



PROTECTEUR
DU CITOYEN

Écoute • Rigueur • Respect

RAPPORT D'INTERVENTION

**Intervention à l'Hôpital Anna-Laberge
Pavillon des naissances**

Québec, le 26 avril 2022

AVIS

Le présent rapport a été rédigé au terme d'une intervention effectuée par le Protecteur du citoyen conformément au chapitre IV de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, chapitre P 31.1) (Loi sur le Protecteur des usagers). Sa communication ou diffusion est régie par cette loi ainsi que par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1) (Loi sur l'accès).

Ce rapport peut être communiqué par le Protecteur du citoyen aux instances et aux personnes concernées par l'intervention, conformément à l'article 24 de la Loi sur le Protecteur des usagers. De plus, le résultat de l'intervention peut être communiqué à toute autre personne intéressée.

Toutefois, des extraits du document peuvent être masqués conformément à la Loi sur l'accès, notamment en vertu des articles 53, 54, 83 et 88 au motif qu'ils contiennent des renseignements personnels concernant des personnes et permettant de les identifier. Ces extraits ne peuvent donc être divulgués sans le consentement des personnes concernées comme prescrit par l'article 59 de la Loi sur l'accès.

LA MISSION DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à une personne ou à un groupe de personnes. Il traite aussi les divulgations d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics et les plaintes en cas de représailles liées à ces divulgations. Désigné par au moins les deux tiers des parlementaires et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement de plaintes, de signalements ou de divulgations, ou de sa propre initiative.

Le respect des personnes et de leurs droits ainsi que la prévention des préjudices sont au cœur de la mission du Protecteur du citoyen. Son rôle en matière de prévention s'exerce notamment par l'analyse de situations qui engendrent des préjudices pour un nombre important de citoyens et de citoyennes ou qui sont de nature systémique.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, il peut notamment proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives afin de les améliorer dans l'intérêt des personnes concernées.

TABLE DES MATIÈRES

1	Contexte de l'intervention	1
1.1	<i>Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux</i>	1
1.2	Demande d'intervention	1
1.3	Instance visée par l'intervention	1
2	Conduite de l'intervention	2
2.1	Déléguée désignée pour conduire l'enquête.....	2
2.2	Collecte d'information	2
2.3	Documentation consultée.....	2
3	Résultat de l'enquête	3
3.1	Contexte	3
3.2	Constats	4
3.2.1	Préparation du matériel lié à l'accouchement	4
3.2.2	Surveillance lors de l'accouchement.....	5
3.2.3	Évaluation et soulagement de la douleur.....	6
3.2.4	Suivi clinique du nouveau-né.....	8
3.2.5	Suivi clinique de la mère en post-partum	12
3.3	Formation du personnel	16
4	Conclusion	18
5	Recommandations	18

1 CONTEXTE DE L'INTERVENTION

1.1 *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*

Le Protecteur du citoyen exerce les fonctions prévues à la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*. Cette loi prévoit qu'il doit veiller, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et par toute autre loi¹. En outre, il peut intervenir s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé par l'acte ou l'omission d'une instance de la santé ou des services sociaux ou peut vraisemblablement l'être².

Le respect des usagers et de leurs droits est au cœur de la mission du Protecteur du citoyen.

1.2 Demande d'intervention

Le Protecteur du citoyen a reçu des signalements faisant état du manque de formation du personnel du Pavillon des naissances de l'Hôpital Anna-Laberge. La qualité des soins et des services offerts aux usagères et aux nouveau-nés s'en trouvait compromise selon les allégations. Étant donné la nature de celles-ci et le risque de préjudices, le Protecteur du citoyen a décidé d'intervenir.

1.3 Instance visée par l'intervention

L'Hôpital Anna-Laberge relève du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest. L'un de ses départements, le Pavillon des naissances, offre des soins et des services périnataux, incluant l'observation prénatale, l'accompagnement à l'accouchement ainsi que les soins post-partum aux mères et à leur nouveau-né. La famille y séjourne habituellement de 24 à 72 heures après l'accouchement, jusqu'au moment du congé médical. Le département compte 20 chambres à occupation simple ainsi qu'une pouponnière pour garder en observation les nouveau-nés dont l'état le nécessite. Bien qu'on y donne certains soins spécialisés, un transfert vers un établissement offrant des soins tertiaires est organisé lorsque des besoins particuliers en néonatalogie le requièrent.

Chaque femme qui accouche au Pavillon des naissances est sous les soins d'un membre de l'équipe médicale et est prise en charge par le personnel soignant, c'est-à-dire le personnel infirmier et infirmier auxiliaire ainsi que les préposés aux bénéficiaires. Les soins infirmiers sont à la fois curatifs et axés sur la promotion de la santé. Cela se reflète notamment dans les nombreux enseignements donnés aux nouvelles familles. Le personnel doit donc développer une expertise à la fois dans

1. *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P -31.1, art. 1 et 7.

2. *Ibid.*, art. 20 et suivants.

la prise en charge d'éventuelles complications pendant le travail ou l'accouchement, et dans les informations à transmettre aux parents.

2 CONDUITE DE L'INTERVENTION

2.1 Déléguée désignée pour conduire l'enquête

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, la protectrice du citoyen a confié à une de ses déléguées, soit M^{me} Claudie Morin, le mandat de recueillir le témoignage des personnes concernées et le point de vue des instances impliquées ainsi que toute autre information jugée pertinente afin de procéder à l'analyse de la situation et, le cas échéant, de proposer des correctifs et une approche favorisant leur mise en œuvre.

2.2 Collecte d'information

Dans le cadre de l'enquête, afin d'obtenir l'information pertinente et nécessaire à l'intervention, le Protecteur du citoyen a recueilli les commentaires et les observations de différents intervenants et intervenantes de l'établissement, dont les suivants :

- La directrice par intérim des programmes jeunesse et des activités de santé publique;
- La chef de programme gynécologique obstétrical;
- Une conseillère en soins infirmiers — volet obstétrique;
- Une infirmière soutien à la pratique clinique en périnatalité;
- Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Des membres du personnel infirmier et infirmier auxiliaire.

2.3 Documentation consultée

Outre la législation en vigueur et afin de compléter la collecte d'information, divers documents ont été consultés, notamment :

- Standards de pratique de l'infirmière – Soins de proximité en périnatalité, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015;
- Politique de périnatalité 2008-2018, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008;
- Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019;
- Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025, Table sectorielle mère-enfant, 2018;

- Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), MSSS, 2019;
- Soins infirmiers en périnatalité, 2^e édition, 2019;
- L'administration des médicaments, rappel des obligations déontologiques, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021;
- Le champ d'exercices et les activités réservées des infirmières et infirmiers, 3^e édition, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016;
- *Prélèvement sanguin par ponction capillaire*, 2022.

