

**RAPPORT D'ENQUÊTE**

**Centre d'hébergement Cooke du  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-  
Québec (CIUSSS MCQ)**

**Enquêtrices**

**Johanne Gauthier et Reine Martin**

**Déposé à monsieur Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux**

**18 août 2015**

## Table des matières

CONTEXTE DU MANDAT .....	3
MANDAT ET BIENS LIVRABLES.....	3
DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.....	3
PORTRAIT DE L'ÉTABLISSEMENT .....	4
<i>Profil de la clientèle</i> .....	4
<i>Plan d'effectifs – Services cliniques et non cliniques</i> .....	5
PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS VOILETS TRAITÉS.....	6
<i>Analyse des événements du 14 juillet 2015 et recommandations</i> .....	6
<i>Analyse de l'organisation des services et du travail et recommandations</i> .....	8
<i>Regard sur le milieu de vie et recommandations</i> .....	9
COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET CONCLUSION.....	12
<i>Annexe 1 – Liste des recommandations</i> .....	13
<i>Annexe 2 – Résumé des rencontres</i> .....	15
<i>Annexe 3 – Documentation</i> .....	20

## CONTEXTE DU MANDAT

Le 14 juillet dernier, deux résidents du Centre d'hébergement Cooke ont été retrouvés par terre, par la fille d'une résidente, situation visiblement causée par une chute. Cette personne a filmé la scène et cette vidéo a été largement diffusée dans les médias sociaux et d'information.

En réaction à ces événements, le ministre de la Santé, à l'instar de la direction générale, a annoncé qu'il déclençait une enquête afin de connaître toutes les circonstances entourant ces événements. Conséquemment, en vertu de l'article 414 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et l'article 46 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (LMRSSS), le Ministre désigne deux enquêteurs.

## MANDAT ET BIENS LIVRABLES

L'objectif de ce mandat est d'enquêter sur les événements survenus en début de soirée, au Centre d'hébergement Cooke de Trois-Rivières, le 14 juillet 2015. Les résultats de cette enquête devront permettre d'avoir une compréhension éclairée des circonstances et du contexte dans lequel se sont déroulés ces événements et de présenter des recommandations (***Annexe 1 – Liste des recommandations***).

Plus spécifiquement, le mandat des enquêteurs est le suivant :

- S'assurer de rencontrer toutes les personnes qu'ils jugeront pertinentes, y compris la personne qui a filmé la scène, à la compréhension des événements, à leur déroulement ainsi qu'aux éléments de contexte.
- Examiner l'organisation du travail au Centre d'hébergement Cooke, en lien avec les besoins de la clientèle.
- Examiner tout autre élément pouvant permettre une compréhension éclairée et globale des événements du 14 juillet dernier.
- Formuler, au Ministre, des recommandations pertinentes, en lien avec les éléments précédents.

Le rapport final devra être déposé au plus tard le 17 août 2015.

## DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Pour réaliser ce mandat, les deux enquêtrices nommées appuient leurs constats et recommandations à partir d'observations et de rencontres avec des résidents, des familles et des proches, des membres du comité des résidents et du comité des usagers, des membres du personnel, des gestionnaires et dirigeants (***Annexe 2 – Résumé des rencontres***).

Elles consultent aussi des publications, plusieurs documents, entre autres, des rapports annuels de gestion, le rapport du MSSS, celui de l'Agrément, les rapports de déclaration d'incident ou d'accident, les programmes de gestion des risques, des mesures de contrôle... (***Annexe 3 – Documentation***). Elles font également la visite de toutes les unités d'hébergement.

Le lundi 20 juillet, en après-midi, Johanne Gauthier a rencontré le président-directeur général ainsi que les deux directeurs adjoints du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et, en début de soirée, le comité des résidents et des usagers.

Le mardi 21 juillet, les deux enquêtrices ont visité les installations et ont rencontré les deux syndicats concernés, le personnel présent lors des événements ainsi qu'un parent membre du comité des résidents qui désirait les entretenir en privé.

Le mercredi 22 juillet, les deux enquêtrices ont rencontré la personne qui a fait la vidéo, l'épouse du monsieur qui a chuté, les autres membres du personnel concerné ainsi que la récréologue et une autre famille. Par la suite, elles ont tenu une conférence téléphonique avec la sœur de la dame filmée par terre.

Le vendredi 24 juillet, les deux enquêtrices ont rencontré l'ergothérapeute, les deux chefs de programmes, le directeur adjoint à la qualité et le directeur adjoint du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).

Les enquêtrices tiennent à souligner la collaboration et la disponibilité dont ont fait preuve les membres de la direction, et à remercier le personnel, les résidents et les membres de famille qui n'ont pas hésité à faire part de leurs commentaires, suggestions ou autres.

## PORTRAIT DE L'ÉTABLISSEMENT

Le Centre d'hébergement Cooke, établi sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières qui, depuis avril 2015, fait partie du CIUSSS MCQ, compte 205 personnes hébergées, réparties de la façon suivante, dans 101 chambres simples et 52 doubles :

- À l'unité D1 : 42 résidents;
- À l'unité D2 : 42 résidents;
- À l'unité D3 : 42 résidents;
- À l'unité B1 : 40 résidents, dont 6 en unité prothétique (A1);
- À l'unité B2 : 39 résidents, dont 7 en unité prothétique (A2).

### *Profil de la clientèle*

Profil de la clientèle – période 2 – 2015-2016 – au Centre d'hébergement Cooke

Profil ISO	Non disponible	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
Nombre	15	1	3	32	20	39	44	34	17	205
Pourcentage	7,3 %	0,5 %	1,5 %	15,6 %	9,8 %	19,0 %	21,5 %	16,6 %	8,3 %	100 %
Moyenne au Québec	Profils 1 à 6 : 2,5 %	3,5 %	3,6 %	17,3 %	16,2 %	17,7 %	19,0 %	14,2 %	6,0 %	100 %

Les profils 11 à 14 sont sensiblement au-dessus de la moyenne provinciale. La direction, grosso modo, évalue que plus de 55 % de la clientèle hébergée a des problèmes cognitifs, 15 % des comportements perturbateurs (certains avec diagnostics de santé mentale et de violence), et 30 % présente une perte d'autonomie sans problèmes cognitifs (cette clientèle est souvent prisonnière de sa chambre afin de se soustraire aux personnes errantes ou agressives).

