

**ENQUÊTE SUR
LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS
CHSLD CENTRE-VILLE DE MONTRÉAL**

*Résidence Saint-Charles-Borromée
Résidence Manoir de l'Âge d'Or*

***Avis du Bureau de l'OIIQ au
ministre de la Santé et des Services sociaux***

Rapport du Comité d'enquête

Adoptés par le Bureau de l'OIIQ à sa réunion du 14 mai 2004



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**

ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS

CHSLD CENTRE-VILLE DE MONTRÉAL

Résidence Saint-Charles-Borromée

Résidence Manoir de l'Âge d'Or

***Avis du Bureau de l'OIIQ
au ministre de la Santé et des Services sociaux***

Rapport du Comité d'enquête

Adoptés par le Bureau de l'OIIQ à sa réunion du 14 mai 2004

Dépôt légal, 2e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89229-332-4

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée
à la condition qu'il soit fait mention de la provenance.

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de
l'OIIQ, le féminin est utilisé sans préjudice et
seulement pour alléger la présentation.



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**

***Avis du Bureau de l'OIIQ
au ministre de la Santé et des Services sociaux
sur la qualité des soins infirmiers
au CHSLD Centre-Ville de Montréal***

***Résidence Saint-Charles-Borromée
Résidence Manoir de l'Âge d'Or***

Adopté par le Bureau de l'OIIQ à sa réunion du 14 mai 2004

**Avis du Bureau de l'OIIQ
au ministre de la Santé et des Services sociaux sur
la qualité des soins infirmiers
au CHSLD Centre-Ville de Montréal**

Le 19 janvier 2004, le Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) décidait de tenir une enquête sur la qualité des soins infirmiers au CHSLD Centre-Ville de Montréal après avoir été saisi de faits relatifs à des événements graves survenus dans l'établissement. Cette enquête visait à permettre au Bureau de donner un avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins infirmiers dans cet établissement et, le cas échéant, sur les orientations à suivre pour en relever le niveau. Il s'agissait donc de vérifier systématiquement si les soins infirmiers répondaient aux besoins des résidants et s'ils étaient octroyés dans le respect de leur dignité.

En fonction de la loi régissant les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*), ces derniers doivent offrir aux résidants un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance et de soutien de même que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers et médicaux. Les soins infirmiers dans l'établissement enquêté se déploient donc dans un contexte de milieu de vie, c'est-à-dire dans un milieu qui doit répondre aux besoins de soins des résidants dans un environnement le plus près possible d'un milieu naturel.

Il importe, au départ, de bien saisir les caractéristiques de ce milieu. Il s'agit d'un CHSLD composé de deux sites caractérisés par des clientèles différentes et spécifiques.

D'une part, la Résidence Manoir de l'Âge d'Or héberge 192 personnes dont la moyenne d'âge est de 82 ans, il s'agit donc de personnes âgées en perte d'autonomie dont la plupart présentent des déficits cognitifs.

D'autre part, la Résidence Saint-Charles-Borromée accueille 204 adultes dont la moyenne d'âge est de 55 ans et qui sont lourdement handicapés en raison de : sclérose en plaques, traumatisme crânien, blessure médullaire, etc. Il s'agit d'une clientèle ayant des problèmes de santé très complexes, dont une partie souffre de comportements dysfonctionnels et agressifs, chez qui des soins mal maîtrisés ou effectués par des personnes ne comprenant pas très bien leur condition de santé physique et mentale, peuvent générer de l'anxiété, voire même des crises.

Sur le plan physique, la majorité des résidants est très dépendante à l'égard de ses besoins au quotidien (fauteuil roulant, transfert avec levier, assistance pour le positionnement, dysphagie, alimentation avec aide, etc.). Sur le plan psychosocial la majorité des résidants est confrontée à des deuils ou à des renoncements difficiles pour lesquels ils ont besoin d'aide.

C'est sur ce fond de scène que l'équipe d'enquête a examiné la qualité des soins au CHSLD Centre-Ville de Montréal.

PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ENQUÊTE

Les soins infirmiers octroyés aux résidants ne répondent pas à leurs besoins spécifiques et particulièrement à ceux souffrant de problèmes cognitifs et de comportements dysfonctionnels et agressifs

- ◇ Problème d'évaluation clinique du résidant avec pour conséquence une insuffisance d'informations sur lesquelles s'appuyer pour élaborer des plans de soins et de traitements individuels. Les infirmières ne sont pas mises à contribution au moment de l'admission d'un résidant pour procéder à son évaluation clinique. De plus, elles font peu d'évaluation continue des problèmes de santé chroniques et spécifiques à leur clientèle, comme l'évaluation des problèmes reliés aux pertes d'autonomie fonctionnelle, l'évaluation de l'incontinence, les risques de chute, les problèmes de communication.
- ◇ Absence ou non-utilisation de programmes de soins visant les problèmes de santé les plus complexes comme les déficiences cognitives, les comportements dysfonctionnels et la douleur chronique.

Les soins infirmiers ne sont pas intégrés au processus de gestion de l'établissement, le rapport d'enquête est éloquent à cet égard

- ◇ Absence de direction de soins infirmiers – la personne désignée responsable des soins infirmiers ne fait pas partie de l'équipe de gestion.
- ◇ Les comités aviseurs requis par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ne sont pas dûment constitués : Conseil des infirmières et infirmiers et Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires.
- ◇ Aucun outil de mesure ou de monitoring des besoins de soins des résidants.
- ◇ Un profil de compétence du personnel soignant inadéquat, sans lien avec le profil de la clientèle : en effet, l'équipe de soins, de même que les gestionnaires de soins n'ont pas toujours la compétence pour faire face aux situations cliniques complexes, sans compter l'absence de cliniciennes spécialisées pour l'élaboration de programmes de soins nécessaires et pour assurer la formation continue des infirmières et du personnel soignant.

- Au site Manoir de l'Âge d'Or, il y a absence de services d'une clinicienne spécialisée pour développer les programmes de soins essentiels à un traitement de personnes souffrant de déficits cognitifs ou en perte d'autonomie fonctionnelle.
 - Au site Saint-Charles-Borromée, il y a des professionnels possédant une expertise de haut niveau mais qui se concertent peu avec l'équipe de soins infirmiers et les résidants pour l'élaboration des plans d'intervention auprès de ceux-ci. D'ailleurs, souvent le personnel soignant ne peut donner suite aux plans d'encadrement inscrits au dossier du résidant faute de les comprendre.
- ◇ Absence de plan de formation pour le personnel soignant qui est souvent démuné devant les situations critiques.
 - ◇ Les responsabilités confiées au personnel d'encadrement ne tiennent pas compte de la dimension clinique de l'encadrement des soins infirmiers; par exemple, trois des six chefs d'unités qui ont comme responsabilité la gestion des soins infirmiers ne sont pas infirmiers.

L'absence d'équilibre entre la notion de milieu de vie et les besoins de soins des résidants

- ◇ La mission d'un tel centre vise à donner à ses résidants un milieu de vie permanent ou temporaire tout en leur garantissant les services de soutien et de soins infirmiers et médicaux dont ils ont besoin. Toutefois, la carence d'expertise professionnelle en soins infirmiers, l'absence d'instruments de mesure des besoins de soins des résidants, la faiblesse de la planification des soins et de leur coordination et, en conséquence, le caractère incomplet des plans de traitement individuels auxquels acquiesce un patient, révèlent la place marginale laissée aux soins dans cet établissement. La méconnaissance des besoins de soins transforme les rapports entre les soignants et les résidants en un rapport défensif et malsain qui a souvent comme conséquence le non-respect de ces derniers.
- ◇ En l'absence d'orientation claire pour actualiser le concept de milieu de vie, le peu d'importance accordée aux besoins de soins des résidants par rapport à leurs autres activités quotidiennes, s'est traduit par des décisions administratives qui ont contribué à miner progressivement le leadership clinique, entraînant des répercussions sur la qualité des soins infirmiers dans l'établissement.

Le caractère fragile et tendu du climat organisationnel de l'établissement, marqué au cours des dernières années par des crises à répétition : crainte, méfiance, découragement habitent résidants, proches, et personnel soignant

- ◇ Le personnel soignant se sent peu soutenu par les gestionnaires dans son travail : il est démobilisé et souvent découragé ne voyant pas trop comment s'en sortir. Ainsi, plusieurs infirmières ont quitté et d'autres cherchent un emploi ailleurs.
- ◇ Les résidants, de leur côté, n'osent pas exprimer leurs griefs ni leurs besoins de soins particuliers par crainte de représailles et les proches ne comprennent pas toujours la nature des interventions des soignants, ce qui a pour conséquence de susciter chez eux beaucoup de méfiance à l'endroit du personnel. De plus, tant les résidants, leurs proches que le personnel soignant ne savent pas à qui s'adresser lorsque survient un incident.
- ◇ Somme toute, un climat propice aux dérapages.

RECOMMANDATIONS

La situation commande un virage à 180 degrés si nous voulons offrir aux résidents des soins infirmiers de qualité basés sur leur intégrité et leur dignité et un milieu de vie où personnel, résidents et proches se concertent pour la réalisation d'un cadre de vie respectueux, en commençant par un milieu où tous sauraient plus clairement à quoi s'en tenir et à qui adresser leurs demandes ou leurs besoins.

Ce centre doit répondre aux besoins essentiels de clientèles ayant des problèmes de santé complexes dont il a la responsabilité et il importe au plus haut point de lui en donner les moyens.

Pour ce faire, le Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard :

- 1. Que l'administration du CHSLD Centre-Ville de Montréal intègre les soins infirmiers dans la gestion de l'établissement, notamment en créant une Direction des soins infirmiers travaillant en étroite collaboration avec les gestionnaires de l'établissement afin de garantir une évaluation spécifique des besoins de soins des patients, d'assurer l'encadrement que le personnel soignant requiert et pour donner des soins de qualité aux résidents.***
- 2. Que l'administration du CHSLD Centre-Ville de Montréal procède à la mise en place des comités aviseurs prévus par la Loi (Conseil des infirmières et infirmiers et Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires) et leur octroie les moyens d'assumer leurs mandats.***
- 3. Que la philosophie d'intervention et de service repose davantage sur l'utilisation effective de l'équipe interdisciplinaire.***
- 4. Que l'administration procède dans les plus brefs délais à l'analyse des besoins de soins de chacun des résidents avec le soutien d'une équipe experte en ce domaine.***
- 5. Que l'expertise d'infirmières cliniciennes spécialisées soit intégrée à l'équipe multidisciplinaire afin de garantir le développement des programmes de soins requis par la condition des résidents, notamment en gestion du comportement dysfonctionnel pour les résidents de Saint-Charles-Borromée, en déficience cognitive pour les résidents du Manoir de l'Âge d'Or et en gestion de la douleur pour les résidents des deux sites.***

- 6. Que les regroupements de clientèles dans les deux sites soient réévalués en fonction des conditions de santé de ces dernières. Qu'au site Saint-Charles-Borromée l'on procède prioritairement, et le plus rapidement possible, au regroupement des résidants souffrant de comportements dysfonctionnels et agressifs afin de créer, pour l'ensemble des résidants, un climat stable et sécuritaire.**
- 7. Que le site Saint-Charles-Borromée soit exclu d'une fusion dans le cadre de l'instauration des réseaux locaux de services, compte tenu du caractère complexe et unique de sa clientèle provenant de toutes les régions du Québec.**
- 8. Que le site Manoir de l'Âge d'Or fasse l'objet d'un suivi régulier du ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'y vérifier le rehaussement de la qualité des soins géranto-gériatriques.**
- 9. Que le fondé de pouvoir demeure en fonction le temps nécessaire pour stabiliser le climat organisationnel et de mettre en place l'infrastructure de soins requise pour octroyer des soins de qualité aux résidants et le support nécessaire à leurs proches.**
- 10. Que des mesures de soutien soient offertes au personnel soignant dès maintenant et pour toute la durée de la réorganisation.**
- 11. Que dans le cadre du redressement de l'établissement, la direction voit au développement de plans de formation spécifiques permettant aux infirmières, infirmières auxiliaires et préposés :**
 - a. d'assumer leurs responsabilités cliniques respectives et d'intervenir auprès des résidants avec une meilleure compréhension de leurs conditions de santé spécifiques;**
 - b. de comprendre davantage la mission, la philosophie et les règles d'éthique et de vie de l'établissement.**
- 12. Que le ministre de la Santé et des Services sociaux s'assure que la personne qui occupera la fonction de directeur général fasse preuve d'une ouverture et d'une grande sensibilité aux besoins de soins des résidants, de façon à ce qu'elle devienne le chef de file de l'instauration de l'équilibre nécessaire entre le milieu de vie et les besoins de soins des résidants.**

CONCLUSION

L'enquête sur la qualité des soins au CHSLD Centre-Ville de Montréal s'est déroulée du 3 février au 18 mars 2004, quelques semaines après l'arrivée du fondé de pouvoir assigné par le ministre pour mettre en place les conditions d'un virage dans cet établissement.

Des échanges avec ce dernier ont permis aux enquêteuses de constater sa volonté de redonner aux soins et à l'organisation de ceux-ci la place qui leur revient dans un milieu de vie ayant la responsabilité de subvenir à l'ensemble des besoins de ses résidants.

Le Bureau de l'OIIQ s'appuie donc sur cette ouverture en recommandant au ministre de la Santé et des Services sociaux des pistes d'action qui permettront au fondé de pouvoir de canaliser l'immense volonté rencontrée, d'améliorer les soins, par l'équipe d'enquêteuses chez l'ensemble du personnel soignant, vers un rééquilibrage entre le milieu de vie et le milieu de soins.