Plusieurs documents institutionnels ont été consultés, dont les suivants :

- Initier la prise en charge de la femme enceinte au triage obstétrical — OC-6029;
- Prévenir et traiter l'hémorragie post-partum — OC-6032;
- Prise en charge des femmes enceintes diabétiques pendant le travail et en post-partum immédiat — OC-6015;
- Initier les soins et surveillance en post-partum — OC-6039;
- Hypertension en obstétrique — OIPI-747;
- Analgésie par voie neuro axiale-épimorphe — OIPI-627.

Le Protecteur du citoyen a également évalué de façon aléatoire 40 dossiers médicaux d'usagères et de nouveau-nés ayant reçu des soins au Pavillon des naissances à l'automne 2021.

3 RESULTAT DE L'ENQUETE

3.1 Contexte

L'enquête s'est déroulée entre la quatrième et la cinquième vague de la pandémie de la COVID-19. La pénurie de personnel, principalement infirmier, touchait alors l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Bien que le Pavillon des naissances ait globalement été épargné par les éclosions causées par le virus, il n'a toutefois pas échappé à certaines répercussions du contexte sociosanitaire, comme :

- La diminution des ressources disponibles pour assurer les remplacements de quart de travail;
- Le délestage des personnes occupant un poste-conseil;
- La complexité accrue des soins en raison des mesures en prévention et contrôle des infections (PCI).

Le contexte exceptionnel a aussi forcé le report de plusieurs activités prévues avant la pandémie, par manque de personnel-conseil. Ce fut le cas de la mise à jour de certaines procédures, de l'élaboration d'outils cliniques et de sessions de formation.

Par ailleurs, le départ de plusieurs membres du personnel (retraite, démission, maladie) a occasionné l'arrivée en nombre important de nouvelles ressources à former, parallèlement à une diminution marquée du personnel expérimenté. Selon les informations obtenues, le support clinique, plus particulièrement l'encadrement des nouvelles ressources, n'était pas suffisant pour assurer des soins et des services sécuritaires aux usagères et aux nouveau-nés. Plusieurs des problèmes rapportés, présents avant la pandémie, ont été exacerbés depuis le début de celle-ci.

Les allégations portées à l'attention du Protecteur du citoyen ont, pour la plupart, été confirmées par l'analyse de dossiers individuels choisis aléatoirement. Ce dernier a donc observé des problèmes nécessitant des correctifs pour assurer la qualité des services et le respect des droits des usagères et des nouveau-nés. Les constats tirés de cette analyse sont présentés au point suivant.

3.2 Constats

3.2.1 Préparation du matériel lié à l'accouchement

Les 20 chambres du Pavillon des naissances servent à la fois de salle d'accouchement et de chambre de soins en post-partum. Ainsi, la mère qui accouche conserve la même chambre tout au long de son parcours obstétrical.

Le personnel infirmier est responsable de préparer le matériel nécessaire à l'accouchement et à l'accueil du nouveau bébé. Par exemple, les instruments et équipements suivants doivent être prêts pour utilisation :

- Matériel stérile;
- Table chauffante pour accueillir le nouveau-né;
- Matériel pour l'oxygénation et pour l'aspiration.

De plus, comme le poids du nouveau-né est souvent estimé au dossier gynécologique de la mère avant son admission, le personnel met en place le matériel adapté selon ce poids probable (micro ou macrosomie) et d'après le nombre de semaines de grossesse (prématurité ou à terme). Selon le volume de référence en périnatalité pour la pratique infirmière, tout le matériel nécessaire doit être préparé lors du deuxième stade de l'accouchement, alors que la femme demande moins de soins directs.

L'enquête du Protecteur du citoyen a révélé que les chambres n'étaient pas toujours adéquatement préparées : matériel manquant dont les tubulures pour l'aspiration de sécrétions, ou matériel non adapté au poids du nouveau-né.

L'un des dossiers analysés par le Protecteur du citoyen a révélé l'impact que peut avoir une mauvaise préparation. À la naissance d'un nouveau-né légèrement prématuré, on ne retrouvait pas dans la chambre un masque à oxygène convenant à sa taille. Comme il a eu besoin de soins de réanimation, le personnel a dû trouver sur-le-champ un masque plus petit. Aucun élément au dossier n'a permis d'expliquer cet oubli. Une telle omission aurait pu, éventuellement, s'expliquer si, par exemple, l'accouchement s'était produit de façon précipitée ou si l'âge gestationnel avait été inconnu, ce qui n'était pas le cas. Cette situation est préoccupante puisqu'elle a inévitablement conduit à un délai dans les soins de ce nouveau-né en détresse respiratoire. Une préparation adéquate était d'autant plus importante que le bébé était prématuré — ce qui était connu de l'équipe de soins — et donc plus susceptible qu'un bébé à terme de présenter un trouble du système respiratoire.

Parmi les dossiers analysés par le Protecteur du citoyen, aucune information ne confirme la préparation du matériel d'accouchement. Aucun document de type « aide-mémoire » n'est utilisé et complété. Il n'y a donc aucun moyen de s'assurer de cette préparation et d'en retrouver une trace au dossier.

Le Protecteur du citoyen formule une recommandation afin que l'établissement s'assure que tout le matériel nécessaire à l'accouchement soit adéquatement préparé (R-1).

3.2.2 Surveillance lors de l'accouchement

Selon l'organisation actuelle du travail au Pavillon des naissances, un membre du personnel infirmier peut avoir la responsabilité d'une femme qui accouche ainsi que de familles — la mère et son enfant — en soins post-partum. Le nombre de familles peut aller de deux à trois lorsqu'il travaille seul, et atteindre cinq à six lorsqu'il travaille en dyade, soit avec un membre du personnel infirmier auxiliaire. Certains critères liés à la condition de la femme qui accouche doivent toutefois être respectés, notamment le fait qu'elle présente une condition stable et que l'accouchement n'est pas imminent.

L'enquête a révélé que cette organisation du travail peut entraîner des lacunes dans les soins liés à l'accouchement, particulièrement lorsque le travail est déclenché chimiquement. L'analyse des dossiers a ainsi permis de constater des manquements sur le plan de la surveillance des signes vitaux, de la fréquence cardiaque fœtale et de l'administration de la médication lorsque la mère subit un déclenchement.

