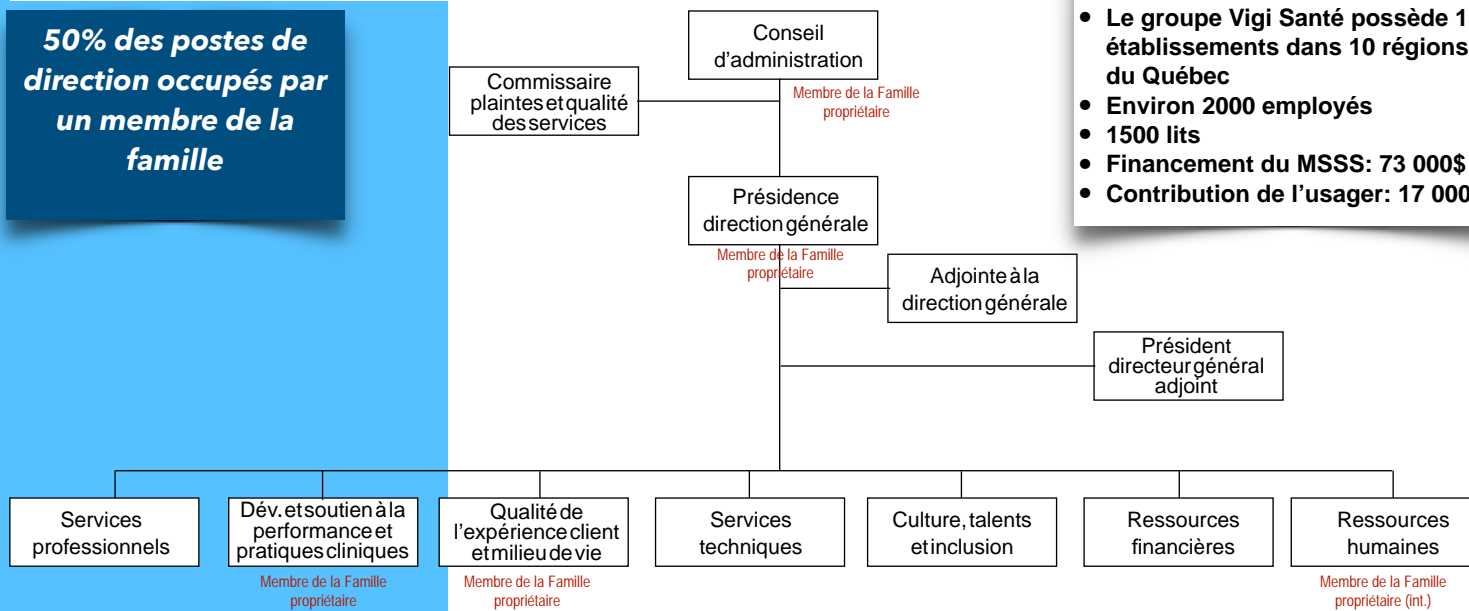
Le CHSLD Reine-Élisabeth au sein de Vigi Santé

La macro structure du groupe Vigi Santé

50% des postes de direction occupés par un membre de la famille

Source: site Web et autres

- Le groupe Vigi Santé possède 15 établissements dans 10 régions du Québec
- Environ 2000 employés
- 1500 lits
- Financement du MSSS: 73 000\$
- Contribution de l'utilisateur: 17 000\$



Les établissements du groupe Vigi Santé

Montréal

CHSLD Vigi
Mont-Royal

CHSLD Vigi
Pierrefonds

CHSLD Vigi
Marie-Claret

CHSLD Vigi
Dollard-des-Ormeaux

CHSLD Vigi
Reine-Élisabeth
*Member of the Family
owner*

Autres régions

Montréal
CHSLD Vigi
Brossard

Montréal
CHSLD Vigi
Montréal

Estrie
CHSLD Vigi
Shermont

Mauricie
CHSLD Vigi Les
Chutes

Lanaudière
CHSLD Vigi
Yves-Blais

Laval
CHSLD Vigi
L'Orchidée blanche

Outaouais
CHSLD Vigi
de l'Outaouais

Québec
CHSLD Vigi
Saint-Augustin

Laurentides
CHSLD Vigi
Deux-Montagnes

Chaudière-Appalaches
CHSLD Vigi
Notre-Dame de Lourdes



Reine-Élisabeth

- Immeuble de 6 étages
- 5 secteurs de soins
- 150 lits
- 1 unité prothétique
- 206 employés environ

La problématique

La figure ci-bas présente les principales composantes de la problématique observée au CHSLD Vigi Reine-Élisabeth.

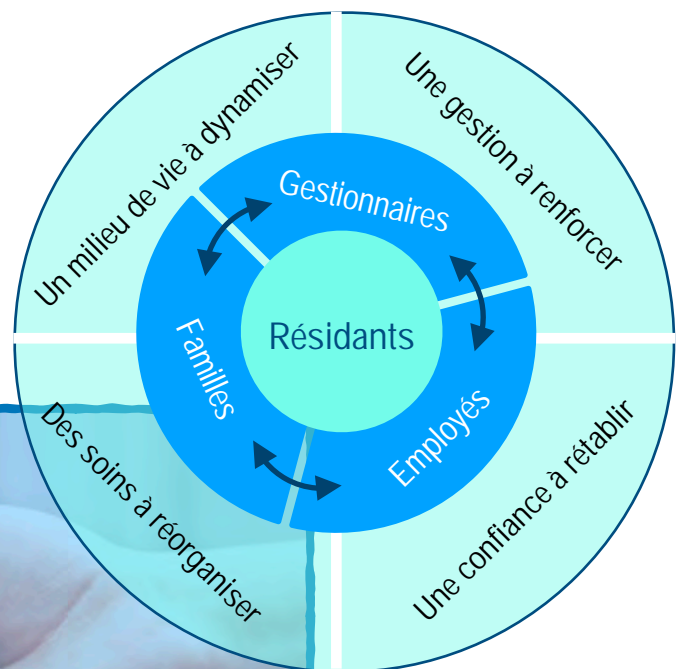
Sa raison d'être, « les résidants ». Ces personnes sont toutes vulnérables, et ce, à bien des égards: perte cognitive à plus ou moins large spectre, perte d'autonomie, problèmes de santé mentale, démence, troubles du comportement, ne sont que quelques caractéristiques de la clientèle du CHSLD. Toutes ces personnes ont besoin de soins adaptés à leur condition, dans un environnement que l'on qualifie de « milieu de vie ».

Malheureusement pour plusieurs d'entre eux c'est plutôt un milieu de « fin de vie ». Raison de plus, pour leur offrir un milieu sécuritaire, doté d'espaces et d'équipements facilitant les soins à prodiguer. Cet environnement est animé par des personnes qui les côtoient au quotidien: membres de la famille, répondants, professionnels de la santé, voire même gestionnaires, lesquels se relaient pour leur assurer bien-être et dignité, droit fondamental de toute personne vivant dans ce type de milieu.