Un certain nombre (plus ou moins 20) de résidents vivent depuis plus de cinq ans allant jusqu'à plus de vingt ans au Centre d'hébergement Cooke. Ce sont, pour la plupart, des personnes qui présentent des handicaps physiques très importants. Pour la clientèle restante, le taux de roulement est de plus ou moins dix mois. Cela occasionne une charge de travail importante reliée à l'accueil et à l'intégration des nouveaux résidents (plus de 160 l'an dernier). En effet, le taux d'admission a augmenté de 77 % en 2014-2015, ce qui représente 163 admissions comparativement à 92 en 2013-2014; cette variation ne s'observe pas dans les autres CHSLD de la région où le taux varie entre -38,5 % et 32,3 %. Par contre, ce taux avait baissé de 36,1 % entre 2012-2013 et 2013-2014 (passant de 144 à 92 admissions), ce qui pourrait expliquer cette augmentation pour 2014-2015, couplé au fait que le Centre d'hébergement Cooke sert aussi souvent de porte d'entrée pour le Centre d'hébergement Roland-Leclerc (nouveau centre).

De plus, historiquement et à cause de la diversité des chambres (grandeur, emplacement, type, etc.), le Centre d'hébergement Cooke accepte aussi beaucoup de changements de chambres à l'interne pour répondre aux demandes des résidents – ou de leur famille –, ce qui augmente, encore là, la charge de travail du personnel.

### *Plan d'effectifs – Services cliniques et non cliniques*

Centre d'hébergement Cooke															
Répartition des heures travaillées - personnel clinique et non clinique															
	Nb de lits	Jour						Soir				Nuit			
		Chef d'unités	Chef d'act. S-N-FS	AIC	Inf. CE	Inf. aux.	PAB	AIC	Inf. CE	Inf. aux.	PAB	AIC	Inf. CE	Inf. aux.	PAB
B1-B2	79	1			2	4	12		1	4	6	1		1	2
D1-D2-D3	126	1			3	6	18	1		6	9	1		2	3
B1...D3			1	1											
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
HT/sem	70,00	35,00	37,50	262,50	507,50	1522,50	52,50	52,50	507,50	761,25	105,00		152,25	253,75	
HT/sem	clinique		1782,25				Ratio clinique/non clinique				41,3%	58,7%			
	non clinique		2537,5												
<b>Total</b>			<b>4319,75</b>	soit	617,11 h. par jour										
HT/résident/jour			3,01												

L'on note que les heures travaillées par jour et par résident sont de trois heures. Celles-ci sont limites compte tenu des besoins de la clientèle; par contre, le ratio clinique/non clinique est plus élevé (41/59) que la norme minimale de 30/70; ce ratio, idéal car l'intensité des soins infirmiers le justifie, devient par contre un peu pénalisant, dans un contexte de compressions budgétaires, sur le nombre total d'employés disponibles pour dispenser les soins de santé et d'assistance.

## PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS VOLETS TRAITÉS

### *Analyse des événements du 14 juillet 2015 et recommandations*

Afin de bien comprendre ce qui est réellement arrivé le 14 juillet dernier au Centre d'hébergement Cooke de Trois-Rivières, à l'unité B2, entre 19 h et 19 h 30, il convient de décrire le déroulement des événements tels que recueillis auprès de toutes les personnes présentes au moment des faits.

La dame qui a filmé l'événement arrive à l'unité B2 vers 19 h, avec sa petite-fille de quatre ans, et entend immédiatement sa mère qui crie (conséquence de sa problématique, la mère crie plusieurs heures par jour). Dans la première chambre, à l'entrée de l'unité, elle voit une dame par terre dans sa chambre; elle se dirige alors vers sa mère, pour la rassurer. Tout en tentant de rassurer sa mère, elle entend quelqu'un crier et trouve un homme par terre, dans sa chambre. Elle dit à cet homme qu'elle va aller chercher de l'aide après s'être occupée de sa mère. Quelques instants plus tard, l'homme est toujours par terre et c'est à ce moment qu'elle décide de filmer le tout afin d'avoir la preuve comme quoi, parfois, il n'y a pas de personnel pour aider.

Elle cherche dans toute l'unité. Ne trouvant personne, elle panique un peu et se met à crier en demandant de l'aide (sa mère crie, sa petite-fille pleure et le monsieur demande de l'aide). Nous considérons donc qu'il est probablement normal, dans la situation, de s'énerver.

Cette dame mentionne aux enquêtrices qu'elle a filmé la scène dans le seul but de démontrer au responsable de l'unité qu'il arrive qu'il n'y ait personne pour répondre aux besoins des résidents. Le lendemain, elle se présente à son bureau pour le rencontrer, mais, malheureusement, le chef clinico-administratif en question est en vacances pour la semaine. Comme elle trouve la situation inacceptable (« Il faut que ça se sache, pour que le monde sache ce qui se passe. »), elle décide, le surlendemain (le vendredi), de téléphoner au journal et accepte de diffuser la vidéo, sans réaliser l'ampleur médiatique que cela va entraîner... Elle se dit étonnée de l'impact de son geste. Par ailleurs, les deux familles concernées n'ont pas apprécié que la vidéo devienne publique.

Durant cette période, voici où se trouve le personnel de l'unité en question :

- Ø L'infirmière et une préposée aux bénéficiaires (PAB) sont à leur heure de souper, en dehors de l'unité.
- Ø Une PAB est à l'unité prothétique (A2), avec sept résidents. La porte étant nécessairement fermée, elle ne peut rien entendre.
- Ø Une infirmière auxiliaire et un PAB sont à procéder aux installations pour la nuit. Ils sont dans une chambre avec deux résidentes. Pour préserver l'intimité de celles-ci (il n'y a pas de rideaux sur rails) et éviter l'intrusion de personnes errantes, et puisque la porte ouvre sur le corridor, ils ont fermé la porte. Cette dernière étant fermée, ils ne peuvent pas entendre ni les alarmes, ni les cris, ni les demandes d'aide. Il ne leur est pas venu à l'idée de se poser la question concernant la sécurité des autres résidents.
- Ø C'est en sortant de la chambre qu'ils entendent l'alarme du moniteur (système d'aide à la surveillance) de monsieur et voient la dame, qui a filmé et qui leur dit qu'une autre résidente est tombée.