Il faut savoir que l'accouchement par déclenchement suit un protocole précis. La médication fréquemment administrée pour stimuler le travail et les contractions utérines est l'Ocytocine par injection intraveineuse. Selon la prescription médicale, le débit d'administration du soluté est augmenté toutes les quinze ou 30 minutes. Le volume de référence en périnatalité pour la pratique infirmière précise que lors d'un déclenchement, la fréquence cardiaque fœtale doit être surveillée toutes les quinze minutes et à chaque modification de dose. Les signes vitaux de la mère

doivent être contrôlés toutes les 30 à 60 minutes et à chaque modification de dose. Or, selon les notes aux dossiers analysés par le Protecteur du citoyen et les informations obtenues, ces normes de référence, de même que celles qui concernent l'augmentation du débit d'administration du soluté, ne sont pas toujours respectées.

Le risque de développer une complication au cours d'un accouchement est réel et parfois imprévisible (anomalie de la présentation du cordon ombilical, détresse fœtale, décollement placentaire). L'enquête a révélé que l'organisation actuelle du travail ne permet pas d'assurer une surveillance continue de la mère durant l'accouchement. Une recommandation est formulée à ce sujet (R-2).

3.2.3 Évaluation et soulagement de la douleur

Plusieurs éléments touchant l'évaluation de la douleur se sont révélés problématiques tant chez la mère que chez le nouveau-né.

PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Une des prémisses de la Politique de périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) consiste à respecter le fait que « *l'accouchement est un processus physiologique naturel qui n'exige pas d'intervention particulière pour la majorité des femmes* »³. Ainsi, un des objectifs de l'établissement doit être de diminuer autant que possible le recours à certaines interventions évitables, soit la péridurale et la césarienne. Ces interventions peuvent avoir des conséquences sur la condition de santé de la mère et du nouveau-né, en plus d'augmenter le temps de travail et la durée de l'hospitalisation. L'augmentation des ressources matérielles et humaines nécessaires est également un facteur à considérer.

L'utilisation de diverses méthodes « non pharmacologiques » pour la gestion de la douleur est donc à prioriser. Selon la documentation clinique de référence, le rôle du personnel infirmier est important à cet égard, puisqu'il assiste la mère à tous les stades de l'accouchement. Il peut ainsi prodiguer des conseils et des encouragements, en plus de surveiller les résultats des méthodes employées pour soulager la douleur. Une façon de donner à la mère une impression de contrôle sur son accouchement est de clarifier ses attentes au préalable, notamment en sachant si elle a un plan de naissance⁴, ou encore en lui demandant ce qu'elle préfère ou ce qu'elle connaît à cet égard.

Dans les dossiers analysés par le Protecteur du citoyen, en excluant les femmes ayant subi une césarienne, 85 % des mères ont eu recours à la péridurale. Dans certains cas, celle-ci a été demandée moins d'une heure après l'arrivée de l'usagère, ou alors que des méthodes alternatives n'avaient pas été tentées. Sur la

3. Ibid.

4. Le plan de naissance est un document qui décrit ce qui est important pour l'usagère et ce qu'elle souhaiterait voir respecté par le personnel. Cela peut porter sur les méthodes alternatives et pharmacologiques à privilégier pour le soulagement de la douleur, les techniques possibles pour stimuler le travail ou encore les interventions à éviter.

feuille *Triage obstétrical*, soit le formulaire rempli lors de l'admission de l'usagère, les éléments suivants doivent pourtant être vérifiés :

- Méthodes alternatives pour soulagement de la douleur (bain, massage, ballon, etc.);
- Plan de naissance.

Or, seulement 38 % des dossiers ont une inscription à l'endroit du « plan de naissance » et aucun détail n'est précisé à ce sujet dans les notes du personnel. Un seul dossier porte une inscription aux « méthodes alternatives pour soulagement de la douleur expliquée ».

Les documents de référence pour la pratique infirmière indiquent que la caractéristique la plus subjective et la plus utile pour exprimer la douleur est son intensité. Il est également précisé qu'on doit d'utiliser la même échelle pour une même usagère tout au long de l'accouchement afin de s'assurer de la fiabilité de l'évaluation, particulièrement lorsque le personnel administre de la médication pour soulager la douleur ou utilise des méthodes non pharmacologiques. L'utilisation d'une échelle offre « *une mesure fiable qui sert à déterminer le type de traitement à administrer et son efficacité* ». Un seul dossier présentait l'utilisation d'une échelle quantitative pour évaluer la douleur pendant l'accouchement, alors qu'un espace est réservé à cette fin sur le formulaire de note utilisé par le personnel pour suivre l'évolution du travail.

L'établissement a confirmé au Protecteur du citoyen une augmentation du nombre de péridurales dans la dernière année et a mentionné qu'il était nécessaire de former davantage le nouveau personnel au sujet de l'évaluation et du soulagement de la douleur pendant l'accouchement.

APRES L'ACCOUCHEMENT

À la suite de l'accouchement, une trousse d'automédication est remise aux mères afin qu'elles puissent gérer elles-mêmes leur douleur. Selon la documentation de référence, le rôle du personnel infirmier à cet égard consiste à assurer un suivi de l'évolution de la condition de l'usagère, de l'ajustement des traitements requis, de la surveillance clinique, en plus de fournir à la mère les renseignements appropriés selon la situation. Ainsi, au moins une fois par quart de travail, l'infirmière ou l'infirmier doit évaluer la douleur ou le degré de soulagement offert par la médication afin de vérifier si elle est efficace et si d'autres méthodes de soulagement sont nécessaires.

Or, le Protecteur du citoyen a constaté que ce suivi n'est pas systématiquement réalisé à tous les quarts de travail. Dans certains cas, il ne l'est qu'une seule fois pour toute la durée du séjour. L'utilisation d'une grille qualitative pour évaluer la douleur après l'accouchement n'a été observée que dans cinq des 20 dossiers d'usagères.

Dans une note médicale retrouvée dans un dossier, le médecin mentionne que l'usagère se plaint de tranchées (contractions utérines) alors qu'aucune information à ce sujet ne figure dans les notes du personnel infirmier. L'importance d'évaluer le site de la douleur, son type et son degré permet d'orienter l'intervention et ainsi, d'effectuer les enseignements nécessaires auprès de la mère. Dans le cas des tranchées, il est important de réduire l'anxiété de la femme en lui précisant qu'il s'agit là d'un phénomène normal, que la durée est limitée et que certaines méthodes peuvent les atténuer.

Puisque des lacunes ont été constatées concernant l'évaluation et le soulagement de la douleur chez l'usagère avant, pendant et après l'accouchement une recommandation est formulée (R-3).

CHEZ LE NOUVEAU-NE

Il existe des grilles d'évaluation de la douleur pour le nouveau-né, dont l'*Échelle FLACC*. Le fait de noter divers comportements du nourrisson permet de déterminer son état de confort ou de douleur. Cette grille est dans tous les dossiers des nouveau-nés et est complétée une fois par quart de travail dans la plupart des cas.