Qu'en est-il de la dynamique interne de cet établissement? Les opinions émises sont basées sur les nombreuses rencontres effectuées avec plusieurs employés, familles, gestionnaires, médecins; la consultation de dossiers de résidants et la lecture de moult documents. Enfin, il y a eu des observations du travail effectué sur les cinq secteurs (unités) de soins.

**Nous, l'humain au cœur de notre agir...
...on n'y croit tout simplement plus...**

Des employés rencontrés



L'HUMAIN
AU CŒUR DE NOTRE AGIR

Direction des soins et
coordonnateur des services
à la clientèle

Trois chefs d'unité et
coordonnateurs des soins

CHSLD Reine-Élisabeth

La gouvernance du CHSLD Reine-Élisabeth est assurée d'une part, par l'ensemble des directeurs de Vigi Santé Ltée, dont le siège social est à Dollard-Des-Ormaux et d'autre part, localement, par une personne qui occupe la fonction de directeur des soins et coordonnateur des services à la clientèle.

Celle-ci est supportée par trois personnes dont le titre d'emploi est « chef d'unité et coordonnateur des soins ».

Dans les faits, le poste de directeur est vacant depuis le départ à la retraite de la titulaire. Depuis ce temps, trois personnes se sont succédées, ayant comme résultante la vacance de ce poste, en date du présent rapport. L'intérim est présentement assuré par le propriétaire de Vigi Santé Ltée.

Parmi les trois personnes qui détiennent la responsabilité de chef d'unité de soins et coordonnateur des services à la clientèle, il y a une seule sur qui repose toute la coordination du CHSLD. Une personne n'occupe pas encore le poste de cheffe d'unité et coordonnatrice de soins. Actuellement, elle occupe le poste d'agente d'activités cliniques. Quant à la troisième personne, celle-ci est en fonction depuis le mois d'octobre 2021.

Donc il y a une seule personne expérimentée, une autre qui possède 6 mois d'expérience et une dernière personne qui n'a aucune expérience d'un poste d'encadrement et aucune formation dans ce domaine.

Au CHSLD Reine-Élisabeth, en considérant ce qui est présenté plus en amont, il y a une absence marquée de leadership administratif et clinique, de dynamisme et de mobilisation du personnel. Un climat teinté de méfiance entre

les employés et l'administration, voire même entre les familles et les employés et les gestionnaires est constaté. Certes, l'implication élargie du propriétaire, lequel, en principe, assume la direction des soins sans posséder les attributs académiques requis, peut suppléer ponctuellement, mais à très court terme cela est peu viable. Celui-ci est cependant soutenu par une coordonnatrice clinique, qui tout en suivant les directives du propriétaire, prend en charge toutes les opérations courantes. Cette centration des décisions opérationnelles entraîne un contrôle indu et un manque d'agilité de gestion. Cette structure de gestion minimaliste, apparaît être assumée avec un excès d'autoritarisme, créant ainsi de la méfiance.

Il a été observé peu de présence soutenue par des chefs d'unité, dans les unités de soins (appelés secteurs de soins). Le personnel manque donc de mobilisation et de soutien, pour remédier aux différents problèmes quotidiens.

Une seule cheffe d'unité sur trois possède l'expérience et les connaissances pour assumer adéquatement ces responsabilités.

Les employés:

Plusieurs commentaires provenant des employés et représentants syndicaux, totalisant plus de 7 heures d'enregistrement, pour 33 personnes rencontrées ont été recueillis. Même si, d'entrée de jeu, il leur a été demandé: « qu'est-ce qui va bien ou moins bien dans leur milieu de travail », les réponses reçues reflétaient presque en totalité les difficultés vécues dans le centre.

Afin de préserver l'anonymat, à l'occasion, certains énoncés ont été modifiés, sans pour autant en perdre le sens. De plus, certains commentaires, jugés compromettants ont été délibérément omis.

Voici de façon non exhaustive le verbatim de nombreux employés qui se sont exprimés:

J'ai été obligé de cesser de nourrir un résident pour aider un autre résident à se coucher parce qu'une famille a fait pression sur le patron

Un employé rencontré

- « L'ambiance de travail est affectée par le manque de personnel, cela rend instables les résidents et les préposés et tout ça crée des tensions entre nous »;
- « On sait que des employés aiment travailler ensemble mais l'administration ne veut pas, on nous sépare »;
- « Si j'avais à placer ma mère icitte ce serait NON! »;
- « Avec les infirmières ils en ont fait des secrétaires, elles ne font que remplir de la paperasse »;
- « Même avant la pandémie il y avait beaucoup de lacunes »;
- « Le monde quitte le bateau même pour un autre centre de Vigi »;
- « Des fois on se pose des questions sur les compétences des agences »; (ici on parle de la main-d'œuvre indépendante)
- « Un préposé d'agence qui n'est pas capable de lever une ridelle »;
- « Avant de soir on était 4 mais le MSSS dit que c'est 3...c'est de l'esclavage »;
- « Les familles posent des caméras, nous enregistrent, nous photographient et envoient ça au patron »;
- « Les familles ont toujours raison »;
- « On (administration) a peur des familles »;
- « Des familles nous donnent des ordres à partir des caméras et si on ne le fait pas on subit les contrecoups qui nous tapent sur la tête »;
- « Certaines familles nous insultent »;
- « La communication n'est pas là »;
- « Ils ont décidé que nous allons faire 7 bains de jour et 5 de soir et que c'est un seul préposé qui va les faire...pour bien des résidents, il faut être deux »;
- « Le problème c'est la gestion »;
- « Tourner les résidents aux 2 heures on n'a pas vraiment le temps »;

Pourquoi vous ne restez pas un peu de temps pour parler?

Une employée qui rapportait les propos d'un résidant

Des résidants qui n'ont pas de famille sont négligés parce qu'on doit toujours satisfaire les familles qui demandent toujours plus

Des employés rencontrés

On a pas le temps de peigner les cheveux et de faire les ongles des résidants

Des employés rencontrés

« Maintenant il faut remplir une feuille qui nous prend 20-25 minutes...encore de la paperasse »;

« Vigi garantit les heures mais pas le poste, donc ils peuvent nous déplacer comme ils veulent »;

« Considération et reconnaissance n'existent pas »;

« On donne beaucoup d'importance au bien paraître »;

« La COVID a le dos large c'était comme ça avant »;

« Si on est stables sur les étages, le résidant est plus réceptif et la qualité est meilleure...mais l'administration pense qu'il y en a qui se traînent les pieds et donc on veut les changer d'étage... cela a comme conséquence de déstabiliser tout le monde »;

« M. XXX a beaucoup d'anxiété parce qu'il y a beaucoup de changement de personnel »;

« Les préposés aux bénéficiaires ne participent pas au comité interdisciplinaire... »;

« Les préposés devraient avoir des formations pour savoir se comporter envers les résidants qui ont des troubles de santé mentale »;

« Beaucoup d'infirmières d'agence...communication insuffisante »;

« Il faut revenir à la base...se centrer sur le résidant...surveiller les plaies, les faire bouger... »

Une très grande majorité d'employés confirment que le CHSLD Vigi Reine-Élisabeth éprouvent des difficultés provoquant un climat de travail non enviable. Ces difficultés prennent leur source en amont de la pandémie soit quelques années auparavant. La pandémie a eu pour effet d'exacerber la situation. Aussi selon plusieurs employés, ce milieu de travail a déjà été respectable et apprécié.