Devant les conséquences graves que produit le déséquilibre constaté entre le milieu de vie et le milieu de soins sur la gestion et la qualité des soins infirmiers, le Bureau de l'OIIQ exhorte le ministre à exercer la plus grande vigilance sur l'ensemble des CHSLD afin de s'assurer que tous aient les conditions du maintien d'un tel équilibre et ceci, pour une prise en charge de l'ensemble des besoins des résidants, dans le respect de leur dignité.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

***Rapport du Comité d'enquête
sur la qualité des soins infirmiers
au CHSLD Centre-Ville de Montréal***

***Résidence Saint-Charles-Borromée
Résidence Manoir de l'Âge d'Or***

Adopté par le Bureau de l'OIIQ à sa réunion du 14 mai 2004

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	1
PROFIL DE L'ÉTABLISSEMENT	4
QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS EN MILIEU DE VIE.....	7
Constats favorables	7
1. Situations de soins aigus traitées adéquatement.....	7
2. Gestion pertinente des soins de plaies	7
3. Soins d'hygiène adéquats	8
Constats défavorables	9
1. Évaluation clinique et planification des soins insuffisantes	9
2. Difficultés d'intervention / résidants qui présentent des déficits cognitifs	11
3. Difficultés d'intervention / résidants qui présentent des comportements dysfonctionnels agressifs ..	12
4. Lacunes reliées à la sécurité des résidants.....	13
5. Collaboration intra et interdisciplinaire inefficace	14
Recommandations	16
ATTITUDE DU PERSONNEL ENVERS LES RÉSIDANTS.....	19
Constat favorable	19
1. Présence de mécanismes favorisant le partenariat et le respect des droits des résidants	19
Constats défavorables	21
1. Méconnaissance des prises de position de l'établissement	21
2. Partenariat personnel soignant/résidants compromis.....	21
3. Problèmes de non-respect des droits des résidants	22
Recommandations	23
CONTEXTE ORGANISATIONNEL.....	24
Constat favorable	24
1. Environnement adapté au milieu de vie et aux besoins des résidants	24
Constats défavorables	25
1. Difficultés d'intégration du milieu de vie et du milieu de soins.....	25
2. Profil de compétence du personnel soignant inadéquat	26
3. Processus d'amélioration de la qualité inefficace	29
4. Encadrement des soins infirmiers insuffisant.....	30
5. Climat organisationnel fragile et tendu.....	33
Recommandations	34
CONCLUSION	37
RÉFÉRENCES.....	38
ANNEXE 1 – MEMBRES DU COMITÉ D'ENQUÊTE	39
ANNEXE 2 – PERSONNES ET GROUPES RENCONTRÉS.....	41
ANNEXE 3 - DOCUMENTS CONSULTÉS.....	42
ANNEXE 4 - ORGANIGRAMME.....	44
ANNEXE 5 – RECOMMANDATIONS	45

PRÉAMBULE

Décision du Bureau

Cette enquête sur la qualité des soins infirmiers au CHSLD Centre-Ville de Montréal fait suite à une résolution du Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), adoptée lors de sa réunion du 19 janvier 2004, à l'effet de tenir une enquête sur la qualité des soins infirmiers en vertu de l'article 11 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers.

Motifs de l'enquête

La décision de tenir une enquête sur la qualité des soins infirmiers au CHSLD Centre-Ville de Montréal a été motivée par certains faits survenus dans l'établissement et dont le Bureau de l'OIIQ a été saisi, lesquels faisaient état d'événements graves remettant en cause la qualité des soins infirmiers fournis dans l'établissement.

Comité d'enquête

Le comité d'enquête formé à cette fin était composé de:

- ◇ *Monique Bourque, inf. M.A. Gériatologie*
Infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
- ◇ *Ginette Lavallière, inf. M.Sc. Administration des services de santé*
Conseillère-enquêteuse, Bureau de l'inspection professionnelle
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- ◇ *Hélène Rajotte, inf. M.Sc. Sciences infirmières*
Consultante en gestion des soins infirmiers
Responsable du Comité d'enquête
- ◇ *Maryse Savoie, inf. M.Sc. Sciences infirmières*
Directrice adjointe des soins infirmiers et coordonnatrice de recherche
Hôpital Sainte-Anne
- ◇ *Lucie Tremblay, inf. M.Sc. Administration des services de santé*
Directrice des soins infirmiers et des services cliniques
Centre hospitalier gériatrique Maimonides

Une présentation abrégée des membres du comité d'enquête est incluse à l'annexe 1.

Objectifs de l'enquête

Cette enquête, menée dans l'intérêt du public, avait pour but de vérifier la qualité des soins infirmiers aux deux installations de l'établissement, soit la Résidence Saint-Charles-Borromée et la Résidence Manoir de l'Âge d'Or, afin de permettre au Bureau de l'OIIQ de donner un avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la qualité des soins infirmiers fournis et sur les orientations à suivre pour en relever le niveau.

Date de l'enquête

L'enquête s'est déroulée entre le 3 février et le 18 mars 2004. Le présent rapport ainsi que les recommandations formulées par le Comité d'enquête à partir des constats établis furent adoptés par le Bureau de l'OIIQ le 14 mai 2004.

Méthodologie

L'évaluation effectuée dans le cadre de cette enquête portait sur l'ensemble des soins infirmiers dispensés aux résidents par le personnel soignant, incluant les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires, de même que sur ses interrelations avec les autres professionnels. Elle portait également sur les éléments du contexte organisationnel pouvant avoir un impact sur la qualité des soins infirmiers dans l'établissement.

Les éléments retenus dans cette évaluation ont été déterminés en se référant:

- ◇ aux critères essentiels de l'exercice de la profession d'infirmière (OIIQ, 1996);
- ◇ aux indicateurs de qualité définis par l'OIIQ dans son guide d'exercice « L'exercice infirmier en soins de longue durée – Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie » (OIIQ, 2000);
- ◇ aux indicateurs de compétence de l'infirmière et infirmier auxiliaire définis par l'OIIAQ (2003);
- ◇ aux orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » (MSSS, 2003);
- ◇ à la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

Aux fins de cette évaluation, les enquêteurs ont procédé aux activités suivantes:

- ◇ rencontres avec le fondé de pouvoir;
- ◇ 49 entrevues individuelles ou en groupe totalisant 96 personnes, incluant des résidants, des représentants des résidants, des gestionnaires, des membres de divers comités, des représentants syndicaux, des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires, divers professionnels (voir la liste à l'annexe 2);
- ◇ analyse de divers documents relatifs au contexte organisationnel (voir la liste à l'annexe 3);
- ◇ observations directes des soins à toutes les unités de vie des deux installations et à tous les quarts de travail (jour, soir, nuit) totalisant 186 heures, incluant la révision de dossiers de résidants et des échanges avec des résidants et des membres du personnel soignant¹.

Dans leur analyse, les membres du comité d'enquête ont pris en compte la constance des déclarations faites au cours des entrevues et la convergence des résultats obtenus des différentes sources d'évaluation, ce qui tient lieu de validation.

Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée dans un climat de collaboration exceptionnelle de la part de toutes les instances et personnes concernées. Ces dernières ont pour la plupart démontré une ouverture pour s'autoévaluer et une volonté de trouver des pistes de solution pour améliorer la qualité des soins.

Rapport d'enquête

Le présent rapport se divise en quatre sections. La première section présente le profil de l'établissement, incluant une brève description de la clientèle, les principaux éléments de la structure organisationnelle ayant un lien avec la qualité des soins infirmiers et la mission de l'établissement. Les trois sections suivantes portent sur la qualité des soins infirmiers en milieu de vie, l'attitude du personnel envers les résidants et le contexte organisationnel. Les constats favorables et défavorables réalisés dans le cadre de cette enquête y sont énoncés, suivis des recommandations du comité d'enquête concernant les orientations à suivre pour améliorer la qualité des soins infirmiers au CHSLD Centre-Ville de Montréal.

¹ Dans ce rapport, l'expression personnel soignant inclut les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

PROFIL DE L'ÉTABLISSEMENT

Le CHSLD Centre-Ville de Montréal compte deux installations: la Résidence Saint-Charles-Borromée, ci-après appelée site St-Charles, qui accueille 204 adultes lourdement handicapés et la Résidence Manoir de l'Âge d'Or, ci-après appelée site Manoir, qui héberge 192 personnes âgées en perte d'autonomie. L'établissement accueille également une clientèle en hébergement temporaire et il offre des services externes en centre de jour.

Cette section décrit les caractéristiques de la clientèle, les principaux éléments de la structure organisationnelle ayant un lien avec la qualité des soins infirmiers et la mission de l'établissement.

Caractéristiques de la clientèle

Les clientèles de chacune des résidences du centre se distinguent nettement par leur âge et leurs types de pathologies et handicaps.

Au **site Manoir**, la moyenne d'âge de la clientèle est de 82 ans. Son profil s'apparente à celui de la clientèle habituellement observée dans les CHSLD. Il s'agit principalement de personnes âgées en perte d'autonomie dont une majorité est atteinte de déficits cognitifs et d'autres pathologies chroniques souvent rencontrées chez les personnes âgées. On y retrouve deux unités consacrées à la communauté juive.

Au **site St-Charles**, la moyenne d'âge de la clientèle est de 55 ans. Elle présente principalement des déficiences physiques reliées soit à des pathologies dégénératives, soit à des traumatismes du système neurologique (sclérose en plaques, traumatisme crânien, blessure médullaire). Ces résidents présentent des besoins particuliers sur les plans physique et psychosocial, et certains d'entre eux ont des comportements problématiques. Ces caractéristiques sont décrites dans le document « Mission et raison d'être » émis par le centre en janvier 2004 et furent également constatées dans le cadre de l'enquête.

Sur le plan physique, la majorité des résidents présentent une importante dépendance en ce qui concerne toutes les activités de la vie quotidienne: mobilisation en fauteuil roulant (83%), transferts avec levier (76%), assistance pour le positionnement (76%), problème d'incontinence (77%), assistance à l'élimination intestinale (68%), dysphagie (24%), alimentation avec aide (35%), dysarthrie sévère (33%), respiration assistée continue (1 résident), traitements d'inhalothérapie (58%).

Sur le plan psychosocial, ces résidants doivent faire face à des renoncements, notamment quant à la réalisation de leurs rêves et de leurs aspirations et quant à l'acceptation de leurs handicaps et de l'évolution de leur maladie. Ils s'attendent à ce qu'on les aide à répondre à leurs besoins psychosociaux; ils cherchent à développer des liens affectifs et amoureux, ils veulent assumer leur sexualité, sortir à l'extérieur et profiter des petits plaisirs de la vie. D'ailleurs, parmi eux, 52 sortent régulièrement pour aller à l'école ou à des activités dirigées. De plus, le quart des résidants présente des troubles du comportement: troubles de la personnalité, troubles psychiatriques, toxicomanie, agressivité (verbale et physique), manipulation et problème de délinquance (vol, taxage, armes blanches).

La réponse à des besoins d'une telle importance et d'une telle complexité nécessite une expertise clinique infirmière et multidisciplinaire de haut niveau, tant sur le plan psychosocial que sur les plans fonctionnel et physique, de grandes habiletés relationnelles de la part de tous les membres du personnel, de même que des équipements et un aménagement des lieux physiques particuliers.

Éléments de la structure organisationnelle

La structure organisationnelle existante au moment de l'enquête est illustrée à l'organigramme présenté à l'annexe 4. Cette structure comporte une direction de résidence pour chacune des installations.

Aucun poste de directrice ou de responsable des soins infirmiers ne figure à cet organigramme; cette situation prévaut depuis 1997. Les chefs d'unités relèvent des directrices de résidence. Trois des six titulaires de ces postes ne sont pas infirmiers.

Il existe une Direction des relations avec la personne et la communauté. La directrice a pour mandat de gérer les relations avec les familles ou leurs représentants, ainsi qu'avec tous les intervenants impliqués. La titulaire de ce poste est aussi commissaire locale à la qualité des services et gestionnaire des risques.

Les politiques, procédures et règlements du conseil d'administration légalement requis sont disponibles; ceux consultés étaient conformes aux exigences (ex., procédure de traitement des plaintes) ou en voie de révision (gestion des risques et mesures de contrôle d'une personne).

Aussi, un comité de bioéthique composé d'experts a pour mandat de fournir des orientations aux prises de décision à caractère éthique, conseiller les équipes de travail, sensibiliser le milieu aux problèmes d'ordre éthique, proposer des lignes directrices et contribuer à l'éducation du milieu. Depuis novembre 1999, ce comité a émis 16 avis dont le contenu démontre une réflexion sérieuse et nuancée.

Les résidants ont accès à une expertise professionnelle variée: soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, service social, psychologie, criminologie, inhalothérapie, physiatry, médecine, diététique et récréologie.

Le personnel soignant dans les unités de vie est composé d’infirmières, d’infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Le nombre d’employés pour chacune de ces catégories et pour chacun des sites est indiqué au tableau 1.

Tableau 1 – Nombre d’employés dans les unités de vie

Catégories	Site St-Charles			Site Manoir			TOTAL
	TC	TPR	TPO	TC	TPR	TPO	
Infirmières	21	15	4	6	4	0	50
Infirmières auxiliaires	28	15	23	18	17	10	111
Préposés aux bénéficiaires	73	42	64	34	37	33	283
TOTAL	122	72	91	58	58	43	444

TC : temps complet

TPR : temps partiel régulier

TPO : temps partiel occasionnel

Il est à noter qu’au moment de l’enquête, la situation était précaire quant au personnel d’encadrement. La directrice du site St-Charles était en congé sabbatique et remplacée par une directrice qui était en poste depuis quelques semaines seulement, et deux des six chefs d’unités étaient en absence prolongée. De plus, au moment de rédiger ce rapport, nous apprenions que la conseillère au programme qualité, qui cumule diverses fonctions liées à l’encadrement des soins infirmiers, allait quitter l’établissement prochainement.

Mission de l’établissement

La mission de l’établissement, telle que définie à l’article 83 de la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux, se lit comme suit: « La mission d’un centre d’hébergement et de soins de longue durée est d’offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d’hébergement, d’assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d’autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. À cette fin, l’établissement qui exploite un tel centre reçoit sur référence les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l’intérieur de ses installations ».

La volonté de l’établissement de répondre aux différents volets de la mission se reflète dans ses documents d’orientation, mais se traduit mal dans les soins infirmiers et la gestion de la vie collective en raison de difficultés à concilier le milieu de vie et le milieu de soins. Ces difficultés seront décrites aux sections suivantes, portant sur la qualité des soins infirmiers et sur le contexte organisationnel.

QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS EN MILIEU DE VIE

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Les soins infirmiers sont adéquats en ce qui a trait aux situations de soins aigus, aux soins des plaies et à l'hygiène. Cependant, ils présentent des lacunes importantes en ce qui a trait aux situations complexes reliées aux problèmes de santé chronique spécifiques à la clientèle. Ces lacunes concernent : 1) l'évaluation clinique et la planification des soins, 2) les interventions auprès des résidants qui présentent des déficits cognitifs, 3) les interventions auprès des résidants qui présentent des problèmes de comportement dysfonctionnels agressifs, 4) la sécurité des résidants, 5) la collaboration intra et interdisciplinaire.