Or, dans deux dossiers, alors que les notes font état de douleurs chez le nouveau-né, nécessitant même le recours à l'acétaminophène pour un des bébés, l'information notée à la grille indique qu'il n'y a aucune douleur. Force est donc de constater que la grille d'évaluation de la douleur peut être complétée de façon automatique à chaque quart de travail et pas nécessairement lors de manifestations de douleur. Une recommandation est formulée à ce sujet (R-4).

3.2.4 Suivi clinique du nouveau-né

Un infirmier ou une infirmière peut utiliser divers outils pour assurer le suivi de la condition des nouveau-nés sous ses soins. Dans l'ensemble des dossiers analysés, le Protecteur du citoyen a retrouvé un Plan thérapeutique infirmier. Au-delà d'un simple outil, ce plan constitue une norme de documentation des décisions cliniques du personnel infirmier afin d'assurer un suivi optimal de la condition des usagers et usagères. Il s'agit également d'une activité prévue dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Le personnel doit inscrire le « *problème ou le besoin prioritaire* » ainsi que la « *directive infirmière* » associée.

Le Protecteur du citoyen a toutefois constaté que dans la majorité des plans thérapeutiques infirmiers retrouvés dans le dossier des nouveau-nés, il est inscrit d'effectuer un suivi standard, alors que plusieurs nouveau-nés présentaient une condition particulière dont la surveillance devait dépasser un suivi standard. Il y avait eu, par exemple, des problèmes lors de l'accouchement, une détresse respiratoire à la naissance ou une bosse sérosanguine douloureuse (épanchement de sérum et de sang sous-cutané).

Un autre outil appelé « Kardex » est conservé par l'assistante supérieure immédiate et utilisé lors des rapports entre les différents quarts de travail. L'on y retrouve les informations cliniques importantes telles que la date d'accouchement

et les soins à planifier. Le personnel peut toujours consulter ce document au besoin ainsi que le dossier médical. Néanmoins, puisque cet outil est un document de travail, il est détruit lorsque le nouveau-né quitte l'hôpital. Il ne permet donc pas de conserver une trace des décisions cliniques du personnel, contrairement au Plan thérapeutique infirmier.

Dans chacun des dossiers, un document intitulé *Note d'observation du nouveau-né* permet de cocher certaines vérifications standards à tous les quarts de travail. Le Protecteur du citoyen a constaté que cet outil ne permet ni de documenter certaines conditions ni de suivre efficacement divers éléments sous la supervision du personnel infirmier. C'est là une autre lacune observée dans le suivi de la condition clinique du nouveau-né.

ALIMENTATION

Les besoins quotidiens en liquides du nouveau-né en bonne santé doivent atteindre 60 à 80 ml par kilogramme de poids corporel. L'ouvrage de référence pour la pratique infirmière précise que l'alimentation d'un nouveau-né doit être surveillée de près. En effet, l'équilibre est précaire entre les pertes et les gains, particulièrement lorsque le nouveau-né présente des conditions qui le mettent à risque, par exemple un petit poids à la naissance, une mère diabétique ou la prématurité.

Lorsqu'il est allaité, la quantité réelle de lait ingéré ne peut être connue. Néanmoins, le nouveau-né doit boire au moins 8 fois par période de 24 heures. S'il ne suit pas ce rythme, il doit être stimulé étant donné que les nourrissons n'expriment pas toujours leur faim particulièrement lorsqu'ils sont prématurés.

Selon l'information obtenue, il est arrivé plus d'une fois qu'un nouveau-né nourri au biberon ne buvait pas suffisamment par période de 24 heures, et ce, par manque de suivi de la part du personnel infirmier et d'enseignement aux parents. Bien qu'un nouveau-né puisse perdre jusqu'à 10 % de son poids de naissance au cours de ses premiers jours, une perte plus importante peut accroître son risque de complications, comme une jaunisse, et peut prolonger son séjour à l'hôpital.

La documentation clinique de référence précise que l'efficacité de l'allaitement peut s'évaluer en observant le déroulement d'une tétée et surtout les éléments suivants : bruits de succion et efforts de déglutition, bébé détendu après la tétée, selles et urines en nombre suffisant. Pour sa part, le Protecteur du citoyen a constaté que la feuille d'observation du nouveau-né utilisée au Pavillon des naissances ne permettait pas de documenter adéquatement ces aspects. Par exemple, un endroit est prévu pour inscrire le type d'alimentation du nourrisson (allaité ou au biberon) mais l'espace disponible ne permet pas de noter adéquatement l'heure du dernier boire. De plus, lorsque le nourrisson boit au biberon, il est impossible d'inscrire à la fois l'heure et les quantités de liquide ingéré.

Par ailleurs, des inexactitudes ont été observées dans les notes d'observation. Par exemple, il peut être inscrit lors de l'évaluation de l'allaitement « bon allaitement, aucun bruit ». Or, ce détail ne caractérise pas un allaitement efficace puisque les bruits de succion indiquent que le bébé boit adéquatement.

Le Protecteur du citoyen a constaté d'autres contradictions ou omissions, notamment entre le dossier de la mère et celui de son bébé. Ainsi, dans le dossier du nourrisson, il est inscrit que l'allaitement se déroule bien. Dans le dossier de sa mère, il est noté que l'allaitement est difficile et que celle-ci ressent de la douleur ou présente des rougeurs, ce qui complique son allaitement. S'il est normal de développer une sensibilité, la mère ne devrait pas ressentir de la douleur⁵. La cause la plus fréquente de la douleur est une prise du sein incorrecte, ce qui n'a pas été inscrit dans les notes d'évolution où on peut lire, au contraire, que la position de l'enfant est adéquate.

GLYCEMIE

Selon l'ordonnance collective *Dépistage et prise en charge des nouveau-nés vulnérables à l'hypoglycémie néonatale* en vigueur au sein de l'établissement⁶, les nouveau-nés ciblés doivent faire l'objet d'un premier contrôle après deux heures de vie. Par la suite, la fréquence de ces contrôles dépend du résultat obtenu ainsi que de certains facteurs de risque sous-jacents. De cette façon, on sera plus attentif si l'enfant est né avant 37 semaines ou si sa mère est diabétique.

Dans l'un des dossiers que le Protecteur du citoyen a analysés, un nouveau-né devait faire l'objet d'un contrôle de glycémie toutes les trois heures. Or, cela n'a eu lieu qu'après dix heures tandis que le contrôle suivant n'a été fait que sept heures plus tard. Les notes médicales précisent que le nouveau-né n'a pas eu son dernier contrôle de glycémie « *car ont sonné et pas de réponse* ». La note du personnel explique ce délai par un surcroît de travail. Or, il est essentiel de répondre aux cloches d'appel des familles afin de vérifier l'urgence de la demande. En outre, le fait de trop espacer les prises de glycémie dans le présent cas a inévitablement retardé le départ de la famille puisque le nouveau-né devait, avant de quitter l'hôpital, avoir obtenu le nombre de glycémies normales recommandées.