Plusieurs facteurs influent sur la situation actuelle. La direction de ce centre a été stable pendant plusieurs années, mais depuis le départ à la retraite de la responsable de l'installation, également responsable des soins, laquelle a quitté pour cause de maladie, personne n'a semblé répondre aux attentes de la direction, même si ce poste a été comblé à trois reprises.

Le propriétaire, qui en tout respect ne possède pas la formation académique requise, occupe cette fonction depuis ce temps. Celui-ci est soutenu par une infirmière coordonnatrice, qui en quelque sorte, est une personne orchestre. Elle est responsable du personnel de l'établissement, elle s'occupe de donner les congés et les vacances, elle s'occupe des plaintes des familles, quand ce n'est pas le propriétaire lui-même et elle s'occupe de la disponibilité du matériel et de bien d'autres choses qui occupent son quotidien.

Le personnel nous a confirmé que pour eux tout doit passer par cette personne. De plus les nuits et les fins de semaine, la coordination fait souvent défaut. Le personnel régulier est souvent appelé à jouer ce rôle sans assise expérientielle solide. Sans rien enlever aux personnes actuellement en poste, qui font de leur mieux dans les circonstances, il manque des gestionnaires chevronnés, pour soutenir les équipes cliniques, de même que pour assurer les différents suivis de gestion.

Le départ de nombreux employés d'expérience, soit à la retraite, mais aussi et surtout, pour occuper d'autres fonctions au sein d'autres établissements, dont ceux de Vigi Santé, ajoutent à la problématique d'ensemble. Tout indique que le climat interne de l'organisation est devenu un incitatif à quitter.

Les postes laissés vacants sont remplacés par du personnel provenant des agences. Ceux-ci n'ont pas tous l'expérience et les habiletés nécessaires, de même qu'un sentiment d'appartenance, si important pour un milieu de vie et de soins tel un CHSLD. De plus, il s'agit principalement de postes cliniques névralgiques tel qu'infirmière et infirmière auxiliaire. L'organisation des soins et des services et le déroulement des activités quotidiennes en sont affectés.

Le climat de travail est aussi impacté par la dynamique qui prévaut entre certaines familles et employés. Les exigences de celles-ci en matière de soins et la diligence attendue lorsque des demandes sont formulées aux employés, créent de la tension, de la méfiance, voire même, un manque de civilité. Lorsque les familles se plaignent à l'administration, celle-ci privilégie habituellement l'argument de la famille et considère peu l'opinion de ses employés. Cette situation crée une perte de confiance des employés vis à vis le personnel d'encadrement. L'utilisation de caméra de surveillance, parfois utilisée pour prendre en défaut le personnel et ainsi faire pression sur eux et l'administration, ajoute à cette méfiance.

En résumé les éléments qui minent le climat interne de cet établissement sont:

- **Une absence de leadership de gestion dynamique;**
- **Le roulement du personnel;**
- **L'utilisation en grand nombre des agences privées de personnel;**
- **Les demandes « pressantes et incessantes » de certaines familles;**
- **Le manque de soutien, d'implication, de considération et de reconnaissance de l'administration envers le personnel;**
- **Une organisation des soins et services questionnable.**

**La qualité descend...
il y a de plus en plus
de plaies**

*Des employés
rencontrés*

...pas autorisés à parler des problèmes rencontrés par le personnel...

Personne du comité des résidants

Le comité des résidants:

Les membres du comité des résidants ont été rencontrés en groupe ou de façon individuelle pour certains. Tout en préservant la confidentialité des propos recueillis, essentiellement les verbatims se résument ainsi:

- Il lui semblait globalement trop difficile d'initier un changement au centre;
- Le recours aux médias n'était pas la solution et qu'il existe de nombreux autres processus qui pourraient être utilisés pour résoudre les problèmes;
- Les « règles » que le gouvernement a mises en place et qui empêchent le comité de résidants d'apporter des modifications;
- Ils n'étaient pas « autorisés » à parler des problèmes qui affectent les préposés;
- Beaucoup de patience et de temps pour initier tout changement;
- Les membres du comité des résidants ont mentionné qu'ils n'étaient pas autorisés à discuter des problèmes rencontrés par le personnel, de sorte que seules certaines de ces questions, auraient pu en théorie, être soumises au comité;
- Ils avaient reçu la réponse que les préposés ne s'identifieraient tout simplement pas à l'appel aux cloches, tel qu'il avait été demandé par le comité des résidants.
- Injuste la manière dont les directeurs et les coordonnateurs traitent l'équipe des préposés;
- C'est le milieu de vie de beaucoup de gens et ces gens étaient bouleversés de voir leur maison calomniée de cette façon (référence aux médias);
- Avoir un jardin pour la première fois à l'arrière de la résidence;
- On fait la promotion de la santé et du bien-être lors de la semaine des droits.

Le comité de résidants semble être en place et soutenu par Vigi Reine-Elisabeth. Cependant des questionnements subsistent, quant à la transparence de l'équipe de coordination envers le comité des résidants. Plusieurs membres de ce comité sont jugés inaptes et ont des mandataires, alors qu'ils siègent au comité de gestion du comité de résidants. Certains résidants sont incapables de communiquer pendant les réunions.

Le rapport annuel du comité des résidants est complet et reflète les projets et le travail effectué au fil du temps. Par contre, sur la base de cette information, il est difficile de saisir le rôle joué par ce comité au sein du CHSLD. Aucune des plaintes formulées par les familles ayant porté plainte, n'a été soumise à l'attention du comité de résidants. Interrogés, les membres ont mentionné qu'ils travaillaient depuis très longtemps sur certaines des mêmes problématiques signalées, sans résultat. Lorsqu'on leur a demandé de spéculer sur les raisons pour lesquelles ils n'étaient pas en mesure d'instituer des changements, ils ont ouvertement nommé, que de nombreuses règles établies par le gouvernement les empêchent d'apporter des changements. Les membres du comité des résidants étaient hésitants et potentiellement craintifs, à discuter plus avant de ces règles, qui les bloquent dans leurs actions.

Les familles:

Nous avons contacté 16 familles, soit en présence, ou par voie téléphonique. Nous présentons les éléments à caractère positif et les éléments qui nous ont été communiqués à consonance négative. Entre parenthèse c'est le nombre d'occurrences.