Constats favorables

1. Situations de soins aigus traitées adéquatement

Les problèmes de santé aigus sont traités adéquatement.

Les infirmières font preuve de vigilance pour évaluer les différents paramètres lors d'une détérioration aiguë de l'état de santé d'un résidant et lui dispenser les soins requis. Des infirmières du site Manoir ont suivi une formation sur l'examen physique, ce qui leur permet d'améliorer leur évaluation clinique. De plus, des manuels de techniques de soins et des protocoles mis à jour régulièrement sont disponibles.

2. Gestion pertinente des soins de plaies

La prévention, l'évaluation et le traitement des lésions de pression font l'objet d'un suivi rigoureux.

Un programme de soins pertinent réalisé en équipe multidisciplinaire est disponible dans toutes les unités. Les risques de lésions de pression sont régulièrement évalués par les infirmières qui utilisent un outil pertinent (échelle de Braden). Les résultats de ces évaluations sont compilés et révèlent que 58% des résidants du site St-Charles et 19% de ceux du site Manoir présentent un niveau de risque moyen à élevé de développer des lésions de pression.

Le taux de prévalence des lésions de pression se maintient relativement bas, compte tenu du risque élevé chez les résidants du site St-Charles. Les résultats des compilations sont suivis rigoureusement; en plus de les transmettre régulièrement au comité « qualité » du conseil d'administration, l'infirmière conseillère au programme qualité les transmet aux infirmières des unités et discute avec elles de ce point au cours de réunions cliniques. Enfin, l'intégrité des téguments est une préoccupation d'équipe et l'approche multidisciplinaire est favorisée pour cet aspect des soins.

3. Soins d'hygiène adéquats

Les soins d'hygiène respectent les choix et les besoins particuliers des résidants.

Les bains « à la baignoire » sont donnés régulièrement une à deux fois par semaine à tous les résidants et des « bains au lit » ou des toilettes partielles ont lieu les autres jours. Une attention est portée à l'hygiène des pieds; une formation a été donnée à 54 membres du personnel soignant à cet effet. Des services complémentaires comme la coiffure et la manucure sont également donnés en tenant compte des attentes des résidants ou de leurs représentants. Des soins des pieds peuvent être donnés sur demande par une infirmière spécialisée. Les soins d'hygiène font l'objet de vérifications périodiques dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité.

Les équipements pour les soins d'hygiène et les activités de la vie quotidienne des résidants sont disponibles.

Des équipements comme les civières-douches, les bains thérapeutiques et les lève-personnes sur roue et sur rail sont disponibles pour donner les soins aux résidants. Les équipements et accessoires d'aide aux activités de la vie quotidienne sont mis à la disposition des résidants qui en ont besoin et s'il y a lieu, des supports au positionnement sont installés. Il serait toutefois avantageux d'utiliser un « bladder scan » pour mesurer les résidus vésicaux plutôt que de faire un cathétérisme.

Constats défavorables

1. Évaluation clinique et planification des soins insuffisantes

Des besoins des résidants sont ignorés par manque d'évaluation clinique.

Les **données préadmission** ne sont pas recueillies par une infirmière, ce qui ne lui permet pas de connaître les caractéristiques particulières du résidant, ses besoins et ses attentes et d'en tenir compte dans la détermination de sa localisation, la préparation de son plan de soins et la préparation de l'équipe à son accueil.

L'évaluation initiale est incomplète: les infirmières ne procèdent pas à une évaluation directe du résidant lors de son admission, elles ne recueillent pas d'information auprès de sa famille et elles ne complètent pas l'information recueillie par les infirmières auxiliaires.

Les infirmières font **peu d'évaluation des problèmes de santé chroniques spécifiques** à leur clientèle, comme l'évaluation des problèmes reliés aux pertes d'autonomie fonctionnelle, l'évaluation de l'incontinence, les risques de chute, les problèmes de communication, les troubles du comportement, les déficits cognitifs, les problèmes de santé mentale, ainsi que l'évaluation systématique et globale de la douleur chronique. De plus, elles ne font pas d'évaluation globale périodique de la condition physique et mentale des résidants.

La planification des soins est insuffisante pour répondre aux différents besoins des résidants.

Les plans de soins infirmiers sont incomplets ou inexistant, ils ne sont pas élaborés en concertation avec l'équipe et ils ne sont pas mis à jour régulièrement. Des besoins comme le soutien lors d'un état dépressif, la relation d'aide, l'accompagnement pour aider à accepter les pertes et les deuils, l'aide à la communication, le maintien ou la rééducation des fonctions éliminatoires ne sont pas pris en considération, et des interventions qui seraient requises ne sont pas planifiées.

Au site Manoir, les infirmières auxiliaires sont appelées à faire des modifications aux plans de soins des résidants, sans qu'une évaluation préalable n'ait été faite par une infirmière. Ainsi, des interventions qui seraient requises, notamment pour prévenir les chutes ou favoriser la rééducation vésicale, ne sont pas prises en considération dans la planification des soins.

La gestion clinique du soulagement de la douleur chronique présente des lacunes.

Des situations constatées dans des dossiers montrent que des médicaments pour soulager la douleur prescrits « au besoin » sont administrés sans qu'il y ait une évaluation systématique de leur efficacité et sans que l'on recherche la cause et des solutions alternatives au non-soulagement. Cette approche ne permet pas d'ajuster le choix du médicament ou sa modalité d'administration. La gestion de la douleur chronique ne fait pas l'objet d'une approche multidisciplinaire.

Les lacunes reliées au soulagement de la douleur, en plus d'affecter la qualité de vie et le maintien de l'autonomie, peuvent susciter des comportements perturbateurs.

Les plans de soins écrits ne sont pas utilisés pour guider les interventions.

Des modifications sont effectuées aux plans de soins et d'assistance sans concertation, ce qui envoie des messages confus aux équipes qui finissent par faire ce qui leur semble le plus approprié. Les plans d'intervention, les plans de soins infirmiers et les plans d'assistance aux activités de la vie quotidienne ne sont ni régulièrement consultés par les membres de l'équipe de soins, ni utilisés comme guides pour dispenser les soins.

L'organisation du travail ne permet pas d'assurer des soins personnalisés aux résidents.

Au site St-Charles, l'organisation du travail, centrée sur les tâches et les horaires, nuit à la personnalisation des soins. La planification des soins d'assistance consiste en une série de tâches à exécuter sans information sur les particularités des résidents; les tâches sont partagées entre plusieurs soignants pour un même résident. Chacun s'en tient à ce qui est prévu à sa liste et porte peu attention aux demandes des autres résidents ou de leurs proches. L'outil de planification des soins d'assistance ne permet pas une vision globale des besoins et des soins individuels de chaque résident. Il ne contient pas des informations prévues aux plans de soins infirmiers qu'il serait pertinent d'indiquer aux préposés aux bénéficiaires.

De plus, au site Manoir, selon l'information reçue, il y a peu de supervision de l'alimentation des résidents qui se rendent à la salle à manger commune; le rythme du service est trop rapide, il n'y a pas toujours d'aide pour couper les aliments de ceux qui en ont besoin et on ne s'assure pas que tous se rendent à la salle à manger et s'alimentent adéquatement.

Les programmes de soins pour soutenir les pratiques professionnelles sont déficients.

Il n'y a pas de programmes de soins essentiels pour répondre aux besoins spécifiques de la clientèle, notamment sur la gestion de la douleur, la rééducation vésicale, la prévention des chutes, le soutien aux deuils en lien avec les différentes pertes et sur les soins en fin de vie.

2. Difficultés d'intervention auprès des résidants qui présentent des déficits cognitifs

Les membres du personnel soignant manquent de connaissances sur les déficits cognitifs.

Les membres du personnel soignant connaissent peu ce qu'est un déficit cognitif, ils ne savent pas comment intervenir auprès de cette clientèle, surtout lorsqu'elle présente un comportement déroutant comme des demandes répétitives, un refus de collaborer aux soins, de l'errance, de l'agitation ou des propos désobligeants. Certains croient même que les réactions « négatives » des résidants sont dirigées contre eux.

Les infirmières manquent d'habileté pour identifier les pertes cognitives (présence et ampleur) et n'utilisent pas d'outils pour évaluer les fonctions cognitives et mentales (ex., MMSE: mini mental state examination), ni pour établir des profils de comportement et les analyser. Ces outils ne sont pas bien connus et on retrouve rarement ces évaluations aux dossiers. Il y a peu d'évaluation spécifique par des spécialistes concernant cette problématique chez la clientèle.

Les modes de communication et l'approche utilisés par le personnel ne sont pas adaptés à la clientèle atteinte de déficits cognitifs.

Compte tenu de leur manque de connaissance et de compréhension des déficits cognitifs, des membres du personnel soignant n'utilisent pas une approche et une communication adaptées permettant de compenser les incapacités cognitives de ces résidants.

Bien qu'il s'agisse de cas isolés, des propos manifestant de l'impatience, une omission de parler à des résidants atteints de déficits cognitifs et des gestes brusques ont été observés.

Selon certains membres de familles, le personnel soignant ne donne pas à ces résidants toute l'attention voulue, il ne les guide pas dans leurs activités pour lesquelles ils ont besoin de soutien et parfois, il les réprimande.

L'environnement prothétique et les moyens techniques ne sont pas utilisés de façon optimale.

Certains résidants séjournent à l'unité prothétique sans vraiment en bénéficier, au détriment d'autres résidants errants hébergés dans une autre unité qui en bénéficieraient davantage. L'aménagement de cette unité ne facilite pas l'orientation des résidants dans l'espace. Des résidants qui en auraient besoin ne sont pas identifiés comme étant à risque de fugue et ne portent pas de bracelet antifugue.

3. Difficultés d'intervention auprès des résidants qui présentent des comportements dysfonctionnels agressifs

Certains résidants, hébergés au site St-Charles, présentent d'importants problèmes de comportement impulsif incluant des réactions d'agressivité physique et/ou verbale. Ils présentent des revendications, ils ont un seuil bas de tolérance aux contrariétés et aux délais, ainsi qu'un degré élevé d'exigences envers le personnel. Leurs réactions impulsives occasionnent parfois des altercations physiques ou verbales avec les autres résidants et le personnel soignant, pouvant entraîner des blessures. D'ailleurs, les statistiques sur les déclarations d'incidents/accidents consultées pour les trois dernières années indiquent que 14 à 29 agressions se produisent annuellement entre les résidants.

Ces résidants sont dispersés dans diverses unités, ce qui occasionne de l'insécurité pour les autres résidants plus vulnérables qui ont peur de leurs crises, d'autant plus que certains d'entre eux sont paralysés et ne peuvent pas se défendre. La présence dans les mêmes unités de résidants ayant d'autres troubles du comportement comme la toxicomanie, la manipulation, la délinquance et des troubles psychiatriques, vient compliquer le tableau de la clientèle, puisque la variété des troubles exige une expertise toute aussi variée et des interventions très nuancées selon l'origine du problème.

Le problème concernant cette clientèle est connu depuis plusieurs années et les mesures prises à ce jour pour y remédier sont nettement insuffisantes. Il s'agit d'un problème majeur, car la présence de ces résidants parmi d'autres résidants vulnérables sur les même unités est préjudiciable à la qualité de vie de ces derniers et compromet leur sécurité.

Le personnel soignant éprouve d'importantes difficultés à intervenir auprès de cette clientèle.

Il n'y a pas de dépistage des signes avant-coureurs de l'escalade de l'agressivité et peu de planification d'interventions pour prévenir la détérioration des situations. On subit les situations jusqu'au moment où elles deviennent intolérables. Puis, on demande aux experts de régler les problèmes après qu'ils sont apparus et il n'y a pas de transfert des habiletés aux membres du personnel soignant.

Bien que des plans d'encadrement soient élaborés sur demande par les experts (criminologue, psychologue) pour certains de ces résidants, ces plans ne sont pas toujours connus ou compris des membres du personnel soignant qui les appliquent de façon inconstante. D'une part, les plans ne sont pas négociés avec les membres de l'équipe et leur formulation n'est pas assez opérationnelle pour en faciliter la compréhension. D'autre part, le personnel manque de connaissances et d'habiletés dans l'action et peu de suivi est fait par les experts et les infirmières concernant les interventions quotidiennes des équipes.

Le personnel soignant reconnaît lui-même qu'il comprend mal comment intervenir auprès de cette clientèle, il se dit mal préparé, peu formé et démuné pour faire face à ces situations complexes.

Il n'y a pas eu de formation récente sur l'approche avec cette clientèle et sa dispersion dans diverses unités est une embûche importante au développement d'une expertise clinique spécifique. De plus, le leadership infirmier est insuffisant pour favoriser l'apprentissage de la gestion des comportements problématiques agressifs par les membres du personnel soignant.

Les ressources de l'établissement sont sous-utilisées pour contrer cette problématique.

Des documents de soutien comme le programme de gestion intégrée des manifestations agressives, les avis du comité de bioéthique et les outils de surveillance des comportements ne sont ni connus, ni utilisés.

Les démarches des experts sont souvent à recommencer, faute de concertation et de suivi au sein des équipes de soins infirmiers.

4. Lacunes liées à la sécurité des résidants

Les mesures de prévention des accidents et des infections sont insuffisantes.

Au site St-Charles, malgré la formation donnée sur les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et malgré que des accidents avec conséquences graves se soient déjà produits, les membres personnel ne respectent pas toujours les principes de sécurité lors de la mobilisation des résidants; ils n'appliquent pas toujours les freins sur les lits et les civières et ne soutiennent pas toujours les membres paralysés. De plus, à certaines périodes de la journée, le temps de réponse aux cloches d'appel est trop long, ce qui pourrait causer des délais préjudiciables en cas de situations nécessitant des interventions urgentes, en plus de causer des attentes pour répondre aux besoins.

Au site Manoir, les moyens de prévention des chutes sont insuffisants et pas toujours adaptés aux situations; il y a peu d'analyse pour identifier les facteurs ayant occasionné les chutes, dans un objectif de prévention.

Aux deux sites, des médicaments ou des produits toxiques sont laissés à des endroits accessibles aux résidants et ne sont pas constamment surveillés; ceci est particulièrement dangereux en présence de résidants atteints de déficits cognitifs et de troubles de la personnalité.

Il n'y a pas de programme de prévention des infections, pas de politique sur les mesures à respecter concernant les clients porteurs de micro-organismes résistants aux antimicrobiens et pas de programme de prévention des infections transmises sexuellement. De plus, les mesures de prévention des infections ne sont pas toujours respectées par les membres du personnel.

Par ailleurs, la documentation de la surveillance et de la réévaluation quant à la pertinence de maintenir les contentions présente des lacunes.

Les mesures concernant les risques d'étouffement lors de l'alimentation sont insuffisantes.

Malgré l'évaluation du risque d'étouffement faite par une ergothérapeute et une nutritionniste pour les résidents du site St-Charles, les préposés aux bénéficiaires ne reçoivent pas de directives précises quant aux précautions à prendre. Il n'y a pas d'indications rapidement repérables pour faire connaître ce risque chez les résidents qui vont au bistro, participent aux activités de loisirs et sortent à l'extérieur.

Les préposés aux bénéficiaires n'ont pas eu de mises à jour récentes sur la technique de dégagement des voies respiratoires en cas d'étouffement d'un résident avec de la nourriture.

5. Collaboration intra et interdisciplinaire inefficace

La communication intra et interdisciplinaire concernant les besoins et les soins des résidents est inefficace.

L'information nécessaire à la connaissance des besoins, à la planification et à la continuité des soins n'est pas régulièrement partagée entre les infirmières et les membres de l'équipe de soins infirmiers. Notamment, il n'y a pas de rencontres entre les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires pour discuter des besoins des résidents, des objectifs de soins et des situations cliniques problématiques. Les infirmières ne sont pas toujours informées des situations qui exigent leur intervention.

Les préposés aux bénéficiaires sont peu renseignés sur les données biographiques, les habitudes de vie et l'état de santé des résidents; ils sont privés d'informations qui leur permettraient de mieux comprendre leurs besoins et leurs comportements et de leur donner des soins personnalisés. Ils n'ont pas de directives claires pour tenir compte de certaines particularités des résidents lors des soins d'assistance.

Les explications et recommandations formulées par les professionnels de l'équipe multidisciplinaire ne sont pas systématiquement transmises aux membres de l'équipe de soins. D'ailleurs, les membres du conseil multidisciplinaire ont souligné cette difficulté en précisant qu'elle nuit au délai et à l'efficacité des interventions.

De plus, des résidents ou des membres de leur famille déplorent que le personnel soignant ne connaisse pas ou ne comprenne pas bien les besoins de soins ou l'état de santé du résident; ils doivent insister longuement pour recevoir les soins requis.

L'expertise multidisciplinaire disponible dans l'établissement n'est pas mise à profit dans les soins aux résidents.

Les modalités de travail ne favorisent pas une concertation de tous les professionnels pour répondre aux besoins des résidents dans une approche globale. L'approche est davantage multidisciplinaire qu'interdisciplinaire; les professionnels des différentes disciplines n'ont pas d'échanges réguliers entre eux concernant les besoins des résidents et les interventions préconisées. Bien que pour certains résidents, il y ait des rencontres annuelles, pour plusieurs d'entre eux, le professionnel est demandé en consultation seulement; il fait ses recommandations au dossier, lesquelles ne sont pas discutées avec l'équipe de soins infirmiers et pas toujours bien comprises, ni appliquées. De plus, au site Manoir, il n'y a pas de rencontres multidisciplinaires depuis deux ans.

Le manque d'évaluation clinique et de partage d'information entre les intervenants compromettent la compréhension des besoins de certains résidents. Ce manque de compréhension des besoins, le manque de concertation dans la planification et la coordination des interventions, ainsi que les lacunes au niveau de la supervision et de l'organisation du travail ont pour effet de priver des résidents de soins personnalisés et adaptés à leurs besoins, mettant en cause leur qualité de vie, leur bien-être, leur autonomie et parfois même leur sécurité.

Recommandations

Pour améliorer l'évaluation clinique et la planification des soins infirmiers

1. Mettre sur pied un programme de préadmission visant à connaître les caractéristiques particulières du résidant, ses besoins et ses attentes, afin de pouvoir en tenir compte dans la détermination de sa localisation, l'ébauche de son plan thérapeutique infirmier et la préparation de l'équipe à son accueil.
2. Assurer une évaluation initiale du résidant par une infirmière, dès son admission, avec sa collaboration et celle de sa famille, afin de déterminer ses besoins de soins, en tenant compte de ses habitudes de vie et de ses préférences, et compléter cette évaluation dans le mois suivant son admission.
3. Développer chez les infirmières leur habileté à évaluer des situations complexes de soins souvent rencontrées chez la clientèle hébergée, telles que la douleur chronique, les problèmes d'incontinence, les déficits cognitifs, les troubles du comportement, la dysphagie et les problèmes de santé mentale.
4. Soutenir les infirmières dans l'évaluation et la surveillance clinique de problèmes de santé particuliers des résidants en mettant à leur disposition des outils d'évaluation spécifiques à ces problèmes.
5. S'assurer que les résidants du site Manoir aient une évaluation de l'ensemble de leurs besoins par l'équipe interdisciplinaire à l'admission, sur une base annuelle et au besoin, et que leurs proches participent à cette évaluation, le cas échéant.
6. S'assurer que le dossier du résidant contienne toute l'information relative à l'évaluation et à la surveillance clinique nécessaire pour suivre l'évolution de l'état de santé du résidant, justifier le plan thérapeutique infirmier et ses ajustements, et assurer la continuité des soins infirmiers.
7. Revoir le mode d'organisation du travail au site St-Charles afin d'éviter la fragmentation des soins et de favoriser la prise en charge personnalisée du résidant.
8. Mettre en place un système de prestation des soins qui permet à l'infirmière d'assurer aux résidants des soins globaux et personnalisés, en concertation avec les autres membres de l'équipe de soins infirmiers.
9. Désigner, pour chacun des résidants, une infirmière répondante pour l'élaboration et la réalisation de son plan thérapeutique infirmier (gestionnaire de cas).
10. Élaborer et implanter un programme de gestion de la douleur, plus particulièrement de la douleur chronique.
11. Élaborer et implanter un programme de rééducation vésicale en vue de permettre aux résidants de recouvrer un niveau optimal d'autonomie fonctionnelle.

Pour améliorer l'approche avec les résidants atteints de déficience cognitive

1. Donner aux infirmières la formation requise afin de mettre à jour leurs compétences pour intervenir auprès de la clientèle atteinte de déficits cognitifs et pour guider les autres membres de l'équipe de soins au quotidien.
2. Donner de la formation aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires sur les déficits cognitifs ainsi que sur les différentes approches et interventions de soutien, selon leur niveau de responsabilité.
3. S'assurer que les infirmières évaluent la condition mentale, incluant les fonctions cognitives, de chaque résidant atteint d'un problème cognitif connu afin de cerner ses capacités et ses incapacités cognitives et de déterminer le plan thérapeutique infirmier en conséquence.
4. Développer une approche et des modes de communication adaptés aux capacités et aux incapacités cognitives des résidants et s'assurer que les infirmières guident les autres membres du personnel soignant dans leur utilisation.
5. Établir clairement les critères d'admission et de séjour à l'unité prothétique afin d'en optimiser l'utilisation pour le bénéfice de la clientèle.

Pour améliorer la gestion des comportements dysfonctionnels agressifs

1. Regrouper les clientèles du site St-Charles ayant des comportements dysfonctionnels et agressifs en organisant les unités en fonction de leurs besoins; former et stabiliser le personnel de ces unités afin de leur permettre de développer les compétences spécifiques requises pour intervenir auprès de ces clientèles.
2. Donner aux infirmières la formation requise afin de mettre à jour leurs compétences pour gérer les comportements dysfonctionnels et agressifs et pour guider les autres membres de l'équipe de soins au quotidien.
3. Offrir aux membres du personnel soignant différentes formes de soutien à la gestion quotidienne des troubles de comportement (formation, groupe de soutien, supervision par l'équipe spécialisée en troubles du comportement, soutien du chef d'unité, etc.).
4. Tenir des rencontres régulières entre l'équipe spécialisée en troubles du comportement et les équipes de personnel soignant des trois quarts de travail, dans le but de favoriser une meilleure compréhension des troubles du comportement présents chez les résidants.
5. S'assurer que le plan d'encadrement individualisé est élaboré en concertation avec le personnel soignant des trois quarts de travail et assurer son arrimage avec le plan thérapeutique infirmier.
6. Mettre à profit les ressources de l'établissement pour développer une expertise clinique dans la gestion des troubles du comportement agressif spécifiques à cette clientèle.

Pour remédier aux lacunes concernant la sécurité des résidents

1. Renforcer les mesures de sécurité relatives aux mobilisations des résidents, aux médicaments et aux produits toxiques, particulièrement dans les unités où des résidents sont confus ou présentent des problèmes de comportement.
2. Prendre les moyens pour s'assurer que tous les résidents ayant des troubles de déglutition soient connus des soignants qui les alimentent ou les hydratent et que ceux-ci aient reçu la formation pour intervenir adéquatement. À cet effet, planifier une mise à jour annuelle sur la technique de Heimlich pour l'ensemble du personnel.
3. Procéder régulièrement à l'évaluation des risques de chute chez les résidents, indiquer les mesures préventives requises au plan thérapeutique infirmier et en informer le personnel concerné.
4. Développer et implanter un programme de prévention et de contrôle des infections, comprenant, entre autres, l'élaboration et l'application d'une politique pour la gestion des cas de clients porteurs de micro-organismes résistants aux antimicrobiens, le dépistage et la prévention des infections transmises sexuellement.
5. Acquérir un « *bladder scan* » pour mesurer les résidus vésicaux, sans avoir à effectuer un cathétérisme.

Pour favoriser la communication et la collaboration intra et interprofessionnelle

1. Instaurer des mécanismes de communication et de concertation entre les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires en vue de partager l'information clinique pertinente et d'assurer la réalisation du plan thérapeutique infirmier.
2. Développer une approche interdisciplinaire permettant une meilleure concertation des professionnels et une amélioration des mécanismes de suivis, notamment par la désignation d'une infirmière répondante.

ATTITUDE DU PERSONNEL ENVERS LES RÉSIDANTS

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Dans sa documentation, l'établissement promeut le partenariat avec les résidants et le respect de leurs droits. Des mécanismes pour protéger le respect des droits des résidants sont mis en place. La majorité des membres du personnel a une attitude respectueuse envers les résidants; cependant, des difficultés sont identifiées en ce qui concerne : 1) la connaissance des prises de position de l'établissement, 2) la création d'un partenariat avec les résidants, 3) le respect des droits des résidants.

Constat favorable

1. Présence de mécanismes favorisant le partenariat et le respect des droits des résidants

Dans sa documentation, l'établissement privilégie le partenariat avec les résidants et le respect de leurs droits.

Les orientations et la philosophie d'intervention préconisent une approche globale de la personne, le respect mutuel et le partage des responsabilités entre les résidants et les intervenants.

Le code d'éthique met en parallèle les droits et les engagements des usagers de même que les conduites et pratiques attendues du personnel, et il souligne également le défi de concilier les droits individuels et collectifs. Une copie de ce code est remise à chaque nouvel employé et à chaque nouveau résidant admis.

Une politique en cas d'abus envers un résidant a été adoptée en vue d'établir des règles claires concernant les investigations et les interventions requises lors d'un signalement.

Une politique de civilité en milieu de travail vise, entre autres, à favoriser l'intégrité physique et psychologique des personnes et à protéger par une volonté collective les libertés et droits fondamentaux de la personne.

La procédure d'examen des plaintes est conforme aux exigences légales.

Le règlement concernant la procédure d'examen des plaintes des résidents ou des usagers a été adopté par le conseil d'administration en avril 2002 et son contenu est conforme à la Loi.

Une commissaire locale à la qualité des services et un médecin examinateur sont nommés par le conseil d'administration.

Un document explicatif sur la procédure d'examen des plaintes, incluant les coordonnées de la commissaire locale, est remis à chaque nouveau résident admis.

Les résidents et leurs représentants nous informent qu'ils ont une bonne communication avec la commissaire locale à la qualité des services; ils savent qu'ils doivent s'adresser à elle pour formuler une plainte et ils peuvent le faire facilement.

La commissaire locale à la qualité des services a fait récemment des tournées d'information pour sensibiliser le personnel au processus de traitement des plaintes afin qu'il le perçoive comme un outil d'amélioration continue de la qualité.

Des mécanismes de soutien aux résidents sont mis en place pour favoriser le respect de leurs droits.

Un comité des résidents existe à chacun des sites. Les deux sont très actifs et présents dans les centres; ils bénéficient des services d'une avocate fournis par l'établissement trois jours par semaine pour les soutenir dans leurs activités.

Un comité des familles existe aussi à chacun des sites. La directrice des relations avec la personne et la communauté (qui est aussi commissaire locale à la qualité) soutient ces comités.

Le document d'accueil remis à chaque résident nouvellement admis le renseigne sur la mission, les valeurs, les politiques, les soins et services de l'établissement, ainsi que sur ses droits. Les volontés des résidents à l'égard de leurs soins terminaux sont bien identifiées à leur dossier.

Constats défavorables

1. Méconnaissance des prises de position de l'établissement

Les membres du personnel soignant ne connaissent pas la documentation de l'établissement évoquant le partenariat avec les résidants et le respect de leurs droits. Par exemple, ils ne connaissent pas le contenu du code d'éthique.

2. Partenariat personnel soignant/résidants compromis

Les modes de communication et d'intervention avec les résidants sont peu propices au développement d'un partenariat.

Peu de données sont recueillies à l'admission d'un nouveau résidant sur son histoire de vie, ses besoins psychosociaux, ses attentes et ses désirs. Le mode d'organisation du travail, centré sur la tâche, ne favorise pas le partenariat intervenants/résidants, puisque le résidant n'a pas un soignant désigné à qui s'adresser pour l'ensemble de ses soins.

Certains membres du personnel soignant communiquent peu avec les résidants durant les soins, ils discutent entre eux de sujets personnels en donnant les soins au résidant et ne se montrent pas intéressés à ce qu'il vit. Ils ont de la difficulté à différencier une relation chaleureuse de la familiarité; ils tutoient les résidants sans vérifier leur préférence et ils utilisent parfois un langage familier.

Des résidants déclarent ne pas se sentir impliqués dans les décisions concernant leurs soins; au site St-Charles, certains expriment qu'ils sont invités aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire seulement pour apprendre les décisions prises à leur sujet; ils ont l'impression que leur point de vue n'est pas pris en considération quant aux décisions elles-mêmes.

Des résidants expriment qu'ils sont bien traités parce qu'ils sont capables de parler et de se défendre ou qu'un proche le fait pour eux. Certains ont l'impression que s'ils demandaient des ajustements dans les soins ou déclaraient des insatisfactions, ils pourraient en subir des conséquences. Enfin, d'autres résidants ou leurs familles disent qu'ils doivent insister pour faire valoir leurs besoins ou entreprendre des démarches pour y répondre.

Au site St-Charles, un climat de peur et de méfiance entre les soignants et les résidants est présent en lien avec les événements médiatisés. Certains soignants se croient manipulés par des résidants, ce qui les rend méfiants et moins réceptifs à leurs demandes. Enfin, plusieurs soignants expriment ne plus savoir comment agir avec les résidants.

Des représentants des familles et des résidants affirment être écoutés, mais ils ne voient pas de solutions durables apportées aux problèmes qu'ils exposent aux gestionnaires. D'ailleurs, l'enquête sur la satisfaction faite par l'établissement en 2001 a fait ressortir une insatisfaction des résidants quant au manque de communication avec les professionnels de la santé pour obtenir de l'information concernant leur santé, au manque de suivi de leurs demandes et au fait que des membres du personnel parlent entre eux une langue qu'ils ne comprennent pas. Ces points d'insatisfaction n'ont pas été intégrés à un programme d'amélioration continue de la qualité.

3. Problèmes de non-respect des droits des résidants

L'attitude du personnel soignant envers les résidants constitue le motif de plainte le plus fréquent, selon les rapports annuels.

Des problèmes d'approche lors des soins et traitements, de relations interpersonnelles incluant le manque de respect de la personne, et parfois de la violence verbale et psychologique sont notés dans ces rapports.

Des résidants se sont plaints de négligence de la part de membres du personnel soignant quant à leurs soins.

Des résidants ou leurs représentants ont fait état de retards pour donner les soins au moment où ils sont requis (ex., changement de culotte d'incontinence), cette lacune étant dans certains cas reliée à un manque de souplesse dans l'organisation du travail et, dans d'autres cas, à de la négligence de la part de membres du personnel.

La confidentialité des données personnelles et l'intimité des résidants ne sont pas toujours respectées.

Des informations concernant les soins aux résidants sont transmises à haute voix dans les corridors.

Au site Manoir, il arrive que des résidants soient découverts plus que nécessaire lors des soins intimes et que le personnel laisse entrer des tiers dans leur chambre sans préserver leur intimité.

Le lien de confiance entre certains résidants et des membres du personnel est fragile. Le climat de méfiance n'est pas favorable au développement et au maintien de relations chaleureuses empreintes de respect et d'empathie, de la part du personnel soignant envers les résidants. Certaines situations portent atteinte à la dignité des résidants.

Recommandations

Pour assurer une meilleure connaissance des prises de positions de l'établissement

1. Réaliser une démarche institutionnelle visant l'appropriation du code d'éthique par tous les membres du personnel, afin qu'ils connaissent mieux leurs obligations quant au respect des droits des résidants.

Pour améliorer le partenariat avec le résidant et ses proches

1. Réaliser une démarche institutionnelle visant le développement du partenariat entre le personnel soignant et les résidants.
2. Vérifier les attentes, préférences, désirs et habitudes de vie du résidant avec la collaboration de sa famille, afin de pouvoir en tenir compte dans la planification de ses soins.
3. Présenter aux membres de l'équipe de soins les données pertinentes concernant le résidant nouvellement admis et sa famille.

Pour assurer le respect des droits des résidants

1. S'assurer que le comité de bioéthique assume un rôle éducatif auprès des équipes du personnel soignant, notamment par le biais de rencontres régulières pour qu'il apporte un éclairage éthique à la réflexion entourant des situations problématiques souvent rencontrées.
2. Adopter une approche proactive visant à prévenir les abus de toute nature, entre autres par la formation du personnel, tant sur les conditions particulières de leurs clientèles que sur la prévention de l'abus.
3. Exercer une vigilance pour assurer le respect de l'intimité des résidants dans les soins quotidiens et la confidentialité des données personnelles.

CONTEXTE ORGANISATIONNEL

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Sur le plan organisationnel, les membres du comité ont constaté que l'environnement est adapté de façon à créer un milieu de vie et à tenir compte des besoins des résidents. Une philosophie d'intervention et des orientations générales quant à la mission de l'établissement sont disponibles. Le processus de sélection et d'orientation du nouveau personnel est structuré et un état de situation périodique décrit les résultats sur différents indicateurs de qualité.

Malgré ces efforts, **le manque de leadership clinique est un problème majeur ayant un impact sur la qualité des soins infirmiers** comme en témoignent les constats énoncés à la section précédente de ce rapport. Ce manque de leadership est attribuable à plusieurs facteurs, entre autres: 1) des difficultés d'intégration du milieu de vie et du milieu de soins, 2) l'inadéquation du profil de compétence du personnel soignant, 3) l'insuffisance d'encadrement du personnel soignant incluant l'absence de gouverne des soins infirmiers. Par ailleurs, d'autres facteurs organisationnels affectent la qualité des soins et l'attitude du personnel envers les résidents: 4) le processus d'amélioration de la qualité des soins est inefficace, 5) le climat organisationnel est fragile et tendu.

Constat favorable

1. Environnement adapté au milieu de vie et aux besoins des résidents

L'établissement a mis en place plusieurs éléments visant à adapter l'environnement aux besoins des résidents. Il leur offre du soutien pour faciliter l'accueil de leurs visiteurs, leur permettre des sorties à l'extérieur, répondre à certains de leurs désirs et habitudes de vie, et pour rendre possibles des activités favorisant leur épanouissement personnel. Les activités de loisirs en groupe sont nombreuses, variées et adaptées aux incapacités des résidents. L'organisation des lieux physiques favorise un mode de vie résidentiel se rapprochant de celui en société et permettant de répondre aux besoins psychosociaux, culturels et spirituels des résidents tout en tenant compte de leurs incapacités physiques et cognitives. Des équipements et des accessoires sont mis à la disposition des résidents pour compenser leurs handicaps (fauteuils roulants motorisés adaptés, robots fumeurs, téléphones et ordinateurs adaptés).

Notons toutefois que les activités de loisirs et d'animation sont rares dans les unités de vie pour les résidents qui sont incapables de se rendre aux salles communes, et au site Manoir, les heures d'ouverture restreintes de la salle à manger imposent un horaire de vie rigide contraire à la notion de milieu de vie et ne favorisent pas la socialisation à l'heure des repas.

Constats défavorables

1. Difficultés d'intégration du milieu de vie et du milieu de soins

Les membres du personnel soignant et les gestionnaires éprouvent une grande difficulté à énoncer clairement la manière dont le concept de milieu de vie devrait se traduire dans les situations vécues au niveau des soins et de la gestion de la vie collective en établissement.

Il n'y a pas de mécanismes ou de forums pour favoriser, chez le personnel, l'appropriation des valeurs privilégiées par l'établissement, qu'il s'agisse de groupes de réflexion, de consultation du personnel ou de formation.

Le code d'éthique et les avis du comité de bioéthique ne sont pas connus. De plus il n'y a pas de règles claires pour définir les limites de l'exercice des droits des résidents, leurs responsabilités et les obligations du personnel soignant dans le contexte du milieu de vie en CHSLD.

Les membres du personnel soignant se sentent démunis devant les situations complexes où le respect de la notion de milieu de vie entre en conflit avec celle du milieu de soins et ils reçoivent peu de soutien de la part des gestionnaires pour les gérer.

Au site St-Charles, au nom du respect du milieu de vie, on tolère des agissements individuels excessifs en contradiction avec les règles civiques de base et les nécessités de la vie collective. Il en découle des situations très difficiles à gérer dans un établissement de santé où il faut aussi donner des soins en partenariat avec le résident et tenir compte de la vie collective.

Les membres du personnel soignant éprouvent de la difficulté à gérer les demandes des résidents qui entrent en conflit avec la planification du travail, les routines de soins et parfois même les exigences professionnelles. Par exemple, des résidents demandent plus de souplesse pour l'heure du coucher, même si plusieurs choix sont déjà offerts; certains font des sorties tardives obligeant les infirmières à donner les soins à plusieurs personnes en même temps à leur retour, alors que l'équipe de nuit est réduite.

Dans certains cas, les infirmières se sentent coincées entre l'obligation de respecter la volonté des résidents et celle de leur donner des soins qui répondent aux exigences professionnelles.

Certains résidents ont des comportements peu respectueux des droits collectifs (ex., refus de se laver ou de permettre le ménage de leur chambre, musique à volume élevé tard le soir, conduite de fauteuil roulant en état d'ébriété avec vitesse excessive, retours bruyants de sorties tardives) et peu d'initiatives sont prises pour gérer ces difficultés.

2. Profil de compétence du personnel soignant inadéquat

Le profil de compétence du personnel soignant est inadéquat pour répondre aux besoins de soins spécifiques et complexes des résidents. Ce profil repose sur deux éléments: les effectifs et leurs qualifications.

Effectifs en soins infirmiers

La réduction importante du nombre d'infirmières effectuée récemment entraîne des problèmes majeurs dans l'offre de services de soins infirmiers qualifiés.

Au site Manoir, au cours de l'année 2003, le nombre d'infirmières par 24 heures est passé de 9 à 6. Cette réduction oblige les infirmières à donner des soins à un nombre élevé de résidents situés sur trois à cinq étages selon le quart de travail, ce qui est une contrainte majeure pour assurer la supervision des soins.

Au site St-Charles, à la même période, le nombre d'infirmières par 24 heures est passé de 24 à 15. De plus, l'examen de données antérieures montre que le ratio infirmières/résidents a diminué de façon significative au cours des dix dernières années. Alors qu'en 1994, ce ratio était de 1/12 pour le quart de travail de jour, il est de 1/23 en 2004. L'impact de cette réduction est important en raison de la complexité des besoins des résidents qui exigent des compétences infirmières de haut niveau.

Aux deux sites, cette diminution du nombre d'infirmières se traduit par une réduction du temps consacré par ces dernières à l'évaluation des besoins des résidents, à la planification des soins et au soutien de leur mise en œuvre, de même qu'aux communications avec les membres de l'équipe de soins infirmiers, avec les familles et celles avec les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire.

Le tableau 2 illustre les ratios actuels infirmières/résidants et autres membres du personnel infirmier/résidants.

Tableau 2 – Ratios personnel infirmier/résidants

Site St-Charles-Borromée	Jour	Soir	Nuit
Infirmière/ résidants	1/23	1/68	1/68
Infirmière auxiliaire/ résidants	1/17	1/17	1/204
Préposé/ résidants	1/6	1/9	1/17
Personnel total/résidants	1/4	1/5	1/13
Site Manoir de l'Âge d'Or	Jour	Soir	Nuit
Infirmière/ résidants	1/64	1/96	1/192
Infirmière auxiliaire/ résidants	1/21	1/21	1/96
Préposé/ résidants	1/8	1/16	1/19
Personnel total/résidants	1/5	1/8	1/15

Note : Ces ratios ont été calculés à partir des données fournies par l'établissement lors de l'enquête.

L'établissement ne fait pas d'évaluation systématique à l'aide d'une méthode éprouvée pour déterminer clairement la nature et l'intensité des besoins en soins des résidants et les types d'intervenants les mieux préparés pour répondre à ces besoins.

Les responsables ont eux-mêmes mentionné qu'ils ne font plus d'évaluation des heures-soins requises à l'aide de l'outil PLAISIR (planification informatisée des soins infirmiers requis) depuis environ deux ans, considérant que cet outil ne permet pas de mettre en évidence les besoins particuliers de leur clientèle, mais ils n'en n'utilisent pas d'autre.

Qualifications du personnel soignant

Le personnel soignant ne possède pas les compétences requises pour intervenir dans les situations complexes de soins.

Il s'agit d'un problème majeur qui a un impact sur la qualité des soins dispensés à la clientèle, tant au niveau des relations entre le personnel soignant et les résidants que de l'évaluation clinique et des interventions mises en œuvre pour répondre à leurs besoins de soins. D'ailleurs, les membres du personnel soignant déplorent leur manque de connaissances, notamment sur l'approche avec les personnes démentes, la gestion des comportements dysfonctionnels agressifs et sur les différentes pathologies. Les commentaires des résidants et de leurs familles confirment le besoin de formation du personnel soignant.

La formation exigée à l'embauche ou pour l'octroi d'un poste se situe en deçà des exigences permettant l'engagement de personnel qualifié pour certains postes.

On ne requiert pas des chefs d'unités qu'ils soient infirmiers. Quant à la fonction « d'assistante du supérieur immédiat », aucune formation universitaire n'est exigée contrairement à l'usage courant.

Le programme d'orientation du nouveau personnel n'aborde pas des dimensions importantes des soins liées aux caractéristiques de la clientèle.

Ce programme n'inclut pas des notions sur la relation d'aide, sur les déficits cognitifs et sur les troubles du comportement. Le pair qui assume le jumelage ne possède pas toujours toutes les qualifications et l'intérêt requis.

Aucune mise à jour récente n'a eu lieu en lien avec les besoins de soins chroniques spécifiques aux clientèles de l'établissement.

La formation en cours d'emploi donnée au personnel soignant se limite aux aspects techniques des soins: PDSB (principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires), SICHELD (système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée), processus d'administration des médicaments, soins respiratoires, cathétérisme vésical et réanimation cardiorespiratoire.

Il n'y a eu aucune formation récente sur l'approche avec les résidants ayant des déficits cognitifs et des troubles du comportement, la relation d'aide avec les résidants vivant avec des deuils importants, la dysphagie et la douleur chronique. Notons que des projets de formation pertinents planifiés pour l'année 2003-2004 n'étaient pas encore commencés au moment de l'enquête, entre autres sur la « prévention et l'intervention en situation de crise: résidant présentant des troubles de la personnalité, de l'agressivité ou des comportements perturbateurs » et sur « les droits et abus en institution ».

Les infirmières et les infirmières auxiliaires bénéficient peu de formation continue qui tienne compte de leur niveau de responsabilité professionnelle en lien avec leur champ de pratique.

D'ailleurs, le budget de formation qui est attribué aux infirmières par leur convention collective est incorporé au budget global de formation de l'ensemble des employés sans s'assurer qu'elles reçoivent le nombre d'heures qui leur revient.

De plus, les membres du personnel soignant participent très peu à des activités de ressourcement comme des colloques ou des conférences.

3. Processus d'amélioration de la qualité inefficace

Le processus d'amélioration de la qualité a été examiné en considérant la collecte et le traitement des données, ainsi que le suivi effectué pour améliorer les aspects des soins identifiés comme lacunaires dans les résultats. Deux composantes ont fait l'objet de vérifications: la gestion des risques et le programme d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers.

Gestion des risques

Les différents rapports produits par la gestionnaire des risques présentent une description représentative et significative des réalités de l'établissement quant aux incidents/accidents, aux plaintes, à l'utilisation des contentions et à la satisfaction des résidents. On y retrouve habituellement l'information sur les mesures apportées pour traiter les situations en cause ainsi que des recommandations globales à appliquer dans tout l'établissement. Ces rapports sont présentés tous les trois mois au comité de direction et au comité « qualité » du conseil d'administration, puis annuellement, au conseil d'administration.

Les rapports produits par la gestionnaire des risques sont peu connus et peu utilisés pour améliorer la qualité des soins infirmiers.

Les mêmes recommandations se répètent à chaque année, ainsi que les mêmes types d'accidents et de plaintes. Les mesures mises en place pour donner suite aux recommandations apparaissent inefficaces.

Les membres du personnel soignant connaissent peu la politique de gestion des risques et ne perçoivent pas toujours la pertinence de remplir un formulaire de déclaration.

Il arrive que des incidents se produisent sans qu'une déclaration soit faite à l'aide du formulaire d'incidents/accidents. Dans les situations vérifiées, le personnel ignorait la nécessité de faire la déclaration. Par exemple, les erreurs de médicaments faites par la pharmacie ne font pas systématiquement l'objet d'une déclaration écrite, si le médicament servi n'a pas été administré. Toutefois, il n'a pas été possible de mesurer l'ampleur de ces situations.

La procédure de gestion des erreurs de médicaments peut entraîner la sous-déclaration.

Dans le but d'assurer un suivi rigoureux aux erreurs de médicaments, une procédure mise en place prévoit une démarche de soutien à l'amélioration dans un premier temps, mais indique qu'après la troisième erreur déclarée une lettre sera déposée au dossier de l'employée. Cette procédure peut encourager la sous-déclaration.

Amélioration continue de la qualité

Le programme d'amélioration continue de la qualité des soins se limite à certains soins d'assistance et au processus d'administration des médicaments.

L'infirmière conseillère au programme qualité prépare les instruments de collecte de données, compile les résultats et rédige des rapports. Elle les diffuse aux gestionnaires qui peuvent y reconnaître le profil de leurs unités et qui doivent faire le suivi avec les équipes de soins. Elle les aide à élaborer des plans d'action et fait des recommandations dont le suivi est laissé à la discrétion des chefs d'unités.

4. Encadrement des soins infirmiers insuffisant

Le manque d'encadrement des soins infirmiers est tributaire de différents facteurs, notamment de: 1) l'inadéquation des qualifications exigées pour assumer les fonctions d'encadrement ainsi que la confusion des rôles, 2) l'absence de mise en place des mécanismes prévus par la Loi pour assurer la qualité des soins infirmiers.

Fonctions d'encadrement et rôles

Les responsabilités confiées au personnel d'encadrement ne tiennent pas compte de la dimension clinique de l'encadrement des soins infirmiers.

Les fonctions des **chefs d'unités** comprennent des responsabilités qui nécessitent une expertise infirmière, alors que trois des six titulaires de ce poste ne sont pas infirmiers. Malgré les interventions compensatoires de l'infirmière conseillère au programme qualité, ces chefs se trouvent en situation de déléguer plusieurs de leurs fonctions à l'assistante du supérieur immédiat qui a déjà d'importantes responsabilités ou de s'ingérer dans les décisions cliniques. Ils ne sont pas en mesure d'offrir l'encadrement clinique nécessaire au personnel soignant pour soutenir l'approche de soins et les modalités d'intervention dans un milieu de vie. Un consensus selon lequel les unités de vie ont besoin d'un chef infirmier capable d'exercer un fort leadership clinique se dégage de toutes les entrevues, et ceci, même de la part d'intervenants qui ne sont pas infirmiers. D'ailleurs, les membres du comité

d'enquête ont été sollicités à plus d'une reprise pour donner leur avis sur diverses questions qui devraient avoir normalement trouvé leur réponse auprès d'un chef qui possède l'expertise clinique nécessaire.

Les ***infirmières assistantes du supérieur immédiat*** sont mises en situation de délaissier leur rôle clinique au profit de tâches administratives en raison des nombreuses responsabilités qu'on leur confie quant à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles et la supervision de la présence au travail du personnel. Ces infirmières sont responsables de la coordination des activités cliniques pour un grand nombre de résidants qui peuvent être répartis sur plusieurs étages selon le quart de travail, en plus de suppléer au manque d'expertise clinique du chef d'unité. Ainsi, il leur est difficile d'assumer tous les aspects de leur rôle quant à l'ensemble des besoins des résidants et face à l'équipe de personnel soignant.

L'infirmière conseillère au programme qualité offre un soutien clinique au personnel infirmier quant aux aspects techniques des soins, ce qui est pertinent, mais ne répond qu'à une partie des besoins, compte tenu des caractéristiques de la clientèle. En effet, cette infirmière prépare et dispense des séances de mise à jour sur des techniques de soins, fait des recherches pour les situations particulières et actualise le manuel de techniques de soins, de même que les divers protocoles d'intervention. Elle assure aussi le suivi de la prévention et du traitement des plaies. De plus, au site St-Charles, elle apporte un soutien régulier aux infirmières assistantes du supérieur immédiat sur des sujets reliés aux opérations quotidiennes concernant les soins, lesquelles devraient normalement être assumées par les chefs d'unités.

Son rôle est important et apprécié de l'ensemble des intervenants, au-delà des infirmières. Toutefois, les nombreuses sollicitations auxquelles elle répond l'empêchent de se consacrer à tous les aspects des soins qui le nécessiteraient, comme la mise en place de programmes de soins pour des problématiques spécifiques de la clientèle.

Mécanismes prévus par la Loi pour assurer la qualité des soins infirmiers

Il n'y a pas poste de directrice ou de responsable des soins infirmiers. L'infirmière nommée à titre de responsable des soins infirmiers cumule plusieurs fonctions et elle n'a pas de positionnement stratégique dans l'organisation.

Cette infirmière a été informée de sa nomination à titre de RSI (responsable des soins infirmiers) par une lettre que lui adressait le directeur général, monsieur Léon Lafleur, le 21 septembre 1999 et qui lui annonçait que des règles relatives à l'exercice de son mandat dans l'organisation devraient être établies dès que possible ; à ce jour, aucun suivi n'a été fait. Elle n'est pas membre du comité de direction et elle ne détient pas d'autorité administrative. D'ailleurs, son mandat de responsable des soins infirmiers n'est pas connu des gestionnaires, ni des infirmières. Plusieurs aspects du mandat de RSI essentiels pour assurer la qualité des soins infirmiers ne sont pas actualisés, notamment en ce qui a trait à la surveillance et au contrôle de la qualité des soins infirmiers, à l'élaboration et la mise en application de règles de soins infirmiers concernant les défis particuliers rencontrés pour concilier le milieu de vie et de soins, ainsi qu'au fonctionnement du CECII (comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers).

De plus, des problèmes administratifs et cliniques, reliés aux soins infirmiers soulignés par différentes instances et constatés par les enquêteuses, demeurent sans solution durable. À titre d'exemple, notons les différentes insatisfactions des résidants concernant leurs soins, les difficultés non résolues concernant la clientèle ayant des comportements dysfonctionnels et agressifs, le manque de formation du personnel en lien avec les besoins particuliers de la clientèle, la réduction du nombre d'infirmières au sein des équipes à l'encontre des besoins complexes des résidants, et le manque de suivi des recommandations de la gestionnaire des risques.

Ces faits indiquent qu'il n'y a pas de vision systémique de la situation des soins infirmiers dans l'établissement, tout comme il n'y a pas de maître d'œuvre pour donner les orientations, déterminer un plan d'action concerté et assurer sa réalisation. N'ayant pas d'interface avec le comité de direction, la RSI n'est pas partie prenante des décisions et des orientations de l'établissement. Dans les circonstances, le rôle de RSI présente des limites, car il ne lui permet pas d'assurer la gouvernance des soins infirmiers dans l'établissement.

Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers est inactif.

Ce comité n'existe pas et le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires non plus. Tout au plus, les infirmières auxiliaires du site Manoir se sont donné un mécanisme informel de rencontres.

5. Climat organisationnel fragile et tendu

Selon les échanges avec les gestionnaires et les membres du personnel, il est apparu aux membres du comité d'enquête que le climat organisationnel est fragile et tendu aux deux sites de l'établissement. Plusieurs membres du personnel expriment une grande détresse, en lien avec les retombées des événements médiatisés de novembre et décembre 2003, mais aussi en lien avec une instabilité organisationnelle qui dure depuis plusieurs années.

Les membres du personnel du site St-Charles affirment qu'au cours de la dernière décennie, ils ont vécu trois crises organisationnelles majeures impliquant des changements de direction, des refontes du plan d'organisation, des coupures de postes, des changements dans la philosophie d'intervention et des changements au niveau de la clientèle desservie.

Les événements médiatisés ont engendré un malaise pouvant aller jusqu'à un sentiment de honte chez le personnel soignant; dans certains cas, ils ont contribué à miner la relation de confiance entre les soignants et les résidents. En lien avec ces événements, l'approche adoptée pour remédier aux situations problématiques revêt souvent un caractère punitif, alors que les membres du personnel auraient davantage besoin de soutien pour améliorer leur mode d'intervention ou pour gérer une situation devant laquelle ils sont démunis. À cette approche s'ajoutent les difficultés des gestionnaires à corriger de façon durable les situations problématiques. Cet ensemble de facteurs donne au personnel le sentiment qu'il est laissé à lui-même, qu'il n'est pas soutenu, ni encadré. Au site St-Charles, plusieurs membres du personnel soignant se sentent démunis face aux défis énormes que représentent les services à une clientèle dont la complexité des besoins et parfois les comportements dysfonctionnels sortent de l'ordinaire.

De plus, la non-reconnaissance de l'importance des soins infirmiers dans le contexte du milieu de vie fait de cet établissement un milieu de travail peu stimulant pour le personnel en soins infirmiers. Il ne favorise pas le développement professionnel et explique les difficultés d'attraction et de rétention, ainsi que l'exode imminent des infirmières qualifiées et motivées.

Quoique la majorité des professionnels et des intervenants rencontrés aient démontré un intérêt pour les résidents et une juste capacité d'analyse de leur situation, ils ont un besoin criant d'être écoutés, guidés dans leur volonté d'amélioration. Il est donc crucial de soutenir leur bonne volonté et de miser sur leur potentiel pour dynamiser le milieu.

L'absence de balises claires sur les soins en milieu de vie, le manque de qualifications du personnel soignant sur les problèmes de santé complexes des résidents, de même que le manque d'encadrement clinique et l'approche punitive adoptée pour contrer les erreurs de parcours créent chez le personnel un sentiment d'échec et d'insécurité. Certains membres du personnel soignant ne savent plus comment « être » et comment « agir » avec les résidents et plusieurs ne savent pas comment répondre à leurs besoins complexes. Le personnel se sent démuni devant ces situations qui sont parfois contradictoires. Il en résulte un manque de cohérence dans la prestation des soins aux résidents et des difficultés dans les relations entre le personnel soignant et les résidents.

Recommandations

Pour harmoniser le milieu de vie et le milieu de soins

1. Clarifier la conception des soins dans un milieu de vie.
2. Définir les balises pour guider les décisions quotidiennes relatives aux soins et aux activités des résidents dans une approche de milieu de vie.
3. Utiliser les avis du comité de bioéthique dans la gestion des situations complexes où les demandes ou comportements des résidents entrent en conflit avec les soins ou la vie collective.
4. Réaliser une démarche institutionnelle visant l'appropriation, par toutes les personnes concernées, tant les administrateurs, les cadres, les professionnels et les autres membres du personnel que les résidents et leur famille, du concept de milieu de vie intégrant les soins, du code d'éthique et du code de vie afin d'amener un changement de culture au sein de l'établissement.

Pour ajuster les effectifs infirmiers en fonction des besoins de la clientèle

1. Utiliser une méthode éprouvée pour évaluer les besoins de soins des résidents sur une base régulière et systématique afin d'assurer une réponse adéquate.
2. Assurer un nombre suffisant d'infirmières, dûment qualifiées, pour procéder aux évaluations cliniques, à la planification et à la coordination des soins infirmiers.

Pour améliorer les qualifications du personnel soignant

1. Définir le profil de compétence requis du personnel soignant afin de tenir compte des caractéristiques particulières des clientèles hébergées et de leurs besoins spécifiques.
2. Faire une planification de la main-d'œuvre en lien avec les compétences requises, tant au niveau des critères d'embauche que du programme d'orientation et du programme de formation en cours d'emploi.
3. Rehausser les qualifications requises des chefs d'unités et des infirmières assistantes du supérieur immédiat, de manière à exiger des connaissances approfondies sur les caractéristiques et les besoins particuliers des clientèles spécifiques ainsi que sur la gestion des équipes de soins.
4. Développer et réaliser un plan de mise à jour des compétences à l'intention du personnel soignant et offrir à cet effet des programmes de formation comprenant les thèmes suivants, dans une perspective de soins en milieu de vie:
 - l'évaluation et le soulagement de la douleur chronique;
 - l'intervention en situation de crise;
 - les principales pathologies dont souffrent les résidents;
 - les pertes liées à l'hébergement, aux atteintes physiques permanentes, à la chronicité, à la modification de l'image corporelle;
 - les principales problématiques de santé mentale, dont les comportements dysfonctionnels et agressifs;
 - les déficits cognitifs et la compréhension et la gestion des comportements perturbateurs reliés aux déficits cognitifs.
5. Offrir de la formation plus approfondie aux infirmières et aux infirmières auxiliaires, tout en tenant compte de leurs champs de pratique respectifs.
6. S'assurer que le budget de formation attribué par la convention collective des infirmières soit consacré à cette fin.

Pour intégrer la gestion des risques à l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers

1. Revoir les mécanismes et activités relatifs à la gestion des risques et au traitement des plaintes de façon à assurer le suivi des recommandations qui en découlent et ainsi, améliorer la qualité des soins infirmiers.
2. Mettre en application la politique de déclaration des incidents/accidents dans une approche d'amélioration continue qui favorise la mise en place de mesures correctives et préventives visant à réduire leur incidence et leur gravité. Préférer une approche de divulgation à une approche coercitive.

Pour assurer l'encadrement adéquat des soins infirmiers

1. Replacer la gestion et l'amélioration de la qualité des soins infirmiers au cœur de la gouvernance de l'établissement, notamment:
 - nommer une directrice des soins infirmiers et lui octroyer tous les pouvoirs requis pour exercer le mandat qui lui est dévolu par la Loi;
 - mettre en place le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers et le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires;
 - réviser le profil de compétence des cadres impliqués dans la gestion clinique.
2. Procéder à l'embauche d'infirmières cliniciennes spécialisées afin qu'elles puissent apporter un soutien clinique aux équipes de soins infirmiers, assurer l'intégration de l'approche du milieu de vie à la pratique, développer et implanter des programmes de soins adaptés aux besoins de la clientèle.

Pour améliorer le climat organisationnel

1. Adopter une approche de mobilisation des ressources humaines axée sur le développement et le soutien du personnel, laquelle doit se traduire dans la gestion quotidienne des équipes de soins.
2. Mettre en place des moyens pour soutenir les soignants dans les relations difficiles avec certains résidents, entre autres ceux qui ont des comportements dysfonctionnels.
3. Développer des projets cliniques mobilisateurs qui offrent l'opportunité de valoriser le potentiel et l'intérêt du personnel soignant et en faire connaître les résultats pour stimuler la reconnaissance des contributions apportées.

CONCLUSION

L'enquête sur la qualité des soins infirmiers au CHSLD Centre-Ville de Montréal a permis de constater des lacunes se situant tant au niveau des processus de soins infirmiers comme l'évaluation clinique des résidants, la planification et la coordination des soins infirmiers, qu'au niveau de la continuité des soins intra et interdisciplinaires. Ces lacunes ont pour effet de priver des résidants de soins personnalisés et adaptés à leurs besoins, mettant en cause leur qualité de vie, leur bien-être, leur autonomie et parfois même leur sécurité. De plus, les relations entre certains membres du personnel soignant et des résidants présentent des difficultés qui se manifestent parfois par le non-respect des droits des résidants. Néanmoins, la majorité des personnes rencontrées dans le cadre de cette enquête ont manifesté leur volonté d'améliorer la qualité des soins infirmiers aux résidants.

Les lacunes constatées au niveau des soins infirmiers sont liées au contexte organisationnel et au manque de leadership clinique qui en résulte. Une des sources de difficultés importantes concerne l'actualisation du concept de milieu de vie qui s'est effectuée sans y intégrer les besoins de soins des résidants. Le leadership clinique touchant l'ensemble des disciplines en a été affaibli; toute la cohérence des soins a été affectée, sans toutefois parvenir à créer un véritable milieu de vie où règneraient le respect et la quiétude, ainsi que le bien-être biopsychosocial des résidants.

Afin de rétablir cette situation, tout l'établissement devra s'inscrire dans un mode de résolution de problème. Le redressement exigera une démarche d'amélioration structurée par la mise en œuvre de l'ensemble des recommandations formulées dans ce rapport.

RÉFÉRENCES

Loi sur les infirmières et les infirmiers, LRQ., c. I-8

Loi sur les services de santé et les services sociaux, LRQ., c.S-4.2.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q.,2002. c.33.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD.* Orientations ministérielles, Octobre 2003.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière.* Octobre 1996. Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Guide d'exercice: L'exercice infirmier en soins de longue durée – Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie.* Novembre 2000. Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec.* Décembre 2001. Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.* Avril 2003. Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec. *Indicateurs de la compétence de l'infirmière et infirmier auxiliaire.* Juin 2003. Montréal, OIIAQ.

ANNEXE 1

MEMBRES DU COMITÉ D'ENQUÊTE

Monique Bourque, inf. M.A. Gériatologie

Infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Madame Bourque est infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie et chargée de cours en soins infirmiers de la personne âgée au Département des sciences infirmières à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Elle élabore et réalise des projets de recherche en sciences infirmières dans le domaine de la gériatrie. Elle a effectué de nombreuses publications et prononcé autant de conférences. Ses travaux portent principalement sur les soins aux personnes qui présentent des déficits cognitifs et des comportements dysfonctionnels, ainsi que sur le soutien aux équipes qui œuvrent auprès de ces personnes. Elle possède également une expérience clinique en médecine chirurgie et en santé mentale. Elle a œuvré dans divers milieux de soins tant au Québec qu'en Europe.

Ginette Lavallière, inf. M.Sc. Administration des services de santé

Conseillère-enquêteuse, Bureau de l'inspection professionnelle
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Madame Lavallière est infirmière conseillère-enquêteuse au Bureau de l'inspection professionnelle de l'OIIQ. Elle possède une expérience clinique variée en soins infirmiers de courte et de longue durée. Elle a effectué de nombreuses visites d'inspection professionnelle principalement dans les établissements de soins de longue durée. Elle est au nombre des maîtres d'œuvre de l'élaboration du guide d'exercice « L'exercice infirmier en soins de longue durée – Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie » (OIIQ, 2000). De plus, elle a prononcé des conférences sur les soins infirmiers en milieu de vie.

Hélène Rajotte, inf. M.Sc. Sciences infirmières

Consultante en gestion des soins infirmiers

Responsable du Comité d'enquête

Madame Rajotte a exercé sa carrière en milieu hospitalier et a développé une expertise dans les domaines de la gestion des soins infirmiers et du système de santé ainsi que de la réglementation professionnelle encadrant la pratique infirmière. Elle a œuvré à titre de directrice des soins infirmiers à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Elle a également été visiteuse pour le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé. Elle a été directrice générale et secrétaire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et a agi à titre de commissaire à la Commission d'étude sur les Services de santé et Services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Commission Clair). Elle a prononcé de nombreuses conférences et contribué à la formation des infirmières tant au niveau collégial qu'universitaire.

Maryse Savoie, inf. M.Sc. Sciences infirmières

Directrice adjointe des soins infirmiers et coordonnatrice de recherche
Hôpital Sainte-Anne

Madame Savoie est infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie. Elle élabore et réalise des projets de recherche en sciences infirmières dans le domaine de la gériatrie et elle est l'auteure de nombreuses publications. Ses travaux portent principalement sur le soulagement de la douleur, les soins palliatifs, la prévention et le traitement des lésions de pression et la réduction de l'usage des contentions. Elle possède également une expérience clinique en médecine chirurgie et en soins palliatifs. Elle a œuvré dans divers milieux de soins de courte et de longue durée et a agi à titre de superviseuse clinique auprès d'étudiantes en sciences infirmières. Elle fut conférencière tant au Québec qu'en Europe.

Lucie Tremblay, inf. M.Sc. Administration des services de santé

Directrice des soins infirmiers et des services cliniques
Centre hospitalier gériatrique Maimonides

Madame Tremblay possède une expérience variée, particulièrement dans la gestion des soins infirmiers dans divers établissements d'hébergement et de soins de longue durée. Elle s'est intéressée particulièrement au développement des soins aux clientèles hébergées et à la gestion du personnel œuvrant auprès de ces clientèles. Elle a prononcé plusieurs conférences, tant au Québec qu'à l'étranger et effectué de nombreuses publications. Ses travaux portent principalement sur la prévention de la violence faite aux personnes âgées et la réduction des contentions dans les CHSLD, projets pour lesquels elle fut récipiendaire de mentions d'honneur. Elle est également membre du collège canadien des directeurs de service de santé.

ANNEXE 2

PERSONNES ET GROUPES RENCONTRÉS

- ◇ Assistante responsable clinique
- ◇ Aumôniers site St-Charles et site Manoir
- ◇ Chef des ressources humaines
- ◇ Chef des services professionnels
- ◇ Chef du Centre de jour et du service des loisirs
- ◇ Chef du service des bénévoles
- ◇ Chefs d'unités site St-Charles et site Manoir
- ◇ Comités des familles site St-Charles et site Manoir
- ◇ Comités des résidents site St-Charles et site Manoir
- ◇ Directrice des relations avec la personne et la communauté
- ◇ Directrices de résidence site St-Charles et site Manoir
- ◇ Fondé de pouvoir
- ◇ Infirmière conseillère au programme qualité et RSI
- ◇ Infirmières assistantes du supérieur immédiat (jour-soir-nuit) site St-Charles et site Manoir
- ◇ Infirmières auxiliaires (jour-soir-nuit) site St-Charles et site Manoir
- ◇ Infirmières chefs d'équipe (jour) site St-Charles
- ◇ Infirmières coordonnatrices de soir et de nuit site St-Charles et site Manoir
- ◇ Nutritionniste
- ◇ Préposés aux bénéficiaires (jour-soir-nuit) site St-Charles et site Manoir
- ◇ Président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- ◇ Psychologues
- ◇ Représentante du curateur public
- ◇ Représentants du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire
- ◇ Représentants du syndicat des infirmières

Nombre de rencontres : 49

Nombre de personnes rencontrées : 96

ANNEXE 3

DOCUMENTS CONSULTÉS

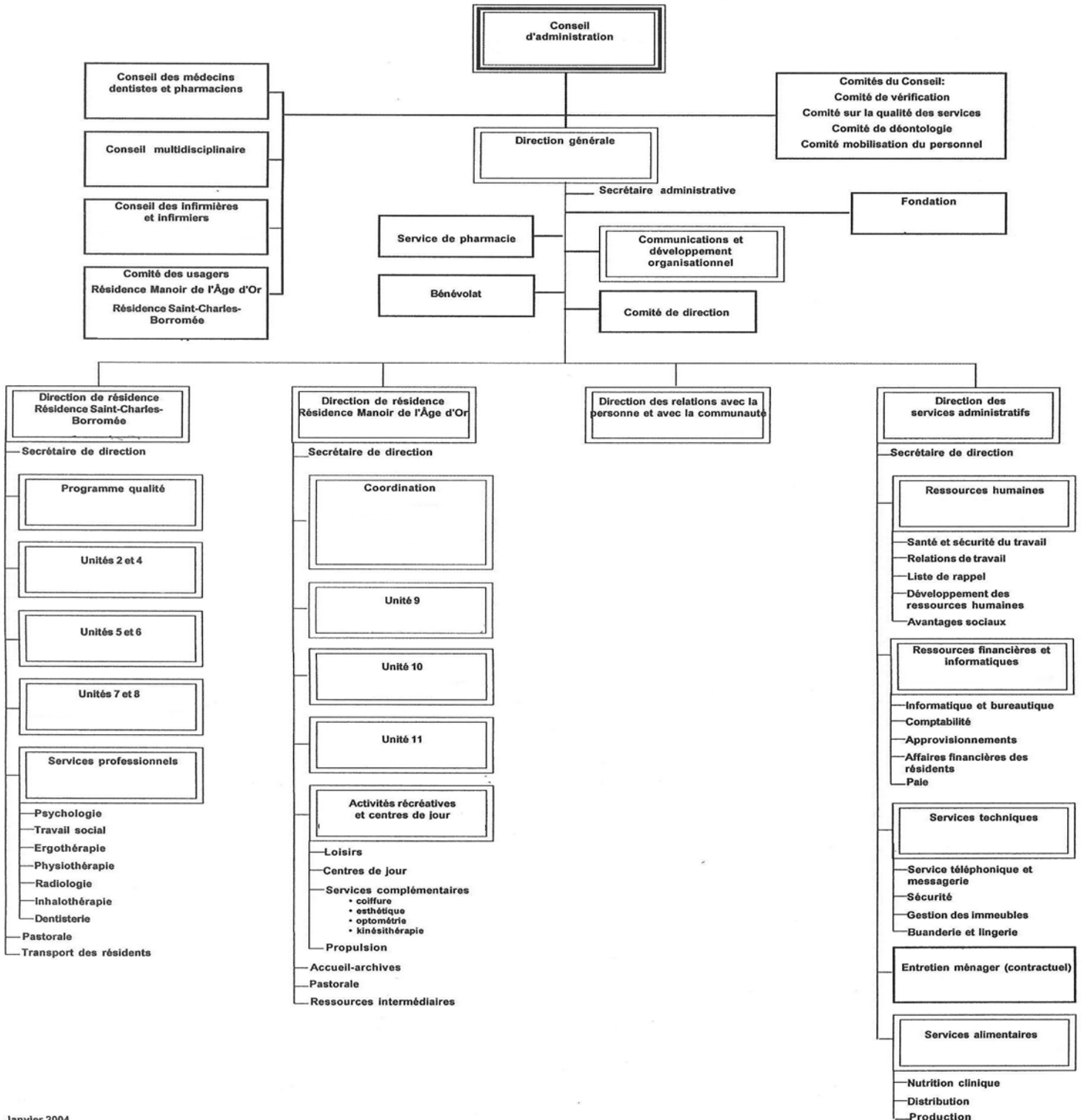
- ◇ Analyse sommaire des résultats de l'enquête de satisfaction (2001)
- ◇ Avis du comité de bioéthique
- ◇ Cadre de référence d'élaboration du plan d'accompagnement
- ◇ Code d'éthique (2001)
- ◇ Critères de sélection selon le poste (chef d'unité, assistante-infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires)
- ◇ Description des fonctions : chefs d'unité, infirmières assistantes du supérieur immédiat, infirmières chefs d'équipe, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires (2003)
- ◇ Documents liés aux activités d'amélioration de la qualité des soins : bilan des activités et des résultats, plan d'action et procès-verbaux des rencontres du comité de gestion de qualité
- ◇ Documents sur la réorganisation du travail au service des soins (Manoir de l'Âge d'Or)
- ◇ Fiche d'appréciation et de mobilisation du personnel
- ◇ Formation en cours d'emploi : calendriers 2002-2003 et 2003-2004
- ◇ Formation en cours d'emploi : documents de l'infirmière conseillère au programme qualité
- ◇ Formulaire : appréciation du rendement du personnel
- ◇ Guide d'accueil des résidentes et résidents (les deux sites)
- ◇ Lettre du directeur général à l'infirmière conseillère aux activités cliniques : nomination à titre de RSI (1999)
- ◇ Manuel de procédés de soins
- ◇ Mission et raison d'être (document émis par l'établissement, janvier 2004)
- ◇ Objectifs généraux 2002-2003 et plan d'action
- ◇ Philosophie de gestion et d'intervention (1997)
- ◇ Plan de travail et relevé périodique sur la clientèle (Manoir de l'Âge d'Or)
- ◇ Politique de civilité en milieu de travail
- ◇ Politique et documents de travail sur la gestion des contentions
- ◇ Politique et procédure sur la formation
- ◇ Politique et procédure sur la gestion des risques (2002 et projet de révision, 2004)
- ◇ Politique sur l'abus envers les résidents
- ◇ Politique sur la détermination du niveau d'intervention et de réanimation cardiorespiratoire
- ◇ Procès-verbaux des réunions du comité exécutif du CII (janvier 2000 à avril 2001)
- ◇ Procès-verbaux des réunions du conseil d'administration (janvier 2002 à septembre 2003)
- ◇ Programme d'orientation du personnel
- ◇ Programme de gestion intégrée des manifestations agressives (1993)

- ◇ Programme de soins sur les lésions de pression
- ◇ Programme jeunes adultes handicapés (1992)
- ◇ Projet de Code de vie (en cours)
- ◇ Questionnaire d'entrevue pour octroi d'un poste
- ◇ Rapport d'activité du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (2000-2002)
- ◇ Rapport d'activités du Conseil des infirmières et infirmiers (2001)
- ◇ Rapport d'activités du Conseil multidisciplinaire (2003)
- ◇ Rapports annuels et périodiques : accidents/incidents (2000-2001, 2001-2002, 2002-2003)
- ◇ Rapports annuels et périodiques : plaies et lésions de pression (2001-2002, 2002-2003)
- ◇ Rapports annuels et périodiques : traitement des plaintes (2000-2001, 2001-2002, 2002-2003)
- ◇ Règlement du conseil d'administration concernant la procédure d'examen des plaintes des résidents et des usagers
- ◇ Règlement du conseil d'administration sur les orientations et les activités de l'établissement
- ◇ Réorganisation des soins – 2003/2004 version 4 (tableau illustrant les changements dans les heures travaillées selon les catégories de personnel soignant)
- ◇ Statistiques sur les contentions

ANNEXE 4



CHSLD
Centre-Ville de Montréal



Janvier 2004

Cet organigramme a été fourni par la Direction du CHSLD Centre-Ville de Montréal

ANNEXE 5

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer l'évaluation clinique et la planification des soins infirmiers

1. Mettre sur pied un programme de préadmission visant à connaître les caractéristiques particulières du résidant, ses besoins et ses attentes, afin de pouvoir en tenir compte dans la détermination de sa localisation, l'ébauche de son plan thérapeutique infirmier et la préparation de l'équipe à son accueil.
2. Assurer une évaluation initiale du résidant par une infirmière, dès son admission, avec sa collaboration et celle de sa famille, afin de déterminer ses besoins de soins, en tenant compte de ses habitudes de vie et de ses préférences, et compléter cette évaluation dans le mois suivant son admission.
3. Développer chez les infirmières leur habileté à évaluer des situations complexes de soins souvent rencontrées chez la clientèle hébergée, telles que la douleur chronique, les problèmes d'incontinence, les déficits cognitifs, les troubles du comportement, la dysphagie et les problèmes de santé mentale.
4. Soutenir les infirmières dans l'évaluation et la surveillance clinique de problèmes de santé particuliers des résidants en mettant à leur disposition des outils d'évaluation spécifiques à ces problèmes.
5. S'assurer que les résidants du site Manoir aient une évaluation de l'ensemble de leurs besoins par l'équipe interdisciplinaire à l'admission, sur une base annuelle et au besoin, et que leurs proches participent à cette évaluation, le cas échéant.
6. S'assurer que le dossier du résidant contienne toute l'information relative à l'évaluation et à la surveillance clinique nécessaire pour suivre l'évolution de l'état de santé du résidant, justifier le plan thérapeutique infirmier et ses ajustements, et assurer la continuité des soins infirmiers.
7. Revoir le mode d'organisation du travail au site St-Charles afin d'éviter la fragmentation des soins et de favoriser la prise en charge personnalisée du résidant.
8. Mettre en place un système de prestation des soins qui permet à l'infirmière d'assurer aux résidants des soins globaux et personnalisés, en concertation avec les autres membres de l'équipe de soins infirmiers.
9. Désigner, pour chacun des résidants, une infirmière répondante pour l'élaboration et la réalisation de son plan thérapeutique infirmier (gestionnaire de cas).

10. Élaborer et implanter un programme de gestion de la douleur, plus particulièrement de la douleur chronique.
11. Élaborer et implanter un programme de rééducation vésicale en vue de permettre aux résidants de recouvrer un niveau optimal d'autonomie fonctionnelle.

Pour améliorer l'approche avec les résidants atteints de déficience cognitive

1. Donner aux infirmières la formation requise afin de mettre à jour leurs compétences pour intervenir auprès de la clientèle atteinte de déficits cognitifs et pour guider les autres membres de l'équipe de soins au quotidien.
2. Donner de la formation aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires sur les déficits cognitifs ainsi que sur les différentes approches et interventions de soutien, selon leur niveau de responsabilité.
3. S'assurer que les infirmières évaluent la condition mentale, incluant les fonctions cognitives, de chaque résidant atteint d'un problème cognitif connu afin de cerner ses capacités et ses incapacités cognitives et de déterminer le plan thérapeutique infirmier en conséquence.
4. Développer une approche et des modes de communication adaptés aux capacités et aux incapacités cognitives des résidants et s'assurer que les infirmières guident les autres membres du personnel soignant dans leur utilisation.
5. Établir clairement les critères d'admission et de séjour à l'unité prothétique afin d'en optimiser l'utilisation pour le bénéfice de la clientèle.

Pour améliorer la gestion des comportements dysfonctionnels agressifs

1. Regrouper les clientèles du site St-Charles ayant des comportements dysfonctionnels et agressifs en organisant les unités en fonction de leurs besoins; former et stabiliser le personnel de ces unités afin de leur permettre de développer les compétences spécifiques requises pour intervenir auprès de ces clientèles.
2. Donner aux infirmières la formation requise afin de mettre à jour leurs compétences pour gérer les comportements dysfonctionnels et agressifs et pour guider les autres membres de l'équipe de soins au quotidien.
3. Offrir aux membres du personnel soignant différentes formes de soutien à la gestion quotidienne des troubles de comportement (formation, groupe de soutien, supervision par l'équipe spécialisée en troubles du comportement, soutien du chef d'unité, etc.).

4. Tenir des rencontres régulières entre l'équipe spécialisée en troubles du comportement et les équipes de personnel soignant des trois quarts de travail, dans le but de favoriser une meilleure compréhension des troubles du comportement présents chez les résidants.
5. S'assurer que le plan d'encadrement individualisé est élaboré en concertation avec le personnel soignant des trois quarts de travail et assurer son arrimage avec le plan thérapeutique infirmier.
6. Mettre à profit les ressources de l'établissement pour développer une expertise clinique dans la gestion des troubles du comportement agressif spécifiques à cette clientèle.

Pour remédier aux lacunes concernant la sécurité des résidants

1. Renforcer les mesures de sécurité relatives aux mobilisations des résidants, aux médicaments et aux produits toxiques, particulièrement dans les unités où des résidants sont confus ou présentent des problèmes de comportement.
2. Prendre les moyens pour s'assurer que tous les résidants ayant des troubles de déglutition soient connus des soignants qui les alimentent ou les hydratent et que ceux-ci aient reçu la formation pour intervenir adéquatement. À cet effet, planifier une mise à jour annuelle sur la technique de Heimlich pour l'ensemble du personnel.
3. Procéder régulièrement à l'évaluation des risques de chute chez les résidants, indiquer les mesures préventives requises au plan thérapeutique infirmier et en informer le personnel concerné.
4. Développer et implanter un programme de prévention et de contrôle des infections, comprenant, entre autres, l'élaboration et l'application d'une politique pour la gestion des cas de clients porteurs de micro-organismes résistants aux antimicrobiens, le dépistage et la prévention des infections transmises sexuellement.
5. Acquérir un « *bladder scan* » pour mesurer les résidus vésicaux, sans avoir à effectuer un cathétérisme.

Pour favoriser la communication et la collaboration intra et interprofessionnelle

1. Instaurer des mécanismes de communication et de concertation entre les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires en vue de partager l'information clinique pertinente et d'assurer la réalisation du plan thérapeutique infirmier.
2. Développer une approche interdisciplinaire permettant une meilleure concertation des professionnels et une amélioration des mécanismes de suivis, notamment par la désignation d'une infirmière répondante.

Pour assurer une meilleure connaissance des prises de positions de l'établissement

1. Réaliser une démarche institutionnelle visant l'appropriation du code d'éthique par tous les membres du personnel, afin qu'ils connaissent mieux leurs obligations quant au respect des droits des résidents.

Pour améliorer le partenariat avec le résident et ses proches

1. Réaliser une démarche institutionnelle visant le développement du partenariat entre le personnel soignant et les résidents.
2. Vérifier les attentes, préférences, désirs et habitudes de vie du résident avec la collaboration de sa famille, afin de pouvoir en tenir compte dans la planification de ses soins.
3. Présenter aux membres de l'équipe de soins les données pertinentes concernant le résident nouvellement admis et sa famille.

Pour assurer le respect des droits des résidents

1. S'assurer que le comité de bioéthique assume un rôle éducatif auprès des équipes du personnel soignant, notamment par le biais de rencontres régulières pour qu'il apporte un éclairage éthique à la réflexion entourant des situations problématiques souvent rencontrées.
2. Adopter une approche proactive visant à prévenir les abus de toute nature, entre autres par la formation du personnel, tant sur les conditions particulières de leurs clientèles que sur la prévention de l'abus.
3. Exercer une vigilance pour assurer le respect de l'intimité des résidents dans les soins quotidiens et la confidentialité des données personnelles.

Pour harmoniser le milieu de vie et le milieu de soins

1. Clarifier la conception des soins dans un milieu de vie.
2. Définir les balises pour guider les décisions quotidiennes relatives aux soins et aux activités des résidents dans une approche de milieu de vie.
3. Utiliser les avis du comité de bioéthique dans la gestion des situations complexes où les demandes ou comportements des résidents entrent en conflit avec les soins ou la vie collective.
4. Réaliser une démarche institutionnelle visant l'appropriation, par toutes les personnes concernées, tant les administrateurs, les cadres, les professionnels et les autres membres du personnel que les résidents et leur famille, du concept de milieu de vie intégrant les soins, du code d'éthique et du code de vie afin d'amener un changement de culture au sein de l'établissement.

Pour ajuster les effectifs infirmiers en fonction des besoins de la clientèle

1. Utiliser une méthode éprouvée pour évaluer les besoins de soins des résidents sur une base régulière et systématique afin d'assurer une réponse adéquate.
2. Assurer un nombre suffisant d'infirmières, dûment qualifiées, pour procéder aux évaluations cliniques, à la planification et à la coordination des soins infirmiers.

Pour améliorer les qualifications du personnel soignant

1. Définir le profil de compétence requis du personnel soignant afin de tenir compte des caractéristiques particulières des clientèles hébergées et de leurs besoins spécifiques.
2. Faire une planification de la main-d'œuvre en lien avec les compétences requises, tant au niveau des critères d'embauche que du programme d'orientation et du programme de formation en cours d'emploi.
3. Rehausser les qualifications requises des chefs d'unités et des infirmières assistantes du supérieur immédiat, de manière à exiger des connaissances approfondies sur les caractéristiques et les besoins particuliers des clientèles spécifiques ainsi que sur la gestion des équipes de soins.

4. Développer et réaliser un plan de mise à jour des compétences à l'intention du personnel soignant et offrir à cet effet des programmes de formation comprenant les thèmes suivants, dans une perspective de soins en milieu de vie:
 - l'évaluation et le soulagement de la douleur chronique;
 - l'intervention en situation de crise;
 - les principales pathologies dont souffrent les résidants;
 - les pertes liées à l'hébergement, aux atteintes physiques permanentes, à la chronicité, à la modification de l'image corporelle;
 - les principales problématiques de santé mentale, dont les comportements dysfonctionnels et agressifs;
 - les déficits cognitifs et la compréhension et la gestion des comportements perturbateurs reliés aux déficits cognitifs.
5. Offrir de la formation plus approfondie aux infirmières et aux infirmières auxiliaires, tout en tenant compte de leurs champs de pratique respectifs.
6. S'assurer que le budget de formation attribué par la convention collective des infirmières soit consacré à cette fin.

Pour intégrer la gestion des risques à l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers

1. Revoir les mécanismes et activités relatifs à la gestion des risques et au traitement des plaintes de façon à assurer le suivi des recommandations qui en découlent et ainsi, améliorer la qualité des soins infirmiers.
2. Mettre en application la politique de déclaration des incidents/accidents dans une approche d'amélioration continue qui favorise la mise en place de mesures correctives et préventives visant à réduire leur incidence et leur gravité. Préférer une approche de divulgation à une approche coercitive.

Pour assurer l'encadrement adéquat des soins infirmiers

1. Replacer la gestion et l'amélioration de la qualité des soins infirmiers au cœur de la gouvernance de l'établissement, notamment:
 - nommer une directrice des soins infirmiers et lui octroyer tous les pouvoirs requis pour exercer le mandat qui lui est dévolu par la Loi;
 - mettre en place le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers et le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires;
 - réviser le profil de compétence des cadres impliqués dans la gestion clinique.
2. Procéder à l'embauche d'infirmières cliniciennes spécialisées afin qu'elles puissent apporter un soutien clinique aux équipes de soins infirmiers, assurer l'intégration de l'approche du milieu de vie à la pratique, développer et implanter des programmes de soins adaptés aux besoins de la clientèle.

Pour améliorer le climat organisationnel

1. Adopter une approche de mobilisation des ressources humaines axée sur le développement et le soutien du personnel, laquelle doit se traduire dans la gestion quotidienne des équipes de soins.
2. Mettre en place des moyens pour soutenir les soignants dans les relations difficiles avec certains résidents, entre autres ceux qui ont des comportements dysfonctionnels.
3. Développer des projets cliniques mobilisateurs qui offrent l'opportunité de valoriser le potentiel et l'intérêt du personnel soignant et en faire connaître les résultats pour stimuler la reconnaissance des contributions apportées.