Le personnel utilise le formulaire « *Note d'observation du nouveau-né* » pour inscrire les résultats de glycémie. Toutefois, l'espace accordé n'ayant pas été prévu initialement pour entrer ce résultat, on ne peut y inscrire des éléments essentiels dont l'heure de la prise de la glycémie et le site de ponction. Il est également difficile de savoir à quelle fréquence doivent être effectués les prélèvements ou à quel moment doit être contrôlée la prochaine glycémie. Le Protecteur du citoyen estime que la façon de faire actuelle ne permet pas d'assurer un suivi rigoureux de la prise des glycémies des nouveau-nés.

5. Soins infirmiers et périnatalité, p. 913.

6. Une mise à jour du protocole sur la gestion de l'hypoglycémie chez le nouveau-né était en cours au moment de l'enquête du Protecteur du citoyen.

Lors de l'enquête, le Protecteur du citoyen a constaté que l'hôpital comptait développer un outil de suivi clinique sous forme de « cheminement clinique du nouveau-né ».

Le Protecteur du citoyen formule une recommandation à l'hôpital afin qu'il corrige les lacunes observées concernant le suivi clinique du nouveau-né (R-5).

PRELEVEMENT DE SANG PAR PONCTION CAPILLAIRE

Le Protecteur du citoyen a relevé des manquements liés aux prélèvements sanguins par ponction capillaire. Ainsi, à neuf reprises, le prélèvement n'a pu être analysé parce qu'il était « hémolysé » (destruction des globules rouges présents dans le sang) ou que le spécimen ne comportait pas assez de sang. Ce problème oblige à refaire la ponction, technique qualifiée de traumatique et de douloureuse pour les nouveau-nés⁷. Il est donc indispensable de ne pas la répéter inutilement.

Plusieurs raisons peuvent expliquer une hémolyse des résultats : trop de frottement du spécimen sur la peau, absence de mélange de la solution avec le coagulant présent dans le tube utilisé ou encore le fait de ne pas avoir attendu que la solution antiseptique appliquée sur le site de ponction soit sèche. Questionné à ce sujet, l'établissement mentionne qu'un manque de formation serait à l'origine des mauvaises manipulations.

De plus, le Protecteur du citoyen est également informé que le prélèvement n'est pas toujours effectué à l'endroit approprié sur le pied du nourrisson. La méthode de soins utilisée sur le département se trouve sur le site des *Méthodes de soins informatisées* sous le titre de *Prélèvement sanguin par ponction capillaire*. Selon cette méthode, plusieurs consignes doivent être respectées lors du choix du site, soit l'endroit où il y a le moins de risque d'atteindre l'os, les nerfs ou les tendons. Deux zones précises sont ciblées et tous les autres sites sont contre-indiqués, particulièrement la partie centrale du pied et sa partie bombée postérieure (bout du talon). L'enquête a révélé que le personnel effectue parfois les prélèvements sur le bout du talon des nouveau-nés. Selon l'information obtenue, un bébé a d'ailleurs dû être traité pour une infection à l'os du pied due, justement, à une mauvaise application de la technique recommandée. Cette complication, appelée l'ostéochondrite nécrosante, est décrite comme la complication la plus grave de la ponction au talon, d'où l'importance de choisir le site adéquatement.

Récemment, le Pavillon des naissances s'est doté d'un modèle de pied de nouveau-né sur lequel pourra s'exercer le personnel. Depuis la pandémie, l'enseignement de la technique avait généralement lieu par téléconférence et, bien que la méthode de soins utilisée soit conforme, le personnel manquait de formation pratique. Le Protecteur du citoyen formule une recommandation à ce sujet (R-6).

7. Soins infirmiers et périnatalité, p. 774.

AUDITION

Dans deux dossiers qu'a analysés le Protecteur du citoyen, le médecin a demandé que le nouveau-né soit vu en audiologie pour éliminer les risques de surdité. Le Protecteur du citoyen a été interpellé par ces demandes puisque le MSSS a publié un cadre de référence concernant le *Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés*, dont la première version a été publiée en 2012. Ce programme vise à détecter précocement la surdité à la naissance, puis à entreprendre les interventions nécessaires avant l'âge de six mois. Un des objectifs est d'offrir la participation à ce programme de dépistage auditif à tous les parents de nouveau-nés admissibles au Québec.

Dans le cadre de référence il est également spécifié que « *Tous les centres hospitaliers offrant des soins obstétricaux et toutes les maisons de naissance sont désignés à titre de CD⁸ auditif néonatal. La direction du CISSS ou du CIUSSS à laquelle sont rattachées ces installations s'assure que le Programme est offert, selon les normes et les exigences du cadre de référence* ». Or, le programme n'est pas encore offert à l'hôpital Anna-Laberge. Le Protecteur du citoyen émet une recommandation à cet effet (R-7).

3.2.5 Suivi clinique de la mère en post-partum

Le document utilisé pour colliger les notes concernant le suivi clinique de la mère en post-partum se nomme « *Activité quotidienne et fiches de traitement* ». Comme dans le dossier des nouveau-nés, le plan thérapeutique infirmier est fréquemment complété, mais il y est inscrit d'effectuer le suivi standard même si certaines conditions nécessitent une attention particulière. Cela peut être le cas, par exemple, en présence d'hémorragie post-partum, d'accouchement difficile ou de prééclampsie. Puisque ces facteurs n'apparaissent pas au plan thérapeutique des mères concernées, il est difficile de savoir quelles décisions cliniques ont été prises par le personnel de soins, ou encore de vérifier si la condition de la mère a fait l'objet d'un suivi optimal. Les éléments qui suivent correspondent à des lacunes constatées dans l'analyse des dossiers médicaux.

LOCHIES⁹

La grille de suivi de la condition de la mère permet de cocher la vérification de divers aspects, dont le repos, le type de diète, l'élimination, le fond utérin et les lochies.

Le volume de référence pour la pratique infirmière précise l'importance de surveiller l'évolution des lochies (couleur, odeur, quantité, caillots). Le personnel doit noter ses observations, et il importe alors que le facteur « temps » soit précisé pour que l'évaluation soit complète et précise. Le fait, par exemple, de remplir une

8. Centre de dépistage.

9. Écoulement utérin qui suit l'accouchement.

serviette hygiénique en une heure ou en huit heures n'a pas la même signification et ne nécessite pas le même type d'intervention.