❖ Caractère positif:

- Préposés travaillent très fort (2);
- Certains employés travaillent fort;
- Communication adéquate en relation aux soins quotidiens;
- Communication adéquate dans des délais raisonnables;
- Bonne résidence pour personne sans affection cognitive;
- Soins aux résidants adéquats;
- Personnel très gentil et se soucie de son frère;
- Bonne direction sans soutien;
- Bel environnement;
- Possibilité de vie active;
- Vécu au CHSLD de la part de leur tante.

❖ Caractère négatif:

- Manque de communication plus proactive (8);
- Manque de collaboration et de partenariat avec répondants (6);
- Roulement fréquent du personnel / manque de personnalisation des soins (8);
- Manque de leadership infirmier et de qualité des soins infirmiers (7);
- Manque d'éducation et d'orientation du personnel (4);
- Bris de confiance et coordination (personnel au chevet et coordination) (5);
- Manque d'alimentation et d'hydratation adéquate (3);
- Manque de rigueur dans les processus de contrôle des infections;
- Négligence envers des résidants sans répondant présent physiquement;
- Manque de relation thérapeutique et de stimulation aux résidants (5);
- Manque de qualité et de variété dans la nutrition (4);
- Manque de coordination et de communication des soins post épisode aigu;
- Manque de transparence dans le processus pour accès aux spécialistes (2);
- Manque de temps à aire ouverte;
- Manque de transparence et de compréhension (4);
- Manque de réactivité du personnel pour répondre aux besoins des résidants (appel cloche);
- Manque de coordination pour offrir une évaluation annuelle de santé;
- Manque de vigilance dans la détection des signes avant-coureurs de maladies aiguës, afin que les maladies puissent être gérées sur place.

Dans beaucoup de cas les familles ont raison de se plaindre

Des employés rencontrés

Il ressort que, plus la situation d'un résidant est compliquée, plus il y a de risque de rupture de confiance, de collaboration et de partenariat avec les familles. Souvent, lorsque les familles parlaient de ruptures de confiance ou de collaboration, cela découlait de ce qu'elles avaient identifié, comme étant un manque de communication proactive concernant les maladies aigües. Par conséquent, une fois la confiance rompue, les équipes cliniques et le personnel deviennent plus défensifs et parfois brusques dans leur style de communication, augmentant ainsi les préoccupations des familles.

Certaines familles ont perdu toute confiance envers le CHSLD, et, par conséquent, gèrent tous les petits détails des soins prodigués par le personnel clinique. Cela semblerait être cautionné par l'équipe de coordination, laquelle prioriserait les demandes familiales au détriment du jugement clinique.

Les déplacements réguliers du personnel d'une unité ou d'un service à un autre, situation décrite et observée, entraînent des ruptures de partenariat et de confiance entre le personnel et les résidants et/ou les familles. Cette pratique provoque également des niveaux élevés d'insécurité pour le personnel. Cela affecte aussi la capacité du personnel, à mieux organiser ou coordonner les soins et services, selon une approche de personnalisation des soins. Pour les résidants affectés au plan cognitif, l'instabilité du personnel contribue à l'aggravation de leur confusion et troubles du comportement.

La vision de l'établissement par rapport à la promotion de la collaboration, ne se traduit pas dans la gestion quotidienne des conflits entre le personnel et les familles. Il semble que l'approche privilégiée soit plutôt de répondre rapidement aux plaintes des proches, malgré une opinion clinique différente.

L'organisation des soins et services dans leur ensemble:

❖ Partenariat personne hébergée-proches-infirmière/infirmière-auxiliaire/préposé:

La priorisation des soins et des services à donner est parfois effectuée pour répondre aux plaintes familiales et non à partir de l'évaluation des besoins et du jugement clinique du personnel. Cela pourrait être considéré comme de la négligence et une violation des droits de certains résidants, qui ne recevraient pas toujours leurs soins en temps opportun.

Certains résidants semblent recevoir un traitement privilégié et l'actualisation de leur projet de vie pourrait primer, sur les besoins fondamentaux d'autres résidants souvent dépourvus de système de soutien, et ce, malgré la dénonciation de ce fait par le personnel. L'équité est ainsi brimée.

Il y a une grande fluctuation dans la capacité de chaque unité à communiquer et à mobiliser les différents membres de l'équipe, comme observé dans la documentation et les suivis des différentes préoccupations ou problèmes.

Certains aspects de la personnalisation des soins identifiés par les familles sont affichés sur les murs des chambres des résidants (ex : laisser tourner l'ordinateur jusqu'à ce que Monsieur X se soit endormi), mais ne sont pas toujours inscrits dans les plans de soins. Cela peut engendrer de la confusion, de l'insatisfaction ou un manque de connaissance du personnel, lorsqu'il prodigue des soins.

**Niveau élevé
d'agression verbale et
parfois physique
signalé par le
personnel au regard
de certaines familles**

Les rapports inter-quarts se tiennent à des moments où les préposés ne peuvent pas être présents. Cela peut entraîner une incompréhension des besoins, de la conduite à tenir et une méconnaissance des ressources disponibles, pour favoriser l'autodétermination et le maintien des capacités du résidant. Cela affecte la communication entre les préposés et les proches.

❖ **Prévention des problèmes de santé, des accidents et de la maltraitance**

La documentation des facteurs de risque, des signes de détérioration de l'état de santé, des mesures de sécurité, et des alternatives aux mesures de contrôle varie d'une unité à l'autre, notamment en ce qui concerne les plans de soins pour le préposé et le plan thérapeutique infirmier (PTI).

Un niveau élevé d'agression verbale et même parfois physique, par les familles envers le personnel, a été signalé à l'équipe de direction, mais la situation n'aurait pas encore été réglée.

La relation entre les préposés et la majorité des infirmières auxiliaires et des infirmières est bonne et ils sont à l'aise de rapporter les éléments à corriger et de collaborer aux plans de soins et de sécurité personnalisés. Cependant, les informations partagées seraient rarement consignées dans les dossiers.

Des préoccupations sont nommées concernant la main-d'œuvre indépendante qui ne connaît pas toujours les résidants et leurs plans de soins. Cela peut entraver la sécurité et la continuité des soins offerts.

Une défense continue des droits des résidants (droit à un équipement fonctionnel, droit à une répartition du temps de soins basée sur l'évaluation des besoins cliniques), est exprimée par plusieurs membres du personnel. Or ces derniers ne seraient pas toujours entendus ou leurs demandes ne seraient tout simplement pas satisfaites.

Les équipes ont tendance à être plus réactives, que préventives dans leurs interventions. Plusieurs exemples le démontrent. Notons, l'incapacité des équipes à expliquer à un membre de la famille comment accéder à un examen médical annuel pour son proche, le manque de gestion des symptômes anxieux démontrés par les résidants, entraînant souvent de l'agressivité envers le personnel, le manque de coordination pour le suivi médical ou soins préventifs (ex: dentiste, opticien), ou les multiples témoignages des membres de famille, sur la détection de signes avant-coureurs d'une maladie aigüe et le manque de considération des observations transmises au personnel. Il est probable que certains transferts hospitaliers auraient pu être évités.