Il n'y a donc personne d'autre sur l'unité (32 résidents) pour répondre aux demandes, aux cloches d'appel ou aux alarmes des systèmes d'aide à la surveillance (SAS). À cet égard, les avis sur l'utilisation de ces systèmes sont controversés, et leur efficacité sur la diminution du taux de

chute n'a pas été démontrée. De plus, tout comme le groupe d'experts sur les chutes, « nous soutenons que modifier et/ou augmenter la surveillance et l'assistance offerte aux usagers à risque de chutes, par la présence d'intervenants de proximité ainsi que par l'amélioration des délais de réponses aux cloches d'appel, pourrait être une clé pour réduire les chutes en établissement<sup>1</sup> ».

### *Recommandations*

- Évaluer la possibilité de réallouer, à travers l'ensemble du budget du CIUSSS MCQ, un financement additionnel au Centre d'hébergement Cooke pour augmenter, le cas échéant, le nombre d'heures travaillées par jour et par résident.
- S'assurer qu'entre 16 h et 20 h, tout le personnel affecté à ce quart de travail se trouve sur l'unité (p. ex., négocier que la prise de repas soit rémunérée et se prenne sur l'unité, ou modifier le début et la fin des quarts de travail de jour afin d'assurer une plus grande présence en fin de journée ou tout autre moyen visant le même objectif). Cette organisation pourrait éviter qu'une situation urgente passe sous le radar.
- Rappeler aux membres du personnel que s'ils doivent fermer la porte d'une chambre, faute de rideaux ou toute autre raison, pour effectuer leurs tâches, de s'assurer qu'un collègue peut entendre les alarmes, les demandes d'aide et les cloches d'appel.
- Évaluer la possibilité d'une couverture plus étendue des heures de présence des chefs clinico-administratifs (ex. : l'un de 7 h à 15 h et l'autre de 13 h à 21 h).
- Recourir aux équipes de soutien, en DI, psychogériatrie et autres afin de comprendre et de diminuer le plus possible les troubles de comportements, et habiliter le personnel à ce type de clientèle.
- Statuer, si ce n'est déjà fait, sur les règles à suivre concernant la prise de photos ou les enregistrements pour protéger l'intimité des résidents et respecter les familles.
- Évaluer la pertinence et, si besoin, la faisabilité d'installer des rideaux sur rails dans les chambres qui le nécessitent, sans que ceux-ci entravent l'utilisation des leviers.
- Dans le cadre d'un projet de rénovation fonctionnelle ou autre, analyser la possibilité de modifier l'ouverture des portes de chambres (celles qui ouvrent sur le corridor).

Par ailleurs, à la lecture de la documentation et de la rencontre avec l'ergothérapeute, l'établissement possède des programmes, stratégies, plans d'action et a mis en place un comité d'encadrement sur la prévention des chutes ainsi que sur les mesures de contrôle. Les deux programmes sont bien implantés, et les suivis assurés. De plus, des mesures sont prises pour diminuer l'incidence des chutes ainsi que l'utilisation des mesures de contrôle. Comme pour toutes chutes, l'ergothérapeute a analysé les deux événements, en lien avec la vidéo. Elle

---

<sup>1</sup> MSSS, *Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication : De la stratégie à l'action. Volet : Chutes*, [En ligne], La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014. [www.msss.gouv.qc.ca].

apporte une attention particulière à la résidente concernée, car elle chute – et parfois se laisse glisser par terre – à répétition. Certaines journées, on l’a retrouvée par terre jusqu’à cinq fois. Elle a procédé ainsi afin de mieux comprendre le comportement de la résidente et d’améliorer sa sécurité, par une approche, des mesures et des équipements appropriés, et cela, sans entraver indûment sa liberté, par respect pour elle et sa famille qui refusent les contentions.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de chutes comptabilisées au cours des quatre premières périodes de l’année financière 2015-2016 ainsi que le nombre de résidents différents qui ont chuté. Ceux-ci représentent, en moyenne, un peu moins de 16 % de la clientèle hébergée.

Centre d'hébergement Cooke - Trois-Rivières										
Gestion des risques - Sommaire de chutes										
	Unité A-1	Unité A-2	Unité B-1	Unité B-2	Unité D-1	Unité D-2	Unité D-3	Nombre de chutes par période	Nombre de résidents qui ont chuté	Nombre de chutes faites par la dame*
2015-2016										
Période 1	2	6	7	17	6	14	4	56	34	10
Période 2	5	4	3	23	9	11	4	59	31	14
Période 3	4	5	4	10	6	18	5	52	35	7
Période 4	6	3	6	20	3	18	8	64	28	21
Total/unité	17	18	20	70	24	61	21	231	128	52
* Dame qui a chuté le 14 juillet 2015										

Les chutes de la dame ont fait l’objet de 41 déclarations d’incident ou d’accident, soit près de 18 % de l’ensemble des déclarations; à noter que le nombre de chutes (52) de la dame est supérieur au nombre de déclarations d’incident ou d’accident, car depuis les dernières semaines un seul formulaire par jour est rempli, à l’intérieur duquel les heures des chutes sont notées. Quant au monsieur, il en était à sa troisième chute (le 14 juillet) depuis son admission, le 30 juin précédent.

### **Analyse de l’organisation des services et du travail et recommandations**

L’organisation des services et du travail a été regardée de plusieurs façons. Dans un premier temps, les enquêtrices ont tenu compte des commentaires et points de vue des familles, des proches et de quelques résidents. Par la suite, elles ont demandé au personnel de leur faire part du déroulement d’un quart de travail typique et ont consulté plusieurs documents et politiques (ex. : les horaires, les effectifs par unité, les plans de travail et certains dossiers des résidents). Les derniers volets qu’elles ont considérés sont les services professionnels, récréatifs et de soutien.

L’ensemble des familles, des proches et des résidents ont mentionné que les services étaient de qualité, que tout le personnel était dévoué, mais beaucoup trop occupé à réaliser les tâches prévues au plan travail et, par conséquent, moins disponible pour d’autres besoins de la vie quotidienne (un moment pour parler, rassurer ou expliquer). Ils ont aussi dit aux enquêtrices que la nourriture était bonne, mais que la prise des repas était trop rapide et que certaines

personnes, en raison de leur condition, ne mangeaient peut-être pas à leur faim; ces familles ont manifesté de l'inquiétude par rapport au risque de dénutrition. On a aussi porté à notre attention que comme le personnel ne peut répondre rapidement aux demandes d'aide pour la salle de bains, en plus de la rareté de celles-ci, les résidents développent des problèmes d'incontinence. Les dernières remarques ont porté sur les bruits constants (surtout les cloches d'appel et alarmes des SAS), jour, soir et nuit, et sur la mixité de la clientèle.

Lors des rencontres avec les membres du personnel, les enquêtrices leur ont demandé, s'ils le désiraient, en plus de décrire un quart de travail typique, de faire des commentaires ou des suggestions pouvant améliorer leur quotidien et nécessairement celui des résidents. Que ce soit des infirmières, des infirmières auxiliaires ou des PAB, tous tiennent le même discours sur la charge de travail énorme et sur le fait qu'ils ne peuvent dévier de leur plan de travail pour réussir à remplir toutes leurs tâches. La clientèle est de plus en plus lourde et demande une surveillance constante; les heures de repas (45 min) sont des moments très occupés, car les cabarets qui arrivent sur les unités doivent être retournés à la cuisine une heure plus tard.

Il est aussi constaté que tous les quarts de travail débutent et se terminent à la même heure, que tous les bains et les toilettes des résidents doivent se faire le matin, avant 11 h, et, comme il a été souligné précédemment, que la période de repas doit durer moins d'une heure. On constate également que le soir et la nuit, pendant la prise de repas des employés, le personnel est réduit. Le soir, sur certaines unités, durant les repas, il n'y a que deux personnes et la nuit, entre 1 h et 4 h, il n'y a qu'une personne de disponible par unité (42 résidents), ce qui peut augmenter le risque chez le résident, advenant une urgence ou autre.

Il va sans dire que la majorité des suggestions, commentaires ou demandes, tant de la part du personnel que des résidents ou leur famille, tournent autour de l'augmentation de personnel et principalement de PAB.

De plus, l'ajout de certains équipements, dont l'installation de rails dans toutes les chambres, et l'augmentation du nombre de leviers – fixes de préférence – faciliteraient le travail du personnel tout en améliorant la sécurité des résidents.

### ***Recommandations***

- **Revoir l'étalement du début et de la fin des quarts de travail afin d'assurer une plus grande présence de personnel sur un plus grand laps de temps (la période critique de 16 h à 20 h devrait être mieux couverte).**
- **Revoir l'horaire pour les bains et les toilettes des résidents de façon à l'étaler dans la journée et même en soirée, afin de mieux tenir compte des habitudes et des préférences des résidents.**

### ***Regard sur le milieu de vie et recommandations***

Le défi d'un CHSLD est d'offrir un milieu de vie de bonne qualité au résident, c'est-à-dire, selon Lyse Garant, « être un endroit où il y a une âme et on doit sentir que la chaleur humaine y fait son nid<sup>2</sup> ». Pour madame Garant, un milieu de vie se caractérise par trois composantes : la composante humaine (reconnaître que la personne est unique, respecter les choix et les

---

<sup>2</sup> Lyse GARANT, *Le milieu de vie : avant tout une affaire de cœur*, CHSLD Cœur-du-Québec, Drummondville, 2001.

décisions du résident, etc.), la composante organisationnelle (promouvoir la stabilité des équipes, assurer une bonne circulation de l'information, etc.) et la composante environnementale (avoir des locaux adaptés et qui favorisent l'intimité du résident, avoir les équipements nécessaires à la compensation des pertes progressives du résident, etc.).

Les membres de familles et les préposées sont les personnes les plus proches des résidents et donc les plus susceptibles de connaître leurs besoins, de déceler un problème ou une situation qui mérite qu'on y porte attention. Aussi est-il important que ceux-ci soient encouragés à livrer ces informations, suggestions ou autres. À cet effet, nous soulignons l'heureuse initiative de l'établissement qui, depuis quelques années déjà, a mis sur pied un comité des PAB.

De façon générale, le centre est un bon milieu de vie, les employés sont dévoués et respectueux. Cependant, la clientèle atteinte de troubles cognitifs ou celle présentant des troubles de comportement vient souvent perturber le quotidien des résidents lucides; il y aurait lieu de procéder à certains regroupements de clientèle afin de favoriser un milieu plus calme et ainsi développer l'expertise du personnel par rapport à ces clientèles particulières.

De même, le bruit est très présent sur les unités, tant de jour que de soir et de nuit. Le bruit provient principalement des cloches d'appel et surtout des alarmes des systèmes d'aide à la surveillance. À l'instar du CHUQ, nous sommes d'avis que « peu d'études ont documenté les dimensions de sécurité et d'innocuité des AS et elles ont porté sur une diversité de technologies, ce qui limite la possibilité d'agrèger les données et de tirer des conclusions fiables. De plus, dans la plupart des cas, les effets indésirables ou les incidents liés à l'intervention ne sont pas évalués ni rapportés de manière systématique, ce qui constitue une limite dans l'interprétation de ce type de données. La nuisance liée aux fausses alarmes figure parmi les incidents fréquemment rapportés pour plusieurs types de systèmes d'AS. Dans certains cas, les patients, leur famille, leurs visiteurs et même du personnel soignant ont désactivé les alarmes, ce qui soulève des préoccupations du point de vue de la sécurité, puisque les intervenants peuvent alors se retrouver dans une situation où ils se fient sur les AS alors qu'elles ne sont pas en fonction. Des cas de dysfonctionnement du système d'AS ont également été rapportés, certains entraînant des conséquences graves pour le patient. Des problèmes de fiabilité ont également été constatés avec les systèmes de détection des mouvements sensibles à la pression lorsqu'ils sont utilisés chez des patients très légers. Des études ont souligné par ailleurs que les intervenants ne seront pas nécessairement disponibles pour se rendre assez rapidement auprès du patient pour prévenir une chute même lorsque le système fonctionne adéquatement. Il est donc important, au-delà de l'efficacité intrinsèque des technologies d'AS, de garder en tête ces limites et le risque de faux sentiments de sécurité qu'elles peuvent générer<sup>3</sup> ».

Ainsi, comme le propose le groupe d'experts sur les chutes, « [o]n pourrait tout de même dans certaines circonstances particulières envisager l'utilisation d'une alarme de mouvements de concert avec une méthode telle que les tournées intentionnelles. Il faudrait alors a) déterminer un nombre maximal d'alarmes pouvant être utilisé en même temps dans une même unité, car le nombre de moniteurs influence la vitesse de réponse; b) déterminer la raison d'utilisation :

---

<sup>3</sup> CHUQ, *Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement*, [En ligne], Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, août 2012. [[http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/a-propos-de/uetmis/ET01-0510\\_Rapport\\_07-12\\_Alternative\\_isolement-contention.pdf](http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/a-propos-de/uetmis/ET01-0510_Rapport_07-12_Alternative_isolement-contention.pdf)].

Évaluation? Surveillance?; c) signifier clairement au personnel la réponse à donner. En effet, il faut pouvoir répondre aux besoins de l'utilisateur et non simplement le ramener dans sa position initiale; d) effectuer régulièrement des audits pour évaluer le temps de réponse à l'alarme et le nombre de fois où l'utilisateur est retrouvé par terre<sup>4</sup>».

En ce qui a trait au point c) ci-dessus, soit répondre aux besoins de l'utilisateur, le personnel doit donc chercher à comprendre pourquoi la personne veut se lever (pour aller à la toilette, peut-être) ou changer de position : « Est-elle inconfortable ou souffrante? », ce qui peut être très souvent le cas. Le contrôle de la douleur est un élément important des soins en centre d'hébergement, car souvent la douleur peut se traduire par une dépression, de l'agitation, de l'agressivité, de la colère, particulièrement chez les personnes qui ne peuvent s'exprimer, d'où l'importance de la détecter.

De plus, hormis la lourdeur et la complexité de la tâche, reliées à la clientèle, le travail du personnel s'avère plus difficile par manque de certains équipements, dont des rails et leviers, et le manque de salles de bains (toilettes) pour les résidents.

### **Recommandations**

- **Adopter une approche proactive avec les familles, particulièrement avec celles plus anxieuses; les écouter et les supporter davantage à l'admission et les intégrer rapidement en les faisant collaborer à l'élaboration du PII, entre autres, afin de tenir compte de leurs attentes et de bénéficier de leur connaissance des besoins du résident.**
- **Impliquer le plus possible les familles pour améliorer, par leur présence, la qualité de vie du résident et, par leurs remarques et suggestions (*feedback*), faire évoluer les pratiques du personnel.**
- **Expliquer aux familles le type de clientèle hébergée, sa diversité et son impact sur la vie communautaire.**
- **Transformer la période de l'alimentation par une activité repas; s'assurer que ce n'est pas l'horaire de la cuisine qui détermine la fin du repas et introduire des bénévoles formés pour accompagner les résidents; s'assurer que tous puissent manger convenablement et jouir de cette activité qui est souvent la seule pour certains résidents.**
- **Trouver des façons de diminuer le bruit, particulièrement celui occasionné par les alarmes des systèmes d'aide à la surveillance; établir un protocole d'utilisation de ces systèmes.**
- **S'assurer que le personnel est sensibilisé et formé à détecter la douleur chez le résident et voir, s'il y a lieu, à ce que celui-ci soit soulagé.**
- **Évaluer, dès que possible, la possibilité de procéder à l'installation de toilettes adaptées, mitoyennes ou individuelles, dans les chambres des résidents.**
- **Évaluer la faisabilité technique de poser des rails au plafond et, si cela est possible, voir à leur installation et à l'acquisition de leviers supplémentaires, dès que le budget sera disponible.**

---

<sup>4</sup> MSSS, *Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication : De la stratégie à l'action. Volet : Chutes*, [En ligne], La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014. [www.msss.gouv.qc.ca].

## COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET CONCLUSION

Ces événements et leur diffusion massive ont entraîné des inquiétudes inutiles, tant pour les familles des résidents que pour le personnel du Centre d'hébergement Cooke, et ce, même dans la population en général qui a un proche en CHSLD ou en résidence privée.

Cependant, notre enquête nous a permis de constater que la majorité des familles sont satisfaites des services reçus au Centre d'hébergement Cooke et que le personnel, dans l'ensemble, est respectueux, dévoué et soucieux de bien faire son travail.

Par contre, nous croyons qu'il faut aussi voir ces événements comme une occasion de remettre en question certaines pratiques en CHSLD, de réfléchir localement, mais aussi et surtout à l'échelle de la province, sur le sort que l'on veut réserver aux personnes âgées hébergées. Doit-on mettre l'accent sur l'intensité de services médicaux et infirmiers ou sur des soins de confort. Si la durée moyenne de séjour est de huit à dix mois maintenant, n'y a-t-il pas lieu d'y privilégier plus une approche de fin de vie qu'une approche très médicalisée?

La lourdeur constatée et la durée de séjour de plus en plus courte en CHSLD peuvent être une preuve de l'efficacité du maintien à domicile. Par ailleurs, il ne faudrait pas que ces derniers mois de vie en CHSLD soient les plus difficiles à vivre pour les personnes âgées et laissent de mauvais souvenirs aux familles. De plus, l'ensemble des établissements et le MSSS doivent veiller à ce que cette période de la vie soit la plus digne et confortable possible et que les personnes hébergées puissent recevoir les soins et services nécessaires.

À cet égard, le Centre d'hébergement Cooke a fait un grand pas depuis les dix dernières années; il est conscient des changements à apporter et sait que l'amélioration des soins et services est un processus continu. Nous sommes confiantes que l'établissement poursuivra cette démarche d'amélioration continue.

Nous terminer par une remarque faite par la sœur de la résidente filmée : « Les gens devraient comprendre au lieu de juger », ainsi que par celle faite par un préposé aux bénéficiaires lors de la visite de l'Agrément : « Je suis le dernier gardien de la dignité de ces personnes-là. »

## Annexe 1 – Liste des recommandations

- Évaluer la possibilité de réallouer, à travers l'ensemble du budget du CIUSSS MCQ, un financement additionnel au Centre d'hébergement Cooke pour augmenter, le cas échéant, le nombre d'heures travaillées par jour et par résident.
- S'assurer qu'entre 16 h et 20 h, tout le personnel affecté à ce quart de travail se trouve sur l'unité (p. ex., négocier que la prise de repas soit rémunérée et se prenne sur l'unité, ou modifier le début et la fin des quarts de travail de jour afin d'assurer une plus grande présence en fin de journée ou tout autre moyen visant le même objectif). Cette organisation pourrait éviter qu'une situation urgente passe sous le radar.
- Rappeler aux membres du personnel que s'ils doivent fermer la porte d'une chambre, faute de rideaux ou tout autre raison, pour effectuer leurs tâches, de s'assurer qu'un collègue peut entendre les alarmes, les demandes d'aide et les cloches d'appel.
- Évaluer la possibilité d'une couverture plus étendue des heures de présence des chefs clinico-administratifs (ex. : l'un de 7 h à 15 h et l'autre de 13 h à 21 h).
- Recourir aux équipes de soutien, en DI, en psychogériatrie et autres afin de comprendre et de diminuer le plus possible les troubles de comportements, et habiliter le personnel à ce type de clientèle.
- Statuer, si ce n'est déjà fait, sur les règles à suivre concernant la prise de photos ou les enregistrements pour protéger l'intimité des résidents et respecter les familles.
- Évaluer la pertinence et, si besoin, la faisabilité d'installer des rideaux sur rails dans les chambres qui le nécessitent, sans que ceux-ci entravent l'utilisation des leviers.
- Dans le cadre d'un projet de rénovation fonctionnelle ou autre, analyser la possibilité de modifier l'ouverture des portes de chambres (celles qui ouvrent sur le corridor).
- Revoir l'étalement du début et de la fin des quarts de travail afin d'assurer une plus grande présence de personnel sur un plus grand laps de temps (la période critique de 16 h à 20 h devrait être mieux couverte).
- Revoir l'horaire des soins de propreté (bains et toilettes) des résidents de façon à les étaler sur toute la journée et même sur la soirée, afin de mieux tenir compte des habitudes et des préférences des résidents.
- Adopter une approche proactive avec les familles, particulièrement avec celles plus anxieuses; les écouter et les supporter davantage à l'admission et les intégrer rapidement en les faisant collaborer à l'élaboration du PII, entre autres, afin de tenir compte de leurs attentes et de bénéficier de leur connaissance des besoins du résident.
- Impliquer le plus possible les familles pour améliorer, par leur présence, la qualité de vie du résident et, par leurs remarques et suggestions (*feedback*), faire évoluer les pratiques du personnel.
- Expliquer aux familles le type de clientèle hébergée, sa diversité et son impact sur la vie communautaire.

- Transformer la période de l'alimentation par une activité repas; s'assurer que ce n'est pas l'horaire de la cuisine qui détermine la fin du repas et introduire des bénévoles formés pour accompagner les résidents; s'assurer que tous puissent manger convenablement et jouir de cette activité qui est souvent la seule pour certains résidents.
- Trouver des façons de diminuer le bruit, particulièrement celui occasionné par les alarmes des systèmes d'aide à la surveillance; établir un protocole d'utilisation de ces systèmes.
- S'assurer que le personnel est sensibilisé et formé à détecter la douleur chez le résident et voir, s'il y a lieu, à ce que celui-ci soit soulagé.
- Évaluer, dès que possible, la possibilité de procéder à l'installation de toilettes adaptées, mitoyennes ou individuelles, dans les chambres des résidents.
- Évaluer la faisabilité technique de poser des rails au plafond et, si cela est possible, voir à leur installation et à l'acquisition de leviers supplémentaires, dès que le budget sera disponible.

## Annexe 2 – Résumé des rencontres

- Le président-directeur général
  - prise de contact faite pour expliquer la nature du mandat
  - approche de l'enquête axée sur le bien-être des personnes hébergées
  - collaboration assurée
- Les deux directeurs adjoints du CIUSSS MCO
  - prise de contact, mandat et approche
  - enquêtrice demande de préparer des documents pertinents à l'enquête tels rapports annuels, déclaration d'incidents-accidents, programme sur la gestion des risques (mesures de contrôle, chutes), dossiers des résidents concernés, etc.
  - collaboration assurée aussi
- Le comité des résidents et des usagers
  - globalement satisfait des services et du personnel
  - la nourriture est bonne mais souvent le résident plus lent n'a pas le temps de manger et s'inquiète de la dénutrition
  - trop de bruit sur les unités : cris, alarmes des SAS, cloches d'appel...
  - bon programme de prévention des chutes : le personnel essaie de les éviter sans trop contraindre le résident
  - l'installation quasi systématique de culottes à l'admission favorise l'incontinence
- Les responsables des deux syndicats concernés font part de leurs inquiétudes, remarques et suggestions :
  - peur que le personnel soit blâmé (souvenirs de l'enquête de 2004)
  - notent une diminution de personnel et une augmentation de la tâche
  - ne trouvent pas normal que les résidents ne reçoivent pas les soins de base nécessaires, faute de temps et à cause de l'alourdissement de la clientèle (comme suite au maintien à domicile)
  - perçoivent une diminution du sentiment d'appartenance, avec la création du CIUSSS
  - désertion de la profession, car pas le sentiment du devoir accompli
  - ratio heures-soins/nombre d'employés à revoir
  - manque souvent de personnel; erreurs de remplacement, liste de rappel et horaires chamboulés depuis la fusion
  - rétention difficile; augmentation de la pression car veut la perfection
  - pénurie de PAB, car augmentation de la lourdeur
  - les soins d'hygiène qui doivent être terminés pour le dîner augmentent la pression; un PAB ne devrait pas avoir plus de cinq toilettes partielles et un grand bain
- Le personnel présent lors des événements
  - L'infirmière de l'unité où se sont produites les deux chutes
    - § était à son souper (de 18 h 45 à 19 h 15); reçoit un appel de l'infirmière auxiliaire (IA) qui lui dit que deux résidents ont chuté : comme l'une est connue pour se coucher régulièrement au sol, elle demande à l'IA de s'occuper de la chute prioritaire
    - § téléphone à son collègue pour qu'il aille au B2
    - § rapporte son lunch, monte à l'unité D2 et va ensuite à l'unité B2 : elle voit que la dame est recouchée et va vers son collègue qui fait l'examen

- physique et prend les signes vitaux du monsieur; elle lui donne un coup de main
- § L'IA lui dit que madame JP a filmé les deux personnes par terre; l'infirmière ne l'a pas vue et ne lui a pas parlé non plus ce soir-là
  - La PAB de l'îlot (A2) (souper de 18 h 45 à 19 h 30)
    - § normalement transfère à l'unité B2 à 21 h pour aider aux installations
    - § peur de se faire blâmer si amène la dame à l'îlot
    - § clientèle différente le soir – plus tendue, plus fatiguée – on n'en tient peu compte
    - § sauf pour les heures de souper, les plans de travail ne devraient pas avoir d'heures, pour plus de souplesse
  - La PAB de l'unité B2 (souper de 18 h 45 à 19 h 30)
    - § passe les collations à son retour, a appris la nouvelle concernant la vidéo (« C'est arrivé, c'est arrivé ») et procède aux installations
    - § suggère que les « boss » soient plus présents
  - La PAB de l'unité B2 (souper de 18 h à 18 h 45)
    - § aux moments des chutes, il était à faire des installations avec levier, dans une chambre double
    - § en sortant de la chambre, madame JP dit : « Vous étiez où? J'ai tout filmé. Il y a une dame à terre là-bas (Il a pensé à la dame qui a effectivement chuté, car elle tombe souvent.) et un autre monsieur là-bas. » La dame avait été installée une quinzaine de minutes auparavant et le monsieur en question devait être le suivant
    - § il s'est dirigé vers la chambre de la dame, où il l'a remise dans son lit alors que l'IA s'est dirigée vers la chambre du monsieur
    - § Madame JP : « J'ai tout filmé. Ma mère criait beaucoup. Ça n'a pas de bon sang. »
  - L'infirmière auxiliaire de l'unité B2 (souper de 6 h 45 à 19 h 30)
    - § soupaît avec l'infirmière au moment des événements
    - § une heure – une heure et demie après son retour à l'unité, un membre du personnel lui a dit que quelqu'un avait fait une vidéo; cela l'a inquiétée
    - § augmenter le nombre de PAB, car seulement deux en principe au B car la troisième est prise à l'unité prothétique (A2)
    - § augmenter le nombre de leviers et ajouter une télé à la salle à manger
  - L'infirmière auxiliaire de l'unité B2 (souper de 18 h à 18 h 45)
    - § faisait les installations avec le PAB présent : ils avaient déjà installé la dame qui a chuté vers 19 h et étaient à faire les installations dans une chambre double – la porte fermée car pas de rideaux – et c'est en sortant de la chambre qu'elle voit madame JP et entend l'alarme du moniteur (SAS) de monsieur; le PAB se dirige vers la chambre de la dame qui a chuté et elle vers le monsieur
    - § s'est sentie mal lorsqu'elle a su pour la vidéo, car avait peur de se voir à la télé
    - § trouve ça « platte » que madame JP ne soit pas allée à l'îlot voir la PAB qui s'y trouvait
    - § est devenue anxieuse depuis lorsqu'une cloche sonne...

- § installation de miroirs qui permettrait de voir ce qui se passe dans le bout des unités
  - L'infirmière chef d'équipe de l'unité D3 qui couvre aussi l'unité D2
    - § couvre aussi les autres étages durant les soupers
    - § n'a rien vu ni entendu
  - L'infirmier chef d'équipe de l'unité B1
    - § était revenu de souper plus tôt, soit vers 18 h 55, car attendait appel d'un md
    - § vers 19 h 20, reçoit appel de l'infirmière – qui n'avait pu joindre celle de l'unité D3 – pour deux chutes en haut (D2)
    - § à son arrivée, le moniteur sonnait, le monsieur était par terre et disait « aidez-moi » ; l'IA et le PAB étaient là. Il a priorisé le monsieur, l'a remis dans son fauteuil et amené au poste de garde pour une évaluation plus poussée
    - § revoit l'infirmière de l'unité vers 19 h 35; il pensait qu'elle était avec la dame qui a chuté
    - § il est retourné en bas (B1) vers 19 h 40 – 19 h 45; l'infirmière le rappelle plus tard pour lui dire que la dame a été évaluée après avoir été relevée et que madame JP a filmé; il ne s'imaginait pas qu'elle irait dans les journaux
    - § garder les portes entrouvertes lors des installations pour entendre les moniteurs...
    - § faire les installations en partant du fond de l'aile et du milieu de l'aile au lieu des deux fonds de corridor – distance de vision plus égale
- Un membre du comité des résidents (sa sœur décédée en décembre 2014 a séjourné 7 ans au centre)
  - cabarets pour le souper ramassés trop vite
  - difficile de parler au personnel, car trop occupé
  - soins d'hygiène pas toujours donnés (visage pas lavé, cheveux pas peignés)
  - hydratation laisse à désirer
  - deux ans pour diagnostiquer un problème de rougeurs au dos
  - médicaments distribués à 20 h 30 alors que plusieurs dorment
  - manque de communications entre les membres du personnel et entre les services
- La personne qui a fait la vidéo – madame JP
  - raconte le fil des événements
  - de façon générale, satisfaite des services reçus par sa mère et des activités offertes
  - suggère que toutes les PAB restent à l'unité pour les heures de repas et aient un contact plus humain, moins mécanique
  - regrouper les personnes lucides
  - remettre le téléviseur à la salle à manger
- L'épouse du monsieur qui a chuté
  - historique de chutes assez fréquentes
  - pense qu'il a pu basculer de sa chaise roulante pour ramasser quelque chose
  - rien de négatif à dire contre qui que ce soit, personnel respectueux, soins convenables, mais « ça se courre, c'est épouvantable »
  - suggère un peu plus de personnel

- très affectée par la vidéo
- La sœur de la dame qui a chuté, par conférence téléphonique
  - consciente que sa sœur chute fréquemment, mais accepte la situation car elle ne veut pas qu'elle soit mise sous contentions
  - fâchée lorsqu'elle a vu la vidéo et enragée lorsque celle-ci a été mise sur Facebook; blessée car elle s'est mise à la place de sa sœur et les gens la reconnaissent
  - trouve le personnel correct
  - aimerait que le monde soit conscient de ce qui se passe, car manque de renseignements
- Un couple dont la mère de monsieur est au Centre
  - satisfait de la belle chambre de sa mère, mais se pose des questions sur l'hygiène, sur la sécurité et sur le bien-être des résidents
  - sa mère manque de sommeil, car les résidents autour d'elle sont très turbulents; refuse de voir sa mère changer de chambre
  - rapporte un incident où il aurait été appelé parce que sa mère n'allait pas bien et à son arrivée, celle-ci était seule dans sa chambre, anxieuse et son masque oxygène enlevé...
  - pertinence de regrouper les résidents lucides, car ils se trouvent isolés à cause des autres
  - manque de personnel (1/8 et non 1/13)
- La récréologie
  - beaucoup d'activités organisées, dont plusieurs à l'extérieur l'été (jardins, plantes, pêche et cuisson des poissons)
  - font des collations que la cuisine ne peut faire (sandwich aux tomates, BBQ)
  - activités six jours par semaine et le soir – plus de 100 personnes y participent – surveillance faite avec les bénévoles, les familles et certains résidents
  - activités avec Papillon blanc, programme de marche (projet d'été avec une étudiante)
- L'ergothérapeute
  - apporte, en collaboration avec les deux techniciennes en réadaptation, des mesures de confort et de sécurité, principalement sur le plan de l'alimentation (dysphagie), du positionnement et des déplacements
  - discussion sur la pertinence de certaines mesures de contrôle ou d'autres mesures – avantages et inconvénients
  - sensibiliser davantage le personnel aux signes d'inconfort ou de douleurs : la personne qui se lève tout le temps peut être souffrante ou désirer aller à la toilette – prendre le temps de l'y amener au lieu de la recoucher cinq fois
  - davantage de travail en équipe, meilleure transmission des informations entre les quarts de travail
  - mesures alternatives doivent être appliquées correctement
  - rencontrer les familles peu de temps après l'admission de leur parent
- Les deux chefs clinico-administratifs : l'un responsable des ailes D et l'autre, des ailes B
  - chambres très disparates en matière de grandeur (de la grandeur d'une garde-robe à une suite nuptiale...) et d'emplacement; lorsqu'une chambre se libère, pour améliorer le sort d'une personne, elle lui est attribuée par ancienneté
  - pourcentage de clientèle avec troubles de comportement plus élevé actuellement; gestion à améliorer

- approche repas très médicalisée : diète, dysphagie...
- surcharge de travail, car manque de rails au plafond (seulement 40 chambres en sont pourvues)
- sauf parties rénovées ou neuves, une toilette dans le corridor pour 8 chambres
- questionnement par rapport à la mixité de la clientèle – plus grande car faut admettre rapidement lorsque décès
- beaucoup de pression sur les infirmières à cause des demandes qui fusent de toutes parts : infirmière en prévention des infections, infirmière clinicienne, ergothérapeute...
- ne gère que des horaires, des normes, des procédures, des statistiques...
- personnel qui vient du milieu hospitalier défait le milieu de vie (CSSS – CIUSSS : mobilité du CH vers le CHSLD)
- manque de chambres pour fin de vie
- démedicaliser les soins pour augmenter les soins de confort, les soins de fin de vie
- la vidéo a fait mal au personnel et aux familles
- Le directeur adjoint à la direction de la qualité, évaluation, performance et éthique
  - triple saisie des formulaires pour les chutes
  - malgré l'augmentation des déclarations, une légère diminution des incidents-accidents est notée
  - met l'accent sur la diminution des conséquences (graves) si le risque est là
  - les outils sont à intégrer, avec la création du CIUSSS
  - plan de formation semble adéquat
  - structure de postes semble adéquate, sauf aux heures de repas
  - beaucoup de cloches, de bruit
  - corridors encombrés
  - problématique de chambres (petites ou doubles) et des portes qui ouvrent sur le corridor
  - projet de salles de bains
- Le directeur adjoint au SAPA
  - paradoxe entre les volontés, les exigences, le milieu de vie et la clientèle (sortie rapidement de l'hôpital, celle-ci nécessite souvent des soins infirmiers plus élaborés)
  - formé pour un milieu de vie mais avec des traitements (VAC, pansements, hémodialyse...) qui s'apparentent davantage à ceux du milieu hospitalier et des pathologies multiples
  - faut passer d'une mentalité de « c'pas à nous » à une de « c't'à nous »

### Annexe 3 – Documentation

Vous trouverez ci-dessous la liste des principaux documents consultés.

- Code d'éthique
- Tableau de bord des indicateurs en gestion des risques
- Plan des effectifs
- Horaires du personnel clinique et non clinique
- Plans de travail
- Grille d'activités
- Rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie – 2014
- Documentation relative à la prévention des chutes, tels rapports de déclaration d'incident ou d'accident, stratégie d'encadrement des chutes et d'utilisation des mesures de contrôle (plan d'action, bilan, formation), bulletin d'information du comité d'encadrement des chutes et des mesures de contrôle, rapport annuel de gestion des risques 2014-2015
- Comptes rendus des réunions du comité des préposées aux bénéficiaires (PAB) – 2013-2014
- Rapport annuel de gestion de 2013-2014 et celui de 2014-2015
- Application de la procédure d'examen des plaintes – Rapport annuel 2014-2015
- Rapport sur la conformité des services aux besoins, aux attentes et aux droits des résidents – Évaluation du milieu d'hébergement – CSSS de Trois-Rivières – Résidence Cooke, Conseil québécois d'agrément, 2007
- Dossier des deux résidents concernés
- Articles de journaux y reliés
- Entente pour l'achat de nouvelles places d'hébergement et de soins de longue durée en Montérégie

Voici d'autres publications pertinentes.

- GARANT, Lyse. *Le milieu de vie : avant tout une affaire de cœur*, CHSLD Cœur-du-Québec, Drummondville, 2001.
- MSSS. *Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication : De la stratégie à l'action. Volet : Chutes*, [En ligne], La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014. [[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)].
- CHUQ. *Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement*, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, août 2012. [[http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/a-propos-de/uetmis/ET01-0510\\_Rapport\\_07-12\\_Alternative\\_isolement-contention.pdf](http://www.institutsmq.qc.ca/fileadmin/a-propos-de/uetmis/ET01-0510_Rapport_07-12_Alternative_isolement-contention.pdf)].

Ont aussi été visionnées, entre autres, la vidéo faite par la fille de la résidente ainsi que son entrevue avec Sébastien Bovet (Radio-Canada).