Puisque l'hémorragie en post-partum est la complication la plus dangereuse pour la mère¹⁰, le fait d'évaluer le saignement constitue une responsabilité majeure du personnel infirmier. La majorité des dossiers qu'a analysés le Protecteur du citoyen ne contient aucune description de cet aspect et indique « normale » à l'endroit prévu de la grille des *Activités quotidiennes et fiche de traitement*. On notera qu'une légende sous la grille suggère pourtant les mentions suivantes : peu rosé, peu sanguinolent, rouge foncé.

Compte tenu des différentes variables nécessaires pour évaluer cet aspect, qualifier les lochies de « normales » ne permet pas de conclure que l'infirmière s'est assurée d'en vérifier la quantité ou la couleur. De plus, le Protecteur du citoyen a constaté des incohérences : alors que les lochies d'une usagère ont été inscrites comme étant « normales » dans la grille, des notes d'infirmières, pour le même quart de travail, précisent qu'elle a un écoulement sanguin important, nécessitant même un supplément en fer. Une recommandation à ce sujet est formulée à l'établissement (R-8).

SIGNES VITAUX

La multiplication des documents pour noter les signes vitaux chez la mère fait en sorte qu'il est difficile de s'assurer que la fréquence de la surveillance de ceux-ci a été respectée. Dans certains dossiers, le Protecteur du citoyen a trouvé quatre documents différents pour un séjour de moins de 48 heures. Dans les faits, certains signes vitaux n'ont pas été contrôlés selon la fréquence établie par le médecin. Les intervenants questionnés confirment les difficultés rencontrées en lien avec la multiplication des outils de documentation et soulignent le risque plus grand de se tromper.

Dans l'ordonnance collective *Initier les soins et surveillance en post-partum* de l'établissement, il est précisé que si la mère présente une tension artérielle anormale (plus basse que 90/60 ou supérieure à 140/90), il est nécessaire de contrôler la pression une nouvelle fois, et ce, à 30 minutes d'intervalle, dans le but éventuel de référer la situation au médecin traitant. Alors qu'une usagère avait une pression artérielle à 86/61, celle-ci n'a été contrôlée que huit heures plus tard. De plus, le Protecteur du citoyen a constaté qu'à plusieurs reprises, des mères avaient une pression au-dessus de 140/90 sans pour autant que les contrôles se fassent de façon rapprochée. Deux recommandations sont émises afin de s'assurer que la prise des signes vitaux respecte les normes prévues (R-9, R-10).

MÉDICATION

Dans certains des dossiers analysés, le Protecteur du citoyen a constaté des lacunes dans l'administration de la médication liées plus particulièrement au non-

10. Soins infirmiers et périnatalité, p. 670.

respect de contre-indications. Les anti-inflammatoires sont déconseillés aux femmes souffrant de prééclampsie. Malgré cela, une mère dans cette situation en a reçu à trois reprises. Une autre a reçu de l'héparine, un anticoagulant, alors qu'elle avait des saignements abondants, ce qui était une contre-indication dans l'ordonnance médicale.

L'administration et l'ajustement des médicaments et autres substances font partie des activités du personnel infirmier. En tout temps, il doit en assurer l'administration sécuritaire. Le personnel infirmier doit avoir une connaissance suffisante de la médication afin d'être en mesure de faire des liens entre les médicaments à administrer et la condition de santé de l'usagère. Même si la médication est prescrite par un médecin, la personne qui l'administre de façon erronée est responsable de ses actes. Elle doit donc être vigilante à cet égard. Une recommandation porte sur cet aspect (R-11).

Par ailleurs, lorsqu'une erreur survient dans l'administration d'un médicament, la personne qui la constate doit la déclarer le plus tôt possible et remplir le formulaire prévu à cette fin, conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Dans les deux dossiers mentionnés ci-haut, une prescription médicale avait été émise après les erreurs survenues afin de suspendre l'administration de la médication, ce qui laisse croire que l'erreur a été constatée. Pourtant, il n'y a aucune trace de cet éventuel constat dans les notes au dossier et aucun formulaire intitulé *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* n'a été rempli.

La déclaration d'un incident ou d'un accident poursuit plusieurs objectifs, comme en faire l'analyse, mettre en place les mesures correctives et celles pour éviter que la situation se reproduise, et offrir à la personne ou à ses proches des mesures de soutien si nécessaire.

L'enquête du Protecteur du citoyen a révélé que le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident* serait, depuis peu, accessible sous forme électronique seulement. Selon l'information obtenue, cette formule comporte des inconvénients comme l'absence de code d'identification, des problèmes d'accès au rapport, lequel est plus long à remplir de cette façon. Il s'ensuit que certains événements ne sont pas déclarés. Le Protecteur du citoyen tient à rappeler que l'obligation de déclarer un accident ou un incident est prévue à la loi. Une recommandation est faite à ce sujet (R-12).

VACCINATION

La documentation clinique de référence mentionne que la période de post-partum représente un moment approprié pour vacciner les femmes (qui ne sont pas déjà immunisées) *afin de prévenir la possibilité de contracter la rubéole au cours de grossesses futures*¹¹. De plus, selon le Protocole d'immunisation Québec, le vaccin contre la varicelle devrait être offert à la femme non immunisée avant que celle-ci

11. Soins infirmiers — Périnatalité, p. 656.

n'obtienne son congé, car elle pourra recevoir une deuxième dose au moment d'une visite postnatale subséquente, soit entre quatre à huit semaines plus tard.

L'exercice de la profession infirmière prévoit que l'infirmière ou l'infirmier peut procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Cet énoncé permet donc à l'infirmière ou à l'infirmier de procéder à la vaccination sans ordonnance médicale, en conformité avec le Protocole d'immunisation Québec. Les infirmières et infirmiers disposent d'une grande autonomie en la matière, et ce, peu importe leur lieu de pratique.

L'enquête a révélé que le vaccin contre la varicelle n'est pas offert au département. Dans un dossier, le Protecteur du citoyen a constaté qu'une mère avait reçu le vaccin RRO (rougeole, rubéole, oreillons) alors qu'il n'y a pas de notes qui spécifient l'absence de contre-indications à la vaccination. Selon le protocole d'immunisation Québec il est nécessaire de vérifier certaines informations dont : anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant une composante identique. L'administration de ce vaccin doit aussi tenir compte de certaines interactions qui obligent à respecter un intervalle pouvant aller jusqu'à onze mois après l'administration d'immunoglobulines, de sang ou d'autres produits sanguins. Or, de tels traitements peuvent être pratiqués en contexte d'accouchement. L'enquête révèle d'ailleurs que le vaccin RRO a été offert à une usagère alors qu'elle venait de recevoir deux transfusions sanguines.