Globalement, l'utilisation d'alternatives aux mesures de contrôle est tentée dès l'arrivée du résidant. Cependant, les alternatives expérimentées ne sont pas toujours communiquées aux familles. Au cours des entretiens, les familles expriment souvent un manque de compréhension concernant les choix alternatifs et la manière dont la sécurité est assurée. Le CHSLD bénéficierait d'une communication plus ouverte et transparente, incluant l'enseignement aux familles concernant les contentions. De plus, certains équipements, tels que les ceintures de sécurité ou les tablettes, ne sont pas considérés comme des dispositifs de rétention et ne sont pas surveillés. Une amélioration de l'encadrement et de la formation du personnel à cet égard est requise.

Mauvaise communication sur les soins et l'entretien d'un drain entraîne un retour à l'hôpital

❖ **Processus thérapeutique:**

Le suivi clinique n'est généralement pas fait pour tous les résidants en temps opportun. Par exemple, on peut parfois observer des retards dans l'analyse des résultats de prélèvements sanguins ou dans le traitement de l'insuffisance cardiaque congestive. Autre fait documenté, une mauvaise communication sur les soins et l'entretien d'un drain aurait entraîné un retour du résidant à l'hôpital, ce qui aurait pu être évité.

L'équipe de coordination nomme que les compétences et le niveau d'aisance du personnel, par rapport aux mesures diagnostiques et thérapeutiques sont adéquats (ex : l'insertion d'une ligne intraveineuse). Cependant, les équipes cliniques expriment que souvent, ils manquent de confiance, de compétences, d'expérience ou de soutien clinique, pour appliquer certaines mesures. Cela a notamment été démontré lors d'une situation pour laquelle, les tentatives infructueuses d'insertion d'intraveineuse dans le contexte de l'aide médicale à mourir, ont entraîné le retard de l'acte.

Les préposés semblent bien conscients des différentes souffrances que peut vivre chaque résidant, bien que ce ne soit pas toujours bien documenté dans les plans de soins.

Malgré l'identification de lacunes au niveau des connaissances et leur expression à l'équipe de direction, la formation dispensée au personnel n'est pas toujours en relation avec les besoins identifiés.

❖ **Optimisation des capacités et des forces**

Des discussions en équipe interdisciplinaire ont lieu avec les résidants et les familles, afin d'identifier leurs forces, leurs capacités et leurs préférences.

Cependant, la fréquence de ces rencontres n'est pas uniforme d'une unité à l'autre, ni d'un résidant à l'autre, au sein d'une même unité. Les objectifs convenus ou les plans qui résultent des discussions, ne sont pas systématiquement intégrés aux plans de soins des résidants. Généralement les membres des familles d'usagers souffrant ou non, mentionnent que le format des rencontres interdisciplinaires ne répond pas à leurs besoins, notamment en ce qui concerne la durée.

L'adaptation de l'environnement des résidants est également abordée en équipe (infirmière, préposé, ergothérapeute), afin de personnaliser l'environnement, tout en assurant la sécurité.

❖ **Organisation des soins et des services et milieu de vie:**

Au moment d'accueillir de nouveaux résidants, le personnel a exprimé qu'il peut y avoir une fausse représentation de ce qui est offert dans l'établissement. Cela peut causer un écart important entre les soins prodigués, les soins attendus et les mesures de sécurité en place. Cela peut notamment expliquer le nombre élevé de plaintes.

Le volume de bains à délivrer quotidiennement par rapport au nombre de préposés disponibles affecte la personnalisation des soins. La coordination de cette activité selon des plages horaires ciblées, n'offre pas la latitude nécessaire pour s'ajuster aux habitudes de vie des résidants.

Il a été observé que la salle commune offre un espace approprié, mais qu'il y a peu de stimulation ou d'animation, outre un téléviseur.

La majorité des résidants sont installés au lit pour le petit-déjeuner. Il était difficile de déterminer quelles étaient les préférences des résidants et s'il s'agit d'une pratique courante. Or, afin d'éviter le déconditionnement,

de stimuler l'appétit et d'améliorer à la fois l'humeur et la digestion, il serait primordial de s'assurer que les résidants, qui peuvent et veulent prendre leur petit-déjeuner assis au fauteuil, puissent le faire.

Pendant le déjeuner, la majorité des résidants étaient assis sur des chaises pour manger, soit dans leur chambre, soit dans la salle à manger et cela a été observé pour toutes les unités.

Une attention particulière devra être apportée autour des activités « repas ». Par exemple, un résidant qui pleurait à chaque repas, a exprimé qu'il était attristé par son régime de purée. Il pleurait en regardant d'autres résidants assis devant lui, manger des rôties. Un échange s'est ensuivi avec l'infirmière de l'unité et la psychologue. Celle-ci venait, semble-t-il, tout juste de l'évaluer et n'aurait pas constaté de tristesse, déduisant par ailleurs, que cela pouvait être situationnel, en raison de sa localisation dans la salle à manger. La psychologue a alors demandé à l'infirmière de veiller à ce que le résidant soit relocalisé, pour être assis en compagnie de résidants vivant une situation similaire. Il semble que le préposé présent ce jour-là ne connaissait pas les habitudes et ne savait pas, qu'il ne fallait pas asseoir ces deux résidants ensemble. Malheureusement, deux semaines plus tard aucun changement n'a été apporté au plan de soins de ce résidant (ni celui des soins infirmiers, ni celui du préposé). Le résidant a également continué à être assis à la même table, et a continué à montrer des signes évidents de tristesse à chaque repas. Cet exemple pourrait valider l'opinion de certains membres de la famille, selon lesquels les soins sont axés sur les tâches et non sur le caractère unique du résidant.

Les signes de détérioration de l'état du résidant sont souvent vus par le personnel, sont parfois portés à l'attention durant les réunions, mais ne sont généralement pas documentés et entraînent des difficultés à retracer, analyser, gérer et prévenir une détérioration ultérieure.

Il semble y avoir une préoccupation sous-jacente autour de la langue parlée par le personnel, en grande partie francophone. Or, en raison de la situation géographique et culturelles des quartiers entourant le CHSLD Vigi Reine-Elisabeth, nous observons une grande proportion de résidants anglophones. Certains sont unilingues, d'autres sont bilingues, mais en raison de leurs maladies chroniques qui affectent leur cognition, ils sont incapables de comprendre ou de parler le français. Des familles ont également signalé ne pas avoir eu accès à des informations, dans une autre langue que le français.

❖ **Engagement professionnel et soutien à l'équipe intra professionnelle**

La vision de l'approche « résolution de problèmes » semble être différente pour l'équipe de coordination et le personnel.

Les dilemmes sont dirigés directement au coordonnateur et n'impliquent pas les équipes soignantes, ni le jugement clinique.

❖ La tenue de dossier:

La documentation des soins infirmiers pour l'ensemble des unités est effectuée partiellement et il est difficile de retrouver l'ensemble de l'information dans le dossier. Certaines données sont inscrites dans les notes de progression, d'autres documentées dans des feuilles de traitement, certains de ces documents sont contenus dans le dossier, certains sont électroniques (PTI, plan de soins) et certains sont situés dans des classeurs séparés et conservés au bureau (l'histoire de vie des résidants est dans un classeur séparé). Souvent les données recueillies par l'équipe médicale ou l'équipe multidisciplinaire ne reflètent pas les données qui ont été recueillies par l'équipe infirmière.

Pour l'analyse des données, il est impossible de se prononcer sur leur rigueur, puisqu'on constate un manque de documentation des interventions personnalisées effectuées.

Régulièrement, de grandes périodes de temps ne sont pas prises en compte dans le dossier, lorsque le personnel s'occupe de maladies aiguës tels que les infections, une pneumonie ou des signes physiques reliés à la COVID.

Il n'y a souvent aucune documentation montrant l'évaluation de l'infirmière, à la suite d'une observation de changement de l'état de santé, communiquée par un membre de la famille.

Dans un cas précis, l'infirmière a reçu l'accord du médecin pour appeler une ambulance, ce qui a été fait quelques heures plus tard. Or, aucune information sur la surveillance mise en place pour le résidant dans l'intervalle, n'a été colligée.

Les interventions mises en place qui sont documentées sont souvent non personnalisées et très larges ex « observer s'il y a des convulsions ». On peut s'interroger sur les délais de mise en œuvre des interventions notamment autour d'épisodes de soins aigus ou de détérioration de la condition de santé constatée d'un résidant.

Pour certains aspects de la prise en charge, par exemple les chutes ou les soins de plaies, la collecte de données est plus complète, que pour la gestion du comportement (SCPD), la malnutrition ou les symptômes psychologiques/ psychosociaux. Cela pourrait être lié à une augmentation perçue, de la lourdeur des soins physiques requis. Malheureusement, les profils ISO-SMAF des résidants datent de leur admission et pour certains, ne sont peut-être plus représentatifs des besoins actuels. Cependant, on peut présumer qu'en cours d'hébergement en CHSLD, les profils s'alourdiront.

Cette augmentation des besoins en soins des résidants pourrait expliquer le manque d'aisance du personnel à évaluer, analyser, mettre en place des interventions appropriées et assurer les suivis, en utilisant leur plein champs de compétences.

Enfin pour le suivi, on retrouve quelques documentations, mais cela semble dépendre des individus. Certains membres du personnel documenteront le suivi et l'évolution du résidant, mais la fréquence serait très faible. Des membres de familles de résidants souffrants ou non, ont exprimé leurs inquiétudes quant à la coordination, la communication et le suivi accordés lors d'épisodes de soins aigus.

**...désorganisation...
...inefficacité...
...perte de temps...**

❖ Période d'observation et de vécu terrain:

Lors du temps passé avec les équipes, il a été observé une désorganisation des soins. Bien qu'il y ait une réunion d'équipe au début de chaque quart de travail, il y a un manque de coordination entre les membres de l'équipe. Par exemple, environ quarante-cinq minutes à une heure après le rapport du matin, toutes les cloches d'appel se mettent à sonner. Questionné sur ce fait, le personnel a expliqué que tous les préposés avaient terminé leur premier bain et appelaient donc l'infirmière, pour qu'elle vienne appliquer les crèmes prescrites ou l'aide-soignante, pour aller aider à mobiliser le résidant vers le fauteuil.

Il a été proposé de faire les deux tâches simultanément (appliquer la crème et mobiliser le résidant au fauteuil) pour être plus efficaces. Les membres de l'équipe ont hésité à essayer une approche de soins différente. Il semble y avoir une définition rigide des rôles dévolus à chaque titre d'emploi. Lors de certains témoignages, il a été expliqué que toutes les unités sont ainsi organisées et que les préposés ne veulent pas être responsables de l'application de la crème, au cas où on leur reprocherait la détérioration d'une plaie. Dans certaines situations observées, il semble que l'organisation des soins est conçue en fonction des besoins du personnel et non du résidant.

De longs temps d'attente sont fréquemment notés tout au long de la journée, le résidant attendant le personnel à qui la tâche est attribuée, malgré la disponibilité potentielle d'autres membres du personnel.

Aussi il a été constaté un manque d'organisation « logistique » entraînant des retards dans la distribution des soins. Souvent le matériel n'est pas disponible à l'étage, et le personnel doit descendre au sous-sol pour le récupérer. Par exemple, une infirmière a dû se rendre au sous-sol à trois reprises, pour récupérer le matériel requis pour effectuer trois changements de pansements séparés.

Un manque de communication entre les membres de l'équipe a été observé. Pendant les périodes où l'infirmière devait descendre au sous-sol, les autres membres du personnel ont été questionnés sur leur gestion du temps et les besoins identifiés par rapport au plan de la journée dans le contexte où, il manquait un préposé cette journée là. Ceux-ci étaient sur la défensive et nous leur avons expliqué que le rôle de l'infirmière consiste, notamment, à maintenir une communication ouverte et à coordonner l'équipe. Il a également été noté, que deux membres de l'équipe n'étaient pas présents pour le rapport du matin car ils étaient en retard. L'infirmière n'a pas pris l'initiative de parler à ces deux intervenants pour s'assurer qu'ils recevaient un bon rapport et qu'ils étaient au courant des priorités de la journée.

Les rôles attribués à chaque membre du personnel (infirmiers, aides-soignants, préposés) sont rigides et les empêchent d'accomplir pleinement leur champs d'exercice.

- Les infirmières sont responsables des tâches de secrétariat, des soins de plaies, de l'application des crèmes, de l'administration de l'insuline et de la gestion des équipements spéciaux (ex : stomies ou picclines).

- L'infirmière auxiliaire est responsable de prendre les signes vitaux, de soigner les patients et de vérifier la glycémie.
- Le préposé est responsable des soins d'hygiène, de la mobilisation, de la stimulation, de la nutrition et de l'hydratation, de la personnalisation des soins et du maintien de la propreté des chambres des résidents.

La répartition des tâches entre les membres de l'équipe cause souvent des retards dans l'offre de soins. Par exemple, la toilette est faite par le préposé, mais les crèmes sont appliquées par l'infirmière ou la glycémie est prise par l'infirmière auxiliaire, pendant que l'infirmière administre l'insuline.

Cette organisation des soins, laisse entrevoir la possibilité que certains résidents ne seraient potentiellement pas évalués ou vus par l'infirmière de façon régulière. La priorisation des résidents à voir par l'infirmière, serait dirigée par les préposés et les aides-soignants.

Aucun temps n'est alloué pendant la journée, pour l'évaluation des maladies chroniques, les évaluations psychosociales ou les soins préventifs.

Aussi, les soins sont souvent prodigués en silence. Le personnel ne guide pas le résident à travers les soins, ne prend pas le temps de le stimuler, de s'intéresser à lui et lui apporter du soutien. Même s'il leur a été montrée l'approche adéquate pour fournir des soins aux résidents affectés sur le plan cognitif, le personnel a expliqué que le résident ne comprenait pas de toute façon et qu'il n'était donc pas nécessaire de le leur expliquer. Le personnel comprend peu ou pas, que pour fournir des soins sûrs et personnalisés, une relation thérapeutique doit être établie, en particulier dans le cas où le résident a une atteinte cognitive ou ne parle pas la même langue que le personnel.