En outre, selon la section *Documentation de la vaccination* du Protocole d'immunisation Québec, plusieurs éléments doivent être inscrits au dossier, dont le site d'injection, les renseignements sur les avantages et les risques liés à la vaccination, les contre-indications possibles et les précautions. Ces éléments ne se trouvaient pas au dossier. Une recommandation est formulée afin que les meilleures pratiques en vaccination soient appliquées (R-13).

ACCES VEINEUX

Le document institutionnel intitulé *Surveillance clinique des usagers – Péridurale/Neuroaxiale-épimorphe*, précise que le personnel infirmier doit exercer, entre autres, une surveillance pour maintenir l'accès intraveineux jusqu'à 24 h après le retrait du cathéter péridural. Dans la majorité des dossiers où la mère a eu recours à une péridurale, l'accès intraveineux a été retiré environ huit heures après la fin de celle-ci, en incluant le retrait du bouchon saliné qui maintenait la voie ouverte. Or, les risques de dépression respiratoire expliquent la nécessité de maintenir l'accès intraveineux durant, au minimum, les 24 heures prévues. Par ailleurs, dans le document de formation du nouveau personnel intitulé *Soins et surveillance de la mère*, les critères pour retirer l'accès intraveineux sont davantage liés à la première miction et à la tolérance au premier lever, ce que confirment les intervenantes et intervenants consultés. Considérant cet écart, le Protecteur du citoyen formule une recommandation (R-14).

3.3 Formation du personnel

L'enquête a permis au Protecteur du citoyen de constater que la formation globale offerte au personnel infirmier lors de son arrivée au département est insuffisante, et que plusieurs des lacunes rencontrées résulteraient du manque d'orientation. On entend ici par « orientation » la formation qui combine à la fois les volets théorique et pratique. Bien que la formation de base du personnel en soins infirmiers comporte des notions d'obstétrique, celles-ci ne lui permettent pas d'avoir toutes les connaissances nécessaires pour travailler dans ce secteur de façon autonome et sécuritaire pour les mères et leur nouveau-né.

En contexte de formation, une infirmière assignée au soutien clinique donne le volet théorique, tandis que la portion pratique est prise en charge par le personnel en poste. Selon l'information qu'a obtenue le Protecteur du citoyen, il n'y a toutefois pas d'outil officiel pour soutenir l'orientation du nouveau personnel. Par conséquent, la formation pratique varie d'un intervenant ou d'une intervenante à l'autre, ou du type d'usagers et d'usagères présents au même moment.

Il est donc difficile de suivre l'évolution de la formation, particulièrement lorsque plusieurs mentors se succèdent, sans possibilité d'avoir un portrait fidèle de ce qui a été vu et de ce qui reste à voir. Il faut savoir qu'une personne en formation peut avoir jusqu'à cinq mentors, d'où des lacunes dans la transmission de l'information alors que certains aspects ne sont finalement pas enseignés à la nouvelle ou au nouvel employé. Conscient de ces lacunes, l'établissement a décidé d'accorder une priorité au remaniement de la formation théorique.

Par ailleurs, les membres du personnel ont accès à la plateforme de formation AMPRO (*approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux*) dès leur arrivée au Pavillon des naissances. Cette plateforme regroupe plusieurs formations théoriques concernant différentes situations susceptibles de survenir dans le contexte obstétrical. Elle indique comment intervenir en pareil cas.

Certaines formations sont fortement recommandées à l'entrée en poste parce qu'elles abordent des problèmes qui risquent de survenir plus fréquemment. Parmi les sujets, on retrouve, par exemple, l'hémorragie en post-partum et de la dystocie de l'épaule chez le nouveau-né. En plus des contextes ciblés comme prioritaires, le personnel peut suivre la formation si, par exemple, il sait à l'avance qu'il aura à traiter avec un accouchement plus compliqué, comme une grossesse gémellaire¹².

L'enquête révèle toutefois que le personnel doit suivre ces formations en dehors des heures de travail. Il peut aussi le faire pendant les quarts de travail, mais ce n'est généralement pas possible. Une des raisons pour expliquer cette façon de faire est qu'il relève de la responsabilité professionnelle du personnel infirmier de compléter le nombre d'heures nécessaires pour l'accréditation annuelle à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Néanmoins, plusieurs raisons dissuadent

12. Développement simultané de deux fœtus dans l'utérus.

le personnel de suivre ces formations. La première est de devoir le faire durant les temps libres. De plus, les personnes disposent souvent déjà d'un nombre suffisant d'heures de formation accréditées en raison de la poursuite d'un cours universitaire.

L'employeur n'est effectivement pas tenu de rembourser les frais d'une formation liée, par exemple, aux exigences d'un ordre professionnel. Néanmoins, lorsqu'il s'agit d'une formation requise dans le cadre de leur travail, les personnes devraient pouvoir bénéficier du temps nécessaire pour la suivre¹³.

Dans la Politique de périnatalité produite par le MSSS, il est spécifié que « *Pour aider les infirmières à offrir un soutien efficace, il faut leur donner la formation nécessaire à l'acquisition et au maintien des compétences, et parfois même modifier l'organisation du travail* »¹⁴. La formation est donc ici un élément incontournable de la qualité des soins.

REANIMATION NEONATALE

La réanimation néonatale constitue un aspect majeur de la formation. Au surplus, celle-ci doit être renouvelée tous les deux ans. L'enquête a révélé que le nouveau personnel ne bénéficie pas de cette formation dès son entrée en fonction, en raison de l'important volume d'informations transmises au moment de son arrivée au département et pour lui laisser le temps de se familiariser avec le fonctionnement de l'unité. Le personnel reçoit donc la formation sur la réanimation néonatale environ un an après son entrée en fonction.

Par ailleurs, il y a toujours au moins une personne d'expérience au département, par exemple l'assistante supérieure immédiate. Cependant, lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence où une vie est en jeu, chaque seconde compte et le nouveau-né nécessite une prise en charge immédiate. Ce genre d'événement peut survenir tant lors de l'accouchement qu'en post-partum, là où est assigné le nouveau personnel. En cours d'enquête, des personnes ont porté à l'attention du Protecteur du citoyen des cas où le personnel n'a pu assurer les soins nécessaires aux nouveau-nés en contexte d'urgence.

Le Protecteur du citoyen estime primordial que le personnel nouvellement intégré soit adéquatement formé et que l'établissement soit mis au fait de l'évolution des compétences et des connaissances de ses employés et employées afin de s'assurer que toutes les notions importantes ont été apprises et comprises. Une recommandation est formulée à cet égard (R-15).

13. *Loi sur les normes du travail*, RLRQ, c. N-1,1 art. 57.