Constats et opinion ...

Interventions effectuées par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal auprès du CHSLD

Tel que spécifié au mandat confié dans le contexte de la présente enquête, on devait apprécier les actions et interventions effectuées par le CIUSSCO, auprès du CHSLD Vigi Reine-Élisabeth. À cet égard, de nombreuses correspondances transmises par courrier électronique pendant les divers épisodes pandémiques ont été lues. Ces lectures démontrent la disponibilité du CIUSSS à soutenir le CHSLD. Par ailleurs, il y a eu plusieurs rencontres avec des représentants du CIUSSS, par le biais de vidéo conférences et des échanges avec des représentants du CHSLD et avec le propriétaire de Vigi Santé. Plus spécifiquement, deux rencontres ont eu lieu avec la haute direction du CIUSSS et une autre rencontre avec deux personnes responsables du mécanisme d'accès et un gestionnaire responsable du volet hébergement et des partenaires des sites de CHSLD privés conventionnés.

Malgré l'ouverture du CIUSSS à soutenir l'équipe de Vigi Reine-Élisabeth, plusieurs éléments ont contribué à rendre les relations tendues et teintées de méfiance entre les deux établissements.

Entre autres, l'accès aux équipements de protection individuelle, les nombreuses visites du CIUSSS lors d'éclousions de COVID-19, le départ de la responsable du site CHSLD, laquelle représentait la stabilité de l'établissement depuis de nombreuses années, la mise en application de la loi visant à renforcer le régime de traitement des plaintes, les propos de dirigeants repris par certains médias écrits, la perception face aux profils des usagers confiés au CHSLD par le mécanisme d'accès, le sentiment de non-respect par le CHSLD, des modalités de fonctionnement entendues entre les parties en s'adressant directement au MSSS « phénomène de by passing ».

Certains des éléments précités ont affecté la famille propriétaire de Vigi Santé, dont les établissements avaient somme toute, bonne réputation jusqu'à ce jour.

En lien avec ce qui précède, bien que cet aspect ne fasse pas partie du mandat, le propriétaire, selon les propos recueillis lors d'une rencontre avec ce dernier, souhaiterait que le CHSLD Vigi Reine-Élisabeth, puisse être rattaché à un autre partenaire territorial.

Aussi, il importe de noter que les liens ne sont pas rompus avec le CIUSSS, mais que les relations semblent modulées en fonction des intervenants. À titre d'exemple, le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS, de même que le directeur du programme SAPA, maintiennent des liens respectueux et fonctionnels avec les représentants du CHSLD. Cependant il faudra des efforts réciproques, pour améliorer et consolider les rapports nécessaires entre les acteurs de ces établissements, afin de créer un réel partenariat durable.

La recommandation

La recommandation ci-dessous a pour prétention d'édifier et d'assurer à nouveau un environnement sécuritaire et de qualité pour tous les résidants qui sont hébergés au CHSLD Vigi Reine-Élisabeth, entourés d'une équipe de gestion ayant un ascendant de leadership et de mobilisation pour un personnel soignant stable, formé et engagé.

Considérant tout ce qui précède en matière de gestion et de distribution des soins et des services, il est recommandé...

L'énoncé

...que le CHSLD Reine-Élisabeth bénéficie d'un accompagnement provisoire d'au moins 1 an et subsidiairement que la famille propriétaire revoie son rôle au niveau des opérations courantes le cas échéant...pour...

Les axes d'intervention

...des soins à réorganiser...en...

- Comprenant les caractéristiques d'un milieu de vie;
- Définissant les rôles et responsabilités de tous les titres d'emploi gravitant autour du résidant;
- Redéfinissant le plan de soins et le plan de travail quotidien;
- Façonnant le travail de collaboration pour favoriser des soins de proximité répondant au besoins et attentes du résidant;
- Développant l'agilité requise au niveau des équipes de soins pour respecter le rythme du résidant;
- Adaptant les effectifs en fonction de l'intensité des soins à prodiguer;
- Ayant une tenue de dossier conforme, reflétant l'exactitude et la justesse des soins prodigués et l'évolution de la vie quotidienne du résidant.

...une gestion à renforcer...en...

- Revoyant le rôle des membres de la famille propriétaire
- Développant un programme robuste d'attraction et de rétention pour les cadres et le personnel;
- Développant un plan de développement des ressources humaines avec la participation des cadres et des employés;
- Identifiant et stabilisant les cadres responsables des secteurs de soins;
- Proposant aux cadres un rôle de soutien au personnel travaillant dans les secteurs de soins;
- S'assurant que chaque cadre possède les compétences et les attitudes propre à ses responsabilités;
- Décentralisant la prise de décision le plus près possible de l'action.

...un milieu de vie à dynamiser...en...

- Mettant en place une structure de comités appuyée par l'administration;
- Impliquant bénévoles, familles et employés pour définir la programmation d'activités;
- Aménageant, dans la mesure du possible, l'environnement physique du CHSLD pour qu'il favorise, par exemple, les micro milieux;
- Apportant une attention particulière à la confection des menus pour qu'ils se rapprochent des goûts et préférences des résidants.

...une confiance à regagner...en...

- Développant des communications fréquentes bidirectionnelles et teintées de transparence, entre employés, gestionnaires et établissement partenaire;
- Impliquant le personnel dans les décisions qui les concernent;
- En impliquant le corps médical au sein des équipes interdisciplinaires;
- Mettant en place des mécanismes de communication et d'implication assidus avec les familles et surtout en établissant une gestion diligente des différends.

Le moyen

...Un projet pilote novateur et porteur de sens...

Certes une recommandation d'accompagnement peut engendrer plusieurs perceptions à caractère négatif. Dans un autre sens, un projet pilote permettrait à tous les acteurs de se rassembler autour d'un projet porteur de sens permettant de faire de ce redressement un succès, voire même, de devenir une référence pour les autres CHSLD de Vigi Santé. Nous croyons que par ce moyen tous sortent gagnants; résidants et familles, employés, gestionnaires et la famille propriétaire.

La conclusion

Le CHSLD Vigi Reine-Élisabeth éprouve des difficultés importantes nécessitant une intervention soutenue. Le fait que ce CHSLD est l'un des 15 établissements de Vigi santé, entreprise familiale reconnue dans le milieu de la santé et des services sociaux, ajoute une dimension particulière aux interventions à faire. Cette nécessité d'agir, peut s'exercer à l'intérieur d'un projet novateur porteur de sens, pour les acteurs internes et pour l'ensemble de Vigi Santé.

Doter l'organisation d'une gestion basée sur l'implication du personnel et le déploiement optimal de leurs talents, faire écho dans l'environnement externe pour attirer d'autres talents à s'épanouir au sein du CHSLD Reine-Élisabeth, devrait être la fondation sur laquelle l'organisation des soins et des services doit prendre son essor, soutenue par l'adrénaline de l'innovation. La volonté réelle de la famille propriétaire d'apporter ces changements, est la première condition de succès de ce projet. Sans son appui et surtout sans une remise en question de son implication dans les opérations quotidiennes, ce projet novateur risque de rencontrer des obstacles freinant la mise en place des améliorations souhaitées.

Dans l'intervalle, les efforts doivent se poursuivre pour la rétention et le recrutement du personnel. Une attention particulière doit aussi être apportée pour diminuer les tensions avec certaines familles, en consacrant des efforts de conciliation et en améliorant les communications.

On doit prioritairement s'assurer de la sécurité et de la qualité des soins prodigués, par une distribution des soins équitable et personnalisée, en fonction de ce que requiert chacun des résidants.

Liste des éléments d'information lus et consultés

- Le plan d'organisation du Groupe Vigi Santé
- Le rapport de visite d'Agrément Canada de 2018
- Une note de service de la députée de Notre-Dame-de-Grâce
- Les rapports de visite de soutien du CHSLD privé conventionné Vigi Reine-Élisabeth du 16 novembre 2020 et du 24 janvier 2022
- Les rapports de visite de contrôle des infections du CIUSSS Centre Ouest
- Le rapport du commissaire aux plaintes et à la qualité des services No: 2021-02434 daté du 7 février 2022
- Le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et à l'amélioration de la qualité des services 20-20-2021
- Le rapport de la visite ministérielle concernant le 5e vague COVID-19-Hiver 2022
- Les rapports de la mesure d'autonomie des résidents au 28 et 31 mars 2022
- Les rapports du comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration de Vigi Santé du 11 mai 2021, 1er novembre 2021 et du 10 mars 2022
- Le procès-verbal du comité des usagers de Vigi Santé Ltée tenue le 10 juin 2021
- Les procès-verbaux du comité des résidents du CHSLD Reine-Élisabeth de la dernière année
- De nombreuses correspondances par messagerie entre des représentants du CIUSSS et du CHSLD Reine-Élisabeth
- Le plan de postes du CHSLD Vigi Reine-Élisabeth du 25 mars 2022
- L'état d'avancement du processus de dotation des candidatures du 2021-09-01 au 2022-03-01
- De nombreuses correspondances émanant de bureaux d'avocats mettant en cause le Groupe Vigi et une famille
- Différents rapports de gestion des ressources humaines tels que: assurance salaire, répertoire des griefs, heures travaillées par titre d'emploi
- Différents documents en lien avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- Consignation quotidienne des activités de soins par les soignants durant le quart de travail
 - Compilations des activités personnalisées
 - Catégories d'Activités (documents internes)
- Changement de position à chaque 2 Heures (alterner latéral droite et gauche) position dorsale aux repas seulement (document interne)
- Liste sommaire PTI (multiples résidents)
- Document « Programme de marche » (document interne)
- Rapport inter-services
- Liste des collations
- PAB accompagnateur + liste de résidents

- Cédule des bains
- Programme interdisciplinaire des activités personnalisées (2019)
- Consentement pour mesures de contention
- Fiche mensuelle d'enregistrement des selles
 - Échelle Bristol
 - Programme de préadmission
- Tableau descriptif des mets - menu évolutif – Automne 2021
 - Semaine 1,2 et 3
- Politique & Procédure (DG-065) Bientraitance – émission Aout 2015 ; révision Nov. 2018 & Mai 2021
- Animation –Leisure service CHSLD Vigi Reine Elisabeth (Calendrier d'activités)
- Guide de fonctionnement (2019)
- Calendrier de nettoyage du matériel roulant
- Analyse d'utilisation des protections de l'incontinence
- Quota Culottes d'incontinence
- Liste des usagers par type de personne-ressource en date du 2022/03/21
- Rapport annuel d'activités, Comité de résidants du CHSLD Vigi Reine-Élisabeth 2020-2021
- CHSLD Vigi Reine-Elisabeth – Liste des Résidants
- Rapport du taux de satisfaction moyen – Volet 1 : Questionnaire de satisfaction suite à l'admission pour l'installation de : RE pour tous les secteurs période financière : 2021-2022
- Procès-verbal – Comité de résidants du CHSLD Vigi Reine-Elisabeth du 9 Décembre 2021
- Visite de Vigie dans les CHSLD (2020-06-24)
- Rapport d'intervention santé & sécurité du travail (year) – CNESST (Dossier DPI4306199, Rapport # RAP1305917, Mai 28th 2020)
- Observation sur les centres d'hébergement de soins longue durée de Montréal - Commandement de la composante terrestre Force opérationnelle interarmées – Est
- Conclusion to your complaint concerning the CHSLD Vigi Reine-Elizabeth (file number 25021) – letter to Mrs Dunlop Jan 28th 2021
- RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SERVICES MÉDICAUX ET DES SOINS INFIRMIERS JANVIER 2021, Au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19
- Description d'emploi – Soins Infirmiers : Agent(e) d'activités cliniques (février 2021)
- Description d'emploi – Soins Infirmiers : Conseiller(ère) clinique en soins infirmiers (Avril 2018)

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2021). *DES MILIEUX DE VIE QUI NOUS RESSEMBLENT Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section Publications. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002994/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (Juillet 2014). *Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière Exemples en SOINS DE LONGUE DURÉE*. Le présent document est disponible en version électronique au site de L'ordre des infirmières et infirmiers du Québec section affiches. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/schema-4-soins-longue-duree.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016). *CERTIFICATION INFIRMIÈRE EN GÉRONTOLOGIE: Plan directeur de l'examen et compétences de la spécialité*. Le présent document est disponible en version électronique au site de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada section certifications. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Plan directeur de l'Examen de certification infirmiere en gerontologie.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Plan%20directeur%20de%20l'examen%20de%20certification%20infirmiere%20en%20gerontologie.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ce document est disponible sur le site de l'ordre oiiq.org. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>
- Le ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2020). *PLAN D'ACTION POUR L'ATTRACTION ET LA FIDÉLISATION DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET DES AUXILIAIRES AUX SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX FÉVRIER 2020; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX*. Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section Publications. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-503-12W.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2021). *L'exercice de l'infirmière auxiliaire en CHSLD*. Ce document est disponible sur le site de l'ordre oiaq.org. https://www.oiaq.org/files/content/L'exercice-IIA_CHSLD_VF_2021-12-02.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2020). *La démarche de soins infirmiers en CHSLD*. Ce document est disponible sur le site de l'ordre oiaq.org. https://www.oiaq.org/files/content/Schema-Demarche-soins-CHSLD_VF_Date_MAJ.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2020). *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire en CHSLD version 7*. Ce document est disponible sur le site de l'ordre oiaq.org. <https://www.oiaq.org/publications/les-activites-professionnelles-de-linfirmiere-auxiliaire>