14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Politique de périnatalité 2008-2018, 2008, p. 52.

4 CONCLUSION

Le Protecteur du citoyen tient à souligner l'engagement du personnel du Pavillon des naissances ainsi que la collaboration du milieu lors du déroulement de son enquête, et ce, malgré le contexte exceptionnel et difficile de la pandémie de la COVID-19.

Plusieurs pistes d'amélioration étaient déjà souhaitées par l'établissement, et le retour du personnel-conseil a permis la mise en place de protocoles de soins et d'autres ordonnances collectives.

Les recommandations qui suivent s'inscrivent dans une démarche d'amélioration et visent à assurer aux familles qui fréquentent le Pavillon des naissances des soins de qualité dans le respect de leurs droits.

5 RECOMMANDATIONS

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen fait les recommandations suivantes au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest/Hôpital Anna-Laberge (Pavillon des naissances) :

R-1 S'assurer que tout le matériel nécessaire à l'accouchement, à l'accueil du nouveau-né et à la réanimation soit adéquatement préparé par le personnel, et que cette information soit notée au dossier de l'usagère.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2022, des mesures prises pour y parvenir.

R-2 S'assurer que l'organisation du travail du personnel infirmier permette une surveillance adéquate de l'état de l'usagère en travail, notamment quant aux éléments suivants :

- Les signes vitaux;
- Le tracé fœtal;
- L'administration de la médication.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2022, des modifications qui ont été apportées.

R-3 Prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer l'évaluation et le soulagement de la douleur de l'usagère en travail et en post-partum, notamment sur les éléments suivants :

- Évaluation des besoins de chaque usagère;
- Offre de plusieurs méthodes non pharmacologiques;
- Mesure des résultats de la mise en place d'une méthode;
- Évaluation de la douleur avant et après l'administration d'une médication;
- Transmission des informations appropriées à l'usagère;
- Documentation des interventions dans les dossiers.

Informé le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2022, des mesures mises en place pour réaliser cette recommandation.

R-4 Rappeler au personnel infirmier d'utiliser adéquatement l'Échelle FLACC, soit lors d'une manifestation de douleur, d'une technique douloureuse ainsi qu'avant et après un traitement.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juin 2022, que ce rappel a été fait en lui indiquant le moyen utilisé pour le réaliser.

R-5 Doter le personnel infirmier d'un outil clinique lui permettant de suivre et de documenter adéquatement les éléments suivants du suivi du nouveau-né afin d'éviter les contradictions, inexactitudes et omissions :

- Le déroulement de l'allaitement;
- L'alimentation;
- La glycémie.

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juin 2022, une copie de l'outil clinique qui aura été mis en place.

R-6 Offrir au personnel infirmier concerné une formation complète sur la technique pour le prélèvement sanguin par ponction capillaire chez un nouveau-né, en s'assurant d'y inclure les éléments suivants :

- L'importance de choisir le site adéquat et les complications possibles dans le cas contraire;
- Les méthodes à préconiser pour favoriser l'écoulement sanguin et pour remplir le tube de prélèvement.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2022, que cette formation a été donnée en indiquant le moyen qui a été utilisé pour la réaliser.

R-7 Mettre en place le *Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés*.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 15 décembre 2022, que l'instauration de ce programme a été complétée.

R-8 Rappeler au personnel infirmier l'importance d'effectuer un suivi rigoureux des lochies et de documenter adéquatement les constats effectués.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juin 2022, que ce rappel a été effectué en indiquant le moyen utilisé pour le réaliser.

R-9 Réviser les outils cliniques utilisés afin d'éviter une multiplication de documents pour noter la prise de signes vitaux.

Informé le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2022, du résultat de cette révision et lui transmettre la documentation qui a été modifiée en conséquence.

R-10 Rappeler au personnel infirmier l'importance d'effectuer la prise des signes vitaux selon la fréquence prescrite et de contrôler à nouveau les valeurs lorsqu'elles s'écartent des normes, conformément à l'ordonnance collective en vigueur.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juin 2022, que ce rappel a été effectué en indiquant le moyen utilisé pour le réaliser.

R-11 S'assurer que le personnel infirmier administre la médication de façon sécuritaire, notamment en s'assurant de l'absence de contre-indications.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2022, que cette recommandation a été réalisée en lui indiquant les mesures prises pour y parvenir.

R-12 Rappeler au personnel infirmier qu'en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, il a l'obligation de déclarer le plus tôt possible tout incident ou accident qu'il a constaté au moyen du formulaire prévu à cet effet.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juin 2022, que ce rappel a été effectué, en lui indiquant le moyen utilisé pour le réaliser.

R-13 S'assurer que le personnel infirmier connaît son rôle et ses responsabilités en lien avec la pratique vaccinale, notamment concernant les éléments suivants :

- Le respect des indications, précautions et contre-indications;
- La documentation de la vaccination et les éléments cliniques à inscrire au dossier.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juin 2022, que cette recommandation a été réalisée en lui indiquant les mesures prises pour y parvenir.

R-14 Réviser les procédures et pratiques actuelles concernant le maintien de l'accès intraveineux après une péridurale, de façon à se conformer aux meilleures pratiques dans ce domaine.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2022, du résultat de cette révision et lui transmettez la documentation permettant d'appuyer l'implantation de cette recommandation.

R-15 Encadrer la formation du nouveau personnel en soins infirmiers pour connaître l'évolution de leur compétences et leurs connaissances, s'assurer que toutes les notions importantes ont été apprises et comprises et s'assurer qu'il puisse intervenir rapidement lors de situations d'urgence, notamment :

- En développant un guide de formation qui inclut une grille de suivi visant à faciliter l'analyse de la progression de l'apprentissage;
- En offrant la formation RCR néonatale trois mois après l'entrée en fonction.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2022, que cette recommandation a été réalisée en lui indiquant les mesures prises pour y parvenir et en lui transmettant une copie des documents élaborés pour ce faire.

Suivi attendu

Tel que le prévoit la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1), le Protecteur du citoyen doit être informé, dans un délai de 30 jours de la réception du rapport, de l'acceptation de l'établissement de mettre en œuvre les recommandations qui lui sont adressées ou des motifs pour lesquels il n'entend pas y donner suite.



PROTECTEUR
DU CITOYEN

Écoute • Rigueur • Respect

Bureau de Québec
800, place D'Youville, 19^e étage
Québec (Québec) G1R 3P4
Téléphone : 418 643-2688

Bureau de Montréal
1080, côte du Beaver Hall
10^e étage, bureau 1000
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Téléphone : 514 873-2032

protecteurducitoyen.qc.ca
Téléphone sans frais : 1 800 463-5070
Télécopieur : 1 866 902-7130
protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca