



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Justice

Équité

Respect

Impartialité

Transparence

Rapport d'intervention

Intervention à l'Hôpital et centre d'hébergement Argyll

Québec, le 12 avril 2018

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 conformément aux articles 24 et 25 de la *Loi sur le Protecteur des usagers*.

La loi autorise la communication intégrale de ce rapport à certaines personnes. En tout autre cas, des extraits du document peuvent être masqués conformément à la *Loi sur l'accès*, notamment en vertu des articles 53, 54, 83 et 88 aux motifs 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 les parlementaires de toutes les formations politiques et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement d'une ou de plusieurs plaintes, signalements ou 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 le meilleur intérêt des personnes concernées.

Table des matières

1	Contexte de la demande d'intervention.....	1
1.1	<i>Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux</i>	1
1.2	Pertinence de l'intervention.....	1
1.3	Instance visée par l'intervention	1
2	Conduite de l'intervention.....	2
2.1	Délégués désignés pour conduire l'enquête	2
2.2	Collecte d'information	2
2.3	Documentation consultée	3
2.4	Caractéristiques du milieu de vie.....	4
3	Résultat de notre enquête.....	4
3.1	Paramètres applicables.....	4
3.2	Manque récurrent de personnel	5
3.3	Encadrement de la réorganisation des soins	8
3.4	Impacts sur les résidents.....	11
3.4.1	Résidents non levés et peu ou pas mobilisés	11
3.4.2	Soins d'hygiène annulés ou reportés	13
3.4.3	Surveillance moins présente.....	14
3.4.4	Activités de loisirs annulées et visites des proches compromises.....	15
3.5	Gestion des ressources humaines	16
3.5.1	Confection des horaires.....	16
3.5.2	Difficulté d'attraction et de rétention du personnel.....	17
3.5.3	Ratios inadéquats	19
4	Conclusion	20
5	Recommandations.....	21

1 Contexte de la demande d'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*¹ (LSSSS) et par toute autre loi². 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'être³.

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

1.2 Pertinence de l'intervention

Le Protecteur du citoyen a été mis au fait de pratiques organisationnelles ayant pour effet de reporter, voire d'annuler, certains soins aux résidents de l'Hôpital et centre d'hébergement Argyll, incluant les levers, en cas de manque de personnel. Les informations signalées rapportent notamment que, faute de personnel suffisant, des résidents peuvent passer 36 heures de suite sans être levés de leur lit, et ce, plusieurs fois par mois.

Devant ces allégations, le Protecteur du citoyen a décidé de mener une intervention de sa propre initiative. Cette intervention vise à s'assurer que les droits des résidents et des résidentes sont respectés.

1.3 Instance visée par l'intervention

L'installation visée par la présente intervention est l'Hôpital et centre d'hébergement Argyll (CHSLD), situé à Sherbrooke, sur le territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS).

¹ RLRQ, c. S-4.2.

² *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P-31.1, art. 1 et 7.

³ *Ibid.*, art. 20 et suivants.

2 Conduite de l'intervention

2.1 Délégués désignés pour conduire l'enquête

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, la protectrice du citoyen a confié à deux de ses délégués, soit M^{me} Line Vézina et M. Olivier Martin, 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, les délégués du Protecteur du citoyen ont procédé à des visites annoncées au CHSLD les 28 et 29 octobre ainsi que le 23 novembre 2017. Afin d'obtenir l'information pertinente et nécessaire à l'intervention, les commentaires et observations de différentes personnes ont été recueillis :

Du CHSLD :

- ▷ seize personnes : résidents, membres de famille et curateurs de résidents;
- ▷ deux membres du comité des résidents;
- ▷ une bénévole;
- ▷ neuf préposées ou préposés aux bénéficiaires (PAB);
- ▷ cinq membres du personnel infirmier, dont des assistantes du supérieur immédiat (ASI), infirmières et infirmières auxiliaires;
- ▷ quatre chefs d'unités.

De plus, différents intervenants et gestionnaires du CIUSSS ont également été consultés, dont:

- ▷ une ergothérapeute;
- ▷ une technicienne à la confection des horaires;
- ▷ une agente à la centrale de remplacement;
- ▷ le commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- ▷ la directrice de la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- ▷ une directrice adjointe de la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- ▷ une directrice des soins infirmiers;
- ▷ la directrice adjointe de la qualité et sécurité des soins et des services;
- ▷ une coordonnatrice des services en milieu d'hébergement à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- ▷ une coordonnatrice des services professionnels à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- ▷ une conseillère-cadre – volet qualité et évolution de la pratique professionnelle à la Direction des soins infirmiers;
- ▷ une conseillère-cadre à l'évaluation, performance et optimisation;

- ▷ un coordonnateur des services post aigus et spécialisés gériatriques à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- ▷ une coordonnatrice des services spécialisés en ressources humaines à la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques;
- ▷ une cogestionnaire médicale à la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- ▷ une coordonnatrice volet qualité et évolution de la pratique professionnelle/Qualité et sécurité des soins à la direction des soins infirmiers.

2.3 Documentation consultée

Afin de compléter la collecte d'information, les délégués du Protecteur du citoyen ont consulté les documents suivants :

- ▷ dossier de plainte du commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- ▷ note de service : Application des plans de contingence-pénurie de main-d'œuvre, 28 novembre 2017;
- ▷ plan de contingence PAB Argyll 1-2, octobre 2017;
- ▷ plan de contingence PAB Ex-IUGS, Youville, Argyll, St-Vincent, St-Joseph, juin 2017;
- ▷ procédure *PAB manquant*, aussi appelé outil d'aide à la décision des unités régulières, mai 2017;
- ▷ rapport quotidien sur le manque de personnel, mai et août 2017;
- ▷ plan de travail de PAB, septembre 2017;
- ▷ statistiques sur les chutes, prévalence des plaies et recours à la contention, de janvier à octobre 2016 et de janvier à octobre 2017;
- ▷ statistiques sur les quarts de travail à découvert du 1^{er} janvier au 30 septembre 2017;
- ▷ plan d'amélioration de la qualité de l'exercice infirmier à la suite d'une inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, janvier 2017;
- ▷ rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie, *Installation Hôpital et centre d'hébergement Argyll*, visite du 5 et 6 avril 2016, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- ▷ approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Syndrome d'immobilisation, MSSS, 2012;
- ▷ Orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, MSSS 2003 (Orientations ministérielles);
- ▷ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- ▷ *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*⁴ (Loi sur la maltraitance).

⁴ RLRQ, c. L-6.3.

2.4 Caractéristiques du milieu de vie

Le CHSLD Argyll, installation du CIUSSS, a une capacité inscrite au permis de 259 lits d'hébergement permanent en soins de longue durée et de 40 lits en gériatrie.

L'installation comprend une unité spécifique pour les usagers ayant des troubles graves du comportement, dont de l'agressivité, une unité pour résidents sujets à l'errance et aux intrusions, un plateau technique en soins respiratoires et trois unités régulières en soins de longue durée. Les unités régulières sont réparties en deux ailes, séparées au centre par le poste infirmier et la salle à manger.

3 Résultat de notre enquête

L'enquête du Protecteur du citoyen a révélé le fait que le CHSLD doit régulièrement composer avec un manque d'effectifs lors des quarts de travail. Ce manque d'effectifs oblige alors le CHSLD à réorganiser le travail des membres du personnel, ce qui a des répercussions sur la qualité des soins aux résidents.

Nous précisons par ailleurs que, dans le cadre de cette intervention, le Protecteur du citoyen s'est concentré sur le fonctionnement du CHSLD en situation de manque d'effectif, et ce, plus particulièrement en ce qui concerne les PAB. Aussi, l'enquête cible surtout les unités régulières du CHSLD, car lorsque des PAB manquent sur les unités spécifiques, le personnel des unités régulières est déplacé vers les unités spécifiques. Ainsi, la problématique du manque de personnel se pose avec plus d'acuité sur les unités régulières que sur les unités spécifiques.

3.1 Paramètres applicables

La LSSSS précise que la mission d'un CHSLD est d'offrir un milieu de vie substitut, incluant des soins cliniques et des services d'assistance, de soutien et de surveillance aux adultes qui ne peuvent plus demeurer à domicile⁵. Ces soins et services se doivent d'être dispensés de façon adéquate tant sur le plan scientifique que sur le plan humain et social, et ce, avec continuité, de façon personnalisée et sécuritaire⁶.

La LSSSS prévoit également que la raison d'être des services de santé et des services sociaux est la personne qui les requiert. Ainsi, les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement, comme précisé dans les Orientations ministérielles. Il appartient à l'établissement d'adapter son action et les moyens dont il dispose aux caractéristiques et aux besoins évolutifs des clientèles qui constituent sa raison d'être et auxquels toutes autres préoccupations doivent être subordonnées. Dans toute intervention, la priorité doit être accordée aux besoins, aux attentes et au respect de la volonté des résidents.

Les Orientations ministérielles indiquent que la personne hébergée en CHSLD a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité. Elle doit y trouver un milieu de vie stable où il fait bon vivre, qui assure sa sécurité, son confort et qui favorise le maintien de ses capacités. Ainsi, l'environnement doit tendre

⁵ RLRO, c. S-4.2, art. 83.

⁶ *Ibid.*, art. 5.

à reproduire un lieu résidentiel avec un rythme et un mode de vie se rapprochant de ceux que la personne hébergée aurait à son domicile.

Par ailleurs, les droits aux services de santé et aux services sociaux, tels qu'ils ont été décrits précédemment, s'exercent en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières disponibles.

La Loi sur la maltraitance définit la maltraitance comme suit : un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne⁷. Parmi les diverses formes de maltraitance identifiées par le ministère de la Famille (MFA)⁸, il y a la maltraitance physique et la maltraitance organisationnelle. La première consiste en des gestes ou des actions inappropriées, ou d'absence d'action appropriée, qui portent atteinte au bien-être ou à l'intégrité physique de la personne aînée ou vulnérable, comme la privation des conditions raisonnables de confort, de sécurité ou d'hygiène. La seconde renvoie à toute situation préjudiciable, créée ou tolérée par les procédures d'organisations responsables d'offrir des soins ou des services, qui compromet l'exercice des droits et libertés des personnes aînées ou vulnérables. Le MFA cite en exemple le cas de directives mal comprises par le personnel ou de capacités organisationnelles réduites. La Loi sur la maltraitance attribue au ministre responsable des Aînés la responsabilité de lutter contre la maltraitance de concert avec les intervenants concernés en favorisant des interventions visant à prévenir, repérer et lutter contre les situations de maltraitance envers les aînés⁹.

3.2 Manque récurrent de personnel

Les témoignages recueillis en cours d'enquête de la part des membres des équipes de soins ont tous convergé vers un seul et même énoncé : tous doivent régulièrement composer avec des quarts de travail où le nombre de préposés présents est en deçà de celui prévu. Selon les membres du personnel rencontrés, les équipes doivent travailler avec un, voire deux ou même trois préposés en moins par équipe, plusieurs fois par semaine. La situation de l'été 2017 a d'ailleurs été décrite, par du personnel en poste depuis de nombreuses années, comme l'un des pires en terme de manque de personnel vécu par le CHSLD. Les quarts de jour et de soir étaient particulièrement affectés, notamment durant les fins de semaine. Au moment d'écrire le présent rapport, le Protecteur du citoyen continuait à recevoir des appels dénonçant le manque de personnel et l'impact sur les levers des résidents.

Les délégués du Protecteur du citoyen ont rencontré des membres du personnel, qui ont exprimé, de façon claire et souvent émotive, être à bout de souffle, vivre énormément de pression pour effectuer des heures supplémentaires, des remplacements ou pour se présenter au travail en combattant une maladie afin de pallier l'absence d'autres collègues. Des préposés ont relaté à titre d'exemple des

⁷ RLRQ, c. L-6.3, art. 2 (3).

⁸ https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/lutte_contre_maltraitance/types-maltraitance/Pages/index.aspx

⁹ RLRQ, c. L-6.3, art. 16.

situations vécues telles que celle de devoir faire un remplacement sur une autre unité que la leur et de s'y retrouver seul, car d'autres personnes absentes n'avaient pas pu être remplacées.

Aussi, ces mêmes préposés ont témoigné de leur grand inconfort de ne pouvoir répondre comme ils le souhaiteraient aux besoins des résidents et de devoir constamment délaissé certains soins ou services pour se concentrer sur les besoins qualifiés d'essentiels des résidents. Ils ont unanimement déploré ne pouvoir mieux contribuer à ce qui devrait être un milieu de vie où il fait bon vivre pour les résidents et résidentes et trouver difficile, voire impossible, de préserver une approche humaine des soins dans un contexte où ils n'arrivent déjà pas à accomplir l'ensemble des tâches qui sont prévues dans leur plan de travail.

Aux fins de son enquête, le Protecteur du citoyen a obtenu et étudié rigoureusement plusieurs documents statistiques du CHSLD sur les quarts de travail à découvert. Selon les calculs des gestionnaires de l'établissement, il y a eu 259 quarts de travail/PAB¹⁰ manquants pour l'ensemble des quarts de travail de toutes les unités du CHSLD de janvier à septembre 2017; cette période comptait de 21 840 quarts de travail/PAB. Pour les gestionnaires interrogés, cela correspond à un manque peu significatif de PAB représentant 1,19 % des quarts de travail/PAB ($259/21\ 840 = 1,19\ %$).

Il importe de préciser ici qu'un nombre de 12 ou 14 PAB est requis pour un effectif complet sur le quart de jour d'une unité régulière; alors qu'il passe à 6 ou 7 pour le quart de soir (voir tableau ci-bas). Soixante-trois PAB sont nécessaires quotidiennement pour que les effectifs de tous les quarts de travail sur toutes les unités régulières soient complets pour une journée au CHSLD.

Nombre de PAB requis par unité régulière et par quart de travail				
	Quart de jour	Quart de soir	Quart de nuit	Total
Unité 3 ¹¹	14	7	2	23
Unité 4	12	6	2	20
Unité 5	12	6	2	20
Total	38	19	6	63

¹⁰ L'unité de mesure « quarts de travail/PAB » correspond au travail qui peut être accompli pendant un quart de travail par un PAB.

¹¹ Cette unité comporte davantage de PAB en raison du plateau technique en soins respiratoires.

Le manque de PAB a un effet localisé à l'échelle de l'unité et de l'équipe de travail qui doit fonctionner en sous-effectif. Ainsi, une absence sur les 63 PAB requis quotidiennement pour les unités régulières du CHSLD équivaut en pratique au manque d'un PAB sur 12-14 le jour ou d'un PAB sur 6-7 le soir pour l'unité régulière touchée, et cela a une incidence, qui ne peut être minimisée, sur la dispensation des soins et les résidents qui les reçoivent.

Lorsque les unités régulières fonctionnent en sous-effectifs, la réorganisation du travail se répercute sur la prestation de soins habituels de la journée. Comme nous l'exposons à la section 3.4, une équipe de PAB complète du quart de travail de jour doit réorganiser son travail pour mettre au lit des résidents en après-midi en prévision d'un manque d'effectif sur le quart de soir. Ainsi en analysant par quart de travail/PAB les données fournies par l'établissement, le Protecteur du citoyen en arrive à des constats plus alarmants pour les usagers.

Quarts de travail (jour-soir-nuit) des 3 unités régulières de janvier à septembre 2017	
Nombre total de quarts de travail (jour-soir-nuit)	2 457
Nombre de quarts avec effectif complet	2 235
Nombre de quarts avec effectif incomplet	222
Pourcentage de quarts de travail avec effectif incomplet	9 %

Le Protecteur du citoyen a également constaté que le manque d'effectifs peut perdurer pendant 2 jours de suite ou plus sur l'un ou l'autre des quarts de travail d'une unité. Pour les 3 unités régulières, de janvier à septembre 2017, nous comptons 33 occasions où un même quart de travail était en sous-effectif de deux à quatre jours consécutifs. De façon exceptionnelle, une unité a été à court d'un à deux PAB pendant cinq quarts de jour d'affilés en février 2017, alors que la même situation s'est produite pour cinq quarts de soir en août 2017 sur les deux autres unités.

Les statistiques fournies par l'établissement montrent que pour les unités régulières, de janvier à septembre 2017, il y a eu 31 semaines sur 39 comportant au moins un quart de travail sur lequel au moins 1 PAB manquait.

Pour les 51 journées des fins de semaine, du vendredi au dimanche inclusivement, de juin à septembre 2017, le Protecteur du citoyen a dénombré entre 11 et 25 quarts de jour en sous-effectif sur les unités régulières du CHSLD.

Pour 11 % des 222 quarts en effectif incomplet pour les 3 unités régulières, il manquait simultanément 2 PAB aux effectifs habituels.

Depuis décembre 2017, à la suite de la médiatisation du cas d'une personne hébergée n'ayant pas été levée de son lit pendant 36 heures au CHSLD, la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées du CIUSSS a demandé qu'un portrait de la présence au travail soit dressé afin d'objectiver la situation dépeinte par les employés, les résidents et les proches.

Ce portrait, pour la première semaine de décembre 2017, analysé par le Protecteur du citoyen, expose les mesures déployées pour pallier l'absence de PAB à quatre ou cinq reprises selon les unités régulières. Le Protecteur du citoyen a constaté que le CHSLD a procédé au remplacement de son personnel, à l'octroi de temps supplémentaire et à la réorganisation des soins pour fonctionner à court d'un ou deux PAB. Pendant un quart de travail, 25 % des effectifs étaient en temps supplémentaire sur une unité.

Ces informations sur les quarts à découvert appuient les témoignages recueillis auprès des employés du CHSLD indiquant que les absences de membres du personnel sont fréquentes au point d'avoir mené à l'élaboration de documents devant servir de guide pour la réorganisation des soins. Ce manque de personnel a des impacts significatifs sur la qualité des soins et services aux personnes hébergées tels que nous l'exposons à la section 3.4.

3.3 Encadrement de la réorganisation des soins

Comme indiqué précédemment, le CHSLD doit souvent composer avec des quarts de travail à effectifs réduits et réorganiser les soins en conséquence. Divers outils ont été mis en place afin d'aider les équipes de travail dans leurs décisions de réorganisation des soins.

Les chefs d'unités nous ont expliqué qu'ils utilisent, pour l'organisation de leurs équipes de soins, deux documents particuliers : le *Plan de contingence PAB* et *PAB manquant*. Ces deux documents servent de référence au quotidien.

Le *Plan de contingence PAB* est un document de la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées du CIUSSS qui présente les mesures à déployer lorsqu'il manque un ou des PAB aux effectifs prévus dans les CHSLD de Sherbrooke. Dépendamment du quart de travail affecté et du nombre de PAB manquant, le plan prévoit de sept à dix étapes à mettre en œuvre, notamment la recherche de remplaçants, le recours à du temps supplémentaire, l'imposition de temps supplémentaire obligatoire, l'ajout d'infirmières auxiliaires ainsi que le déplacement de PAB entre unités. L'ultime étape, quand les précédentes ont échoué, est la réorganisation des services.

Les documents *PAB manquant*, pour leur part, orientent le personnel des unités régulières du CHSLD afin de pallier le fonctionnement habituel en situation de manque d'effectifs. Chaque unité a son document *PAB manquant*, aussi désigné comme outil d'aide à la décision. Ces documents ont été approuvés ou révisés par les chefs de chaque unité et comportent des éléments communs ainsi que des spécificités selon l'unité.

Pour chaque unité régulière, le document spécifie les soins et services à prioriser en cas de manque de personnel, soit l'alimentation, l'hydratation, la mobilisation des résidents au lit, l'hygiène ainsi que le lever des personnes ayant des rendez-vous. L'exécution des tâches du lever, des bains et de la participation aux activités doit être réévaluée lorsqu'il manque de personnel et ces tâches peuvent être reportées. Ce sont les seules tâches identifiées comme susceptibles d'être reportées ou omises. Enfin, chaque document préconise d'expliquer le contexte aux résidents et aux familles.

Ces documents *PAB manquant* comportent des précisions relatives à leur application pouvant différer selon l'unité visée. Si l'exécution de soins et services est réévaluée sur chaque unité lorsqu'il manque 1 PAB, la procédure d'une des trois unités prévoit spécifiquement que, lorsque 2 PAB manquent, seuls les résidents à risque de chute sont levés, les bains ne sont pas dispensés et la participation des résidents à leurs activités est annulée.

Les documents *PAB manquant* des trois unités régulières désignent spécifiquement les résidents devant obligatoirement être levés en situation de manque de personnel. Une des unités a indiqué dans son document les noms des résidents pouvant être laissés au lit.

Les documents *PAB manquant* font état d'une diversité des rôles et responsabilités attribués aux assistantes du supérieur immédiat (ASI), aux chefs d'équipe et aux infirmières des unités en matière d'évaluation de la situation, de décision et de réorganisation du travail.

Sur une des unités, l'ASI est désignée pour tenir un registre des usagers qui ne sont pas levés de leur lit et assurer la transmission de ses décisions à l'ASI du quart de travail suivant. La procédure de cette unité énonce en toutes lettres que la tenue du registre vise à traiter équitablement les résidents non levés lorsqu'il manque de personnel, pour « éviter que ce soit toujours les mêmes patients qui soient pénalisés » tout en ajoutant que les résidents n'ayant pas été levés sur un quart de travail doivent l'être sur le suivant dans le respect de leurs horaires de vie. Cette dernière mention dans la procédure découle d'une situation où, alors qu'il manquait de PAB pendant plusieurs jours à l'été 2017, un résident a été confiné à son lit 72 heures de suite. Cela a pu se produire, car, au fil des quarts de travail, les différents préposés prenaient toujours le premier nom de la liste des personnes pouvant être laissées au lit, sans noter que son tour était passé.

Les documents *PAB manquant* acheminés par l'établissement, datés de mars et d'octobre 2017, étaient similaires aux copies remises en main propre lors des visites du Protecteur du citoyen à l'automne 2017. Cependant, ces dernières copies étaient datées de 2015. Il y a donc lieu de croire qu'une telle manière de faire existe depuis de nombreuses années.

En novembre 2017, la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées du CIUSSS a émis une note de service à l'intention de l'ensemble du personnel de soins. Cette dernière précisait qu'en situation de manque de personnel, une analyse de la situation devrait être faite pour identifier et évaluer les soins et services pouvant être temporairement suspendus ou reportés sans impacts significatifs sur les résidents, tout en préservant la dispensation des soins essentiels. Il est, entre autres, demandé au personnel de répartir les levers selon un principe d'alternance, d'alterner les positions au lit et d'assurer une communication entre les quarts de travail pour la continuité des soins. Enfin, la note de service mentionne que la reprise des soins et services usuels doit s'effectuer dès que l'organisation du travail le permet, et ce, dans un délai maximal de 24 heures.

Pourtant, certains résidents non levés sur un quart de travail de jour sont au lit depuis la veille et y restent jusqu'au lendemain matin, ce qui dépasse le délai maximal de 24 heures prévu dans la note de service.

De plus, les délégués du Protecteur du citoyen ont constaté que le registre des usagers non levés, en place sur une seule unité régulière, était méconnu des employés, qu'il n'était pas tenu à jour rigoureusement et que l'information sur le suivi

des soins reportés était parcellaire. En effet, le Protecteur du citoyen a rencontré des employés à qui incombent des rôles et responsabilités en cas de PAB manquant, tels que la communication entre les différents quarts de travail et la tenue du registre, qui ne connaissait pas l'existence de ce registre.

Les répondants de résidents contactés en cours d'enquête ont unanimement affirmé que, contrairement à ce qui est prévu dans les documents *PAB manquant*, ils n'ont pas été avisés lorsque leurs proches n'ont pas été levés. Ils ont été mis devant le fait accompli en le constatant sur place lors de visites. Les explications qu'ils obtiennent en ces occasions sont que des résidents n'ont pu être levés en raison du manque de personnel.

De surcroît, le Protecteur du citoyen a constaté dans son enquête (voir section 3.4) que non seulement les levers, mais aussi les bains et la participation aux activités sont reportés ou omis, comme indiqué au document *PAB manquant*. Également, d'autres soins, tels des soins d'hygiène, sont reportés ou omis, bien qu'il ne soit pas mentionné dans le document qu'ils peuvent l'être.

Bien que le document spécifie que certaines actions doivent être réalisées en priorité, par exemple la mobilisation des résidents non levés, l'enquête montre que cela n'est ni respecté ni systématiquement effectué dans la pratique. Il a été rapporté en cours d'enquête que des PAB estimant ne pouvoir réaliser entièrement leurs tâches à l'intérieur de leur quart de travail lors de manque d'effectifs, décidaient donc de leur propre chef d'omettre certains soins (comme le brossage de dents) ou de coucher des résidents en après-midi à l'insu des responsables.

En cours d'enquête, des enjeux de leadership au CHSLD Argyll ont également été soulevés, découlant de la pénurie de personnel infirmier. Des infirmières possédant parfois moins de cinq ans de pratique sont intégrées à des secteurs et des fonctions qui nécessitent plus d'expérience. N'ayant pas l'ascendant sur leurs équipes plus expérimentées, elles éprouvent des difficultés à s'imposer dans l'urgence de la situation pour diriger la réorganisation des soins afin de fonctionner en sous-effectif. Devant cette situation, la Direction des soins infirmiers et une conseillère-cadre à l'hébergement nous ont indiqué offrir de l'accompagnement et du soutien. Un plan d'amélioration de la qualité de l'exercice infirmier de la Direction des soins infirmiers du CIUSSS est également en cours de réalisation au CHSLD dans l'objectif, entre autres, d'améliorer le rôle de coordination des interventions de l'équipe de soins. Ce plan fait suite à une inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec au CHSLD.

En résumé, les documents *PAB manquant* ne sont pas uniformes entre les unités régulières et des écueils surgissent lorsqu'ils sont appliqués. Les consignes pour la réorganisation concrète des soins varient, notamment quant aux manières de procéder, à la tenue d'un registre des usagers non levés ainsi qu'aux rôles et responsabilités des membres de l'équipe lorsqu'il manque de PAB. La réorganisation des soins est donc opérée par des équipes en sous-effectif et en manque de leadership, qui méconnaissent et sous-utilisent des consignes et des documents d'aide à la décision imprécis. Ceci a des impacts sur la qualité des services aux résidents tels que nous l'exposons à la section 3.4.

Outre ces éléments, l'existence même de tels documents *PAB manquant* préoccupe grandement le Protecteur du citoyen. Il s'agit ici de pratiques organisationnelles décrites et bien installées, qui entrent directement en contradiction avec les principes directeurs des Orientations ministérielles devant guider la dispensation des soins dans un contexte de milieu de vie. Par ces pratiques, le CHSLD ne fournit pas certains soins ou services à des résidents qui devraient en bénéficier, ce qui leur cause indéniablement un préjudice, qu'il soit physique ou psychologique, ce qui correspond à de la maltraitance, selon la Loi sur la maltraitance. De plus, les situations préjudiciables vécues par les personnes résidant au CHSLD, et qui découlent de cette réorganisation des soins, s'apparentent à de la maltraitance organisationnelle.

3.4 Impacts sur les résidents

Comme mentionné précédemment, l'enquête du Protecteur du citoyen fait ressortir la fréquence des situations où les équipes de soins ont fonctionné avec des effectifs en dessous du nombre prévu à l'horaire. Les prévisions de main-d'œuvre correspondent aux ratios minimums pour la dotation de personnel en CHSLD tel que présenté à la section 3.5.3. Toutefois, les situations de sous-effectif mènent à une réorganisation des soins qui présente des lacunes, tant dans sa conception que dans son application. Ces pratiques organisationnelles ont un impact significatif sur la qualité des soins dispensés aux résidents. Sans être exhaustifs, les éléments cités ci-après sont ressortis plus particulièrement au cours de l'enquête :

- ▷ Résidents non levés et peu ou pas mobilisés;
- ▷ Soins d'hygiène annulés ou reportés;
- ▷ Surveillance moins présente;
- ▷ Activités de loisirs annulées et visites des proches compromises.

3.4.1 Résidents non levés et peu ou pas mobilisés

L'enquête du Protecteur du citoyen a confirmé une pratique installée de ne pas lever certains résidents et de reporter des soins lorsque les équipes sont incomplètes. D'ailleurs, un registre des usagers non levés a été mis en place sur une des unités régulières, à la suggestion du commissaire aux plaintes et à la qualité des services qui a accompagné dix citoyens de l'Estrie pour des plaintes similaires à l'automne 2016 et l'hiver 2017.

Comme décrit à la section 3.3, le document *PAB manquant* prévoit nommément qui doit être levé et, pour une des trois unités, qui peut être laissé au lit. En effet, le document *PAB manquant* de cette dernière unité précise le nom des résidents agités, bruyants ou à risque de chute qui doivent être levés ainsi qu'une liste de douze résidents pouvant rester couchés en cas de manque de temps le matin. Selon les personnes rencontrées, les résidents présentant des pertes cognitives importantes sont laissés au lit parce que « debout ou couché ne fait pas de différence ». Deux proches ayant constaté que leurs parents n'avaient pas été levés à deux et à cinq reprises respectivement, expriment des doutes à savoir si cette situation est survenue à d'autres occasions sans en avoir eu connaissance puisque les résidents touchés ont des pertes cognitives et sont incapables de communiquer.

Outre 36 heures consécutives sans être levés, il arrive que des résidents soient levés tardivement en avant-midi ou après le dîner lorsqu'il manque de personnel de soins. Enfin, les résidents peuvent être mis au lit pour leur nuit dès l'après-midi en prévision d'un manque d'effectif sur le quart de travail du soir. Des familles ont relaté que leur

proche hébergé est levé tardivement et couché tôt en après-midi de telle sorte qu'une vingtaine d'heures d'affilée peuvent être passées au lit.

La consigne contenue dans le document *PAB manquant* est de prioriser la mobilisation des résidents non levés. Par mobilisation, nous entendons le repositionnement à intervalles réguliers des résidents alités, notamment pour éviter le développement de plaies de pression. Or, les employés affirment ne pas être en mesure de mobiliser systématiquement les résidents confinés au lit, par manque de temps. Les mobilisations, lorsqu'effectuées, ne sont pas notées, les membres du personnel y allant de mémoire de telle sorte qu'il s'avère difficile, voire impossible, d'en faire le suivi spécialement pour l'équipe de soin du quart suivant. Il est donc impossible de documenter la fréquence des mobilisations.

Dans les jours qui suivent une période de 36 heures sans lever, des familles rapportent que leurs proches ont eu les jambes enflées, se plaignaient de douleurs, étaient somnolents, confus et mettaient deux ou trois jours à recouvrer leur état habituel.

Le document *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Syndrome d'immobilisation*, auquel a contribué l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, expose que le syndrome d'immobilisation est une conséquence de l'alitement, de la réduction des mouvements et de la mobilité résultant de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles. La réduction de la mobilité peut conduire au déconditionnement à l'intérieur de 24 heures. Ce laps de temps suffit à limiter l'autonomie d'un aîné et peut progresser vers un syndrome d'immobilisation. Chaque jour d'immobilité entraîne une perte de 1 à 3 % de la masse musculaire. Enfin, une journée d'immobilisation nécessite trois jours de récupération¹².

L'ensemble du personnel et des gestionnaires rencontrés en cours d'enquête convient que ces pratiques présentent des risques pour la santé des résidents. Laisser des résidents au lit peut augmenter l'inconfort, les douleurs, le risque de contracter une infection pulmonaire, entraîner une perte de force ou développer des plaies de pression. Il importe néanmoins de préciser que les statistiques comparatives 2016-2017 ne montrent pas d'augmentation de la prévalence des plaies de pression au CHSLD.

Néanmoins, ces pratiques ne sont pas adéquates, ni sur le plan scientifique ni sur le plan humain. Elles sont contraires aux Orientations ministérielles, car elles ne favorisent ni le maintien des capacités du résident ni sa stimulation, puisqu'en demeurant alité, il est par le fait même isolé dans sa chambre. Ces pratiques ne sont pas en accord avec un milieu de vie de qualité, tel qu'il est attendu d'un CHSLD. Pire encore, elles

constituent un « défaut d'action appropriée [...] dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause [...] du tort ou de la détresse à une personne », ce qui correspond à la définition même de la maltraitance selon la Loi sur la maltraitance¹³.

¹² Conférence du gériatre Sébastien Bisson, *Vers un hôpital ami des aînés*, 2012.
https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/ordres_regionaux/ORIIM/2013/oriim_vers_un_ho_pital_ami_des_aines.pdf

¹³ RLRQ, c. L-6.3, art. 2 (3).

3.4.2 Soins d'hygiène annulés ou reportés

La consigne en cas de manque de personnel est de suspendre ou de reporter les soins et services qui n'auront pas de répercussions significatives pour les résidents. Selon l'information obtenue, la pertinence de donner les bains est systématiquement réévaluée pour les suspendre ou les reporter, alors que le rasage, les soins buccaux et les soins des ongles sont fréquemment omis lorsque les effectifs s'avèrent insuffisants. Si le report ponctuel d'un soin peut avoir un impact relativement limité, il en va autrement lorsque repoussé à maintes reprises sur une longue période.

En ce qui concerne les bains, la consigne écrite dans le document *PAB manquant* est de réévaluer leur exécution en les limitant à des bains au lit ou à des toilettes partielles. Selon l'information obtenue, tous les résidents sont lavés quotidiennement même en cas de manque de personnel, cependant les bains hebdomadaires sont reportés. Considérant que les résidents n'ont droit qu'à un bain par semaine, la répercussion du report de ce soin est plus grande. Une famille a d'ailleurs fait part d'au moins une situation où le bain hebdomadaire d'un résident a été reporté deux fois de suite en raison du manque de personnel, laissant s'écouler trois semaines entre les bains. L'enquête a également révélé que les bains prévus du vendredi au dimanche inclusivement sont plus susceptibles d'être reportés puisque c'est une période propice au manque de personnel.

Les soins buccodentaires sont également omis lorsqu'il manque de personnel. Un résident nous a rapporté que deux jours peuvent s'écouler entre les brossages. Par exemple, un résident est informé par l'équipe de jour, en sous-effectif, qu'il devra recevoir son soin par l'équipe du soir. Or, celle-ci étant également à court de personnel, et non informée que le soin n'a pas été donné le matin, remet également celui-ci au quart de jour suivant. Ce résident, qui est en mesure de s'exprimer, dit craindre pour sa santé buccodentaire. Mais qu'en est-il de ceux qui n'ont pas la capacité cognitive d'exprimer leur besoin au personnel?

Le Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement de l'Université Laval recommande minimalement deux brossages de dents quotidiens, le matin et le soir avant le coucher¹⁴.

Un communiqué de presse du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke rapporte pourtant que de telles pratiques avaient cours dans les CHSLD de Sherbrooke dès 2013¹⁵. Une attention particulière a été portée à l'hygiène buccodentaire, sachant que 76 % des personnes âgées en CHSLD souffrent de carie dentaire. Ces actions ont eu pour résultat qu'entre 61 % et 95 % des résidents avaient une hygiène dentaire acceptable selon les unités des CHSLD.

Cependant, de l'aveu de préposés et de résidents, à moins d'une demande particulière d'un résident, et contrairement à ce qui est recommandé, le brossage de dents n'est généralement fait que le matin et seulement si les préposés disposent de temps pour le faire.

¹⁴ <http://www.cesbv.ulaval.ca/cesbv/prevention.html>

¹⁵ Communiqué « Hygiène buccodentaire des résidents en CHSLD-Les installations du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, un exemple à suivre! » <http://www.csss-iugs.ca/details-article-communiques-de-presse/detail/2015-05-19/hygiene-buccodentaire-des-residents-en-chsld-les-installations-du-ciuss-de-lestrie-chus-un-exemple-a-suivre>

Ainsi, le report des bains ainsi que le défaut de prodiguer des soins d'hygiène dentaire portent atteinte au bien-être et à l'intégrité physique des personnes hébergées, ce qui peut également s'apparenter à de la maltraitance.

3.4.3 Surveillance moins présente

La majorité des personnes, à l'interne et à l'externe, interrogées par le Protecteur du citoyen expriment des inquiétudes quant au degré de surveillance en situation de manque d'effectif. À ces occasions, le personnel en nombre insuffisant est sollicité plus souvent dans les chambres pour la dispensation de services auprès des résidents non levés, par exemple pour l'aide à l'alimentation, et donc moins présents pour assurer la surveillance dans les aires communes. Pour leur part, les membres de familles contactés affirment voir peu de personnel durant la journée et devoir les chercher en cas de besoin, parfois pendant une quinzaine de minutes.

Les intervenants et gestionnaires interviewés conviennent que le temps de réponse aux cloches d'appel est plus long lorsque les équipes fonctionnent en sous-effectif. Les PAB ne peuvent souvent pas laisser en plan leur tâche pour répondre à la cloche d'appel sans compromettre la sécurité d'un résident, ce qui allonge les temps de réponse et peut même mettre en péril la sécurité de la personne ayant actionné la cloche d'appel.

D'ailleurs, le personnel des unités régulières déclare aussi ne pouvoir répondre dans un temps raisonnable aux alarmes de mouvements (une mesure alternative à la contention en cas de risque de chutes) lorsqu'il est en sous-effectif. Les témoignages recueillis en cours d'enquête indiquent que les fréquences d'activation sont élevées au point de compromettre l'efficacité de ces systèmes pour assurer la prévention des chutes. En effet, le personnel indique que « le délai de réponse aux alarmes de mouvements est long au point où des résidents chutent avant » qu'il ne soit intervenu, rendant ainsi inefficace ce moyen alternatif à la contention.

Bien que le personnel rencontré témoigne d'une augmentation des chutes en 2017, les statistiques fournies par l'établissement indiquent plutôt un nombre de chutes comparable à celui de 2016. Néanmoins, le Protecteur du citoyen invite l'établissement à rester attentif à l'évolution de la prévalence des chutes au CHSLD.

Le Protecteur du citoyen a pu constater sur place l'étendue des corridors et le nombre de demi-portes à l'entrée des chambres sur une unité régulière. Une demi-porte peut prévenir les intrusions dans la chambre en ayant un effet dissuasif sur la clientèle présentant des troubles de comportement comme de l'errance invasive ou de l'agressivité. Les chambres munies d'une demi-porte impliquent un degré de surveillance accru lorsqu'elles sont fermées pour s'assurer que les résidents visés sont en sécurité, puisque moins visibles par le personnel depuis le corridor. L'installation d'une demi-porte est une mesure qui vise entre autres à prévenir des situations à risques découlant d'une mixité de clientèles aux comportements incompatibles. Un membre du personnel a mentionné que 50 % des résidents avaient une demi-porte sur son unité. Ainsi, la présence d'un grand nombre de demi-portes préoccupe le Protecteur du citoyen, et ce, d'autant plus avec le manque fréquent de personnel au CHSLD.

D'ailleurs, le Protecteur du citoyen a été interpellé par la situation d'une résidente agressée à répétition par une autre personne hébergée. Selon les informations obtenues, la mixité de la clientèle était à l'origine d'altercations fréquentes entre ces deux résidentes aux profils incompatibles. Des stimuli sonores d'une résidente déclenchaient les réactions violentes de l'autre.

Peu après l'admission de la résidente présentant des troubles de comportement associés à la démence, des démarches ont été entreprises pour sa prise en charge, notamment des grilles d'observation du comportement, l'élaboration d'un plan d'intervention, l'ajustement de la médication, l'installation d'une demi-porte et des périodes d'isolement planifiées aux moments à risque de gestes d'agression. Des techniques de diversion, comme la marche ou la discussion, ont aussi été mises en place.

Parallèlement, des démarches pour relocaliser cette résidente sur une unité spécifique pour la gestion des troubles de comportement ont été entreprises. Le transfert de la résidente est survenu sept mois après son admission, après que les démarches se soient avérées infructueuses et lorsqu'une place a été disponible dans l'unité spécifique.

Ainsi, dans ce cas particulier, l'enquête fait état d'une prise en charge conforme à ce qui est généralement attendu en pareilles circonstances à l'égard de la résidente ayant des troubles de comportement et pouvant poser des gestes violents. Cependant, quoique les grilles d'observation du comportement aient été dûment remplies en juillet 2017, leur analyse n'a été réalisée qu'en novembre 2017, à la suite des insatisfactions formulées par la famille. Ce délai a retardé la mise en place d'interventions plus ciblées et personnalisées, bien que des mesures aient tout de même été prises entretemps pour limiter les risques d'agression.

Par ailleurs, le Protecteur du citoyen ne peut écarter le fait que le manque de personnel, le nombre de demi-portes et l'étendue des corridors rendent plus difficile la surveillance de l'ensemble des résidents et que cela met tant les résidents que le personnel plus à risque d'accident.

3.4.4 Activités de loisirs annulées et visites des proches compromises

Lors des visites d'enquête sur les unités régulières, les délégués du Protecteur du citoyen ont observé des espaces communs vastes et éclairés par la lumière naturelle. Cependant, au cours des trois journées passées sur les lieux, moins d'une dizaine de résidents ont été croisés dans les corridors ou les espaces communs. La plupart d'entre eux étant seuls dans leur chambre, au lit ou au fauteuil, devant le téléviseur allumé. Le Protecteur du citoyen n'a pas été témoin d'interaction entre le personnel et les résidents en dehors de la prestation de soins. Les PAB déplorent d'ailleurs « ne pas avoir le temps de prendre le temps » et disent être affectés par le fait de ne pouvoir prendre quelques instants pour échanger avec un résident qui leur exprime de l'ennui ou de la tristesse. Les familles contactées expriment leur reconnaissance face au travail des PAB en ajoutant que ces derniers sont peu disponibles vu leurs tâches pour discuter au sujet des personnes hébergées autant que le souhaiteraient les proches.

En cas de manque de personnel, la participation des résidents aux activités sociales peut être suspendue. Les membres de l'équipe des loisirs disent noter une baisse de l'achalandage aux activités, comme celle du Pub (soirée d'animation et de musique) malgré qu'elle soit appréciée des résidents. Une bénévole rapporte avoir reçu la consigne de ne pas se présenter à la chambre des personnes non levées pour les amener aux activités sociales afin d'éviter qu'elles soient insatisfaites, déprimées et affligées de ne pouvoir y participer. Par ailleurs, un résident levé peut se voir empêché de prendre part aux activités. Une bénévole rapporte en effet qu'en allant chercher un résident sur l'étage pour l'amener à une activité, elle a été témoin d'une scène où le PAB précisait à la personne qu'elle devait choisir entre aller à l'activité dans sa culotte souillée ou être changée, ce qui impliquait d'être mis au lit sans être

relevé par la suite faute de personnel suffisant. Le Protecteur du citoyen est préoccupé que des situations de cette nature puissent se produire, et se questionne à savoir si cela est attribuable au manque d'effectif ou à un comportement inacceptable, bien qu'isolé, d'un membre du personnel ?

Ne pas être levé empêche ces résidents de vaquer à leurs occupations habituelles telles que la promenade, prendre un café ou socialiser avec d'autres résidents. Cette pratique les prive également de la visite de leurs proches puisqu'il a été rapporté en cours d'enquête que des visiteurs rebroussaient chemin ou écourtaient leur visite en constatant sur place que le résident somnolait dans son lit, qu'il n'était pas possible de faire une promenade avec ce dernier ou que la chambre était trop exigüe pour recevoir les membres de la famille. De même, les résidents n'ayant pas été levés prennent leur repas au lit seul dans leur chambre, ce qui les isole d'autant plus.

Les témoignages du personnel et de membres de familles recueillis au cours de l'enquête, font état qu'en situation de sous-effectif, l'organisation et la prestation des soins prennent le pas sur le rythme de vie et les habitudes des résidents. Ainsi, l'enquête démontre que le CHSLD, lorsqu'il manque de personnel, n'offre pas un milieu de vie où il fait bon vivre, tel que prévu dans les Orientations ministérielles, mais se rapproche plutôt d'un milieu de soins.

3.5 Gestion des ressources humaines

Tel qu'il a été énoncé dans la section 3.2, les équipes de soins du CHSLD doivent composer régulièrement avec des quarts de travail où le nombre de préposés présent est en deçà de celui prévu à l'horaire, avec les conséquences que cela entraîne et que nous avons décrites précédemment. Le Protecteur du citoyen s'est donc interrogé sur les causes possibles de cette situation.

L'enquête a mis en lumière différents facteurs contributifs au problème de manque de personnel de soins. Nous adressons plus spécifiquement les trois facteurs ci-après :

- ▷ Création des horaires;
- ▷ Difficulté d'attraction et de rétention du personnel;
- ▷ Ratios inadéquats de personnel de soins.

3.5.1 Confection des horaires

Les horaires, confectionnés pour quatre semaines, sont affichés sept jours avant d'entrer en vigueur. Selon l'enquête, l'entièreté des plages ne peut être comblée au moment de la confection des horaires, en raison des règles d'attribution applicables ou faute de personnel disponible pour ces périodes. Le Protecteur du citoyen a pris connaissance d'horaires en confection 10 jours avant l'affichage pour constater la présence de plages n'ayant pas été attribuées à des PAB sur les unités régulières. Pour chaque unité régulière, il manquait au moins sept PAB pour 14 quarts de jour et de soir du vendredi au dimanche pour les quatre semaines à venir. Cela correspond

à un total de 56 quarts de travail par unité pour lesquels les équipes de soins restaient à compléter. Ainsi, les chefs d'unités reçoivent des horaires de travail présentant une ou plusieurs plages à découvert pour la semaine devant débiter sept jours plus tard.

Les techniciennes à la confection d'horaires et les chefs d'unités se renvoient la balle à savoir qui doit trouver du personnel pour compléter les équipes de travail pour l'ensemble des cases de l'horaire. Une fois les horaires confectionnés, les chefs d'unités tentent de combler les manques à l'horaire en sollicitant des remplacements et du temps supplémentaire volontaire, en refusant des congés ou en imposant du temps supplémentaire obligatoire. Cependant, cela est variable de telle sorte qu'il n'y a pas de démarches systématiques et continues de part et d'autre pour compléter les équipes de soins entre l'affichage et la journée en déficit. Les chefs d'unités sont laissés à eux-mêmes pour cette tâche alors que l'exercice devrait être fait en commun.

Ainsi, la recherche de remplaçants s'amorce de façon véritablement active le matin même du remplacement requis, à partir de 5 h, par la centrale de remplacements afin de combler les effectifs pour le début du quart à 7 h. Lorsqu'un remplaçant n'a pu être trouvé, l'équipe de soins devra composer avec un effectif réduit pour répondre aux besoins des résidents. Des membres du personnel rencontrés ont exprimé avoir été surpris à plus d'une occasion d'apprendre qu'une équipe de soins avait dû travailler à effectif réduit alors qu'ils étaient disponibles pour du remplacement, mais n'avaient pas été contactés à cette fin. D'un autre côté, à la centrale de remplacement, on nous a indiqué que l'ensemble des personnes apparaissant sur la liste de rappel est sollicité. Cependant, ces démarches présentent un succès mitigé : le personnel en général est peu attiré à faire du remplacement à ce CHSLD en particulier puisqu'il est souvent aux prises avec des équipes en sous-effectif et que la clientèle qui y est accueillie comporte des profils de besoins plus lourds que dans les autres CHSLD du CIUSSS.

Ainsi, un rehaussement de la planification des horaires et de la recherche de remplaçants entre le moment de l'affichage des horaires et le début de la période est recommandé, notamment en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun au cours de ce processus.

3.5.2 Difficulté d'attraction et de rétention du personnel

Selon l'information obtenue auprès de gestionnaires et de membres du personnel, la conjoncture au CHSLD Argyll, caractérisée par le profil de la clientèle hébergée, la charge de travail, la fréquence des quarts à découvert et la réputation de l'installation complexifient l'attraction et la rétention du personnel; ce qui a un impact sur la qualité des services aux résidents et résidentes.

Des membres du personnel ont confié au Protecteur du citoyen craindre un exode des PAB en raison du contexte de travail au CHSLD. Une gestionnaire a confirmé la réalisation des craintes exprimées puisque la conversion des heures de remplacement en postes réguliers, une mesure pour stabiliser les équipes de soins, occasionne des mouvements de personnel vers d'autres installations tandis qu'aucun candidat n'avait postulé au CHSLD au moment de l'enquête.

Les personnes interrogées par le Protecteur du citoyen attribuent la problématique du manque de personnel et les répercussions qui en découlent à la conjugaison de plusieurs phénomènes. Entre autres, à l'absentéisme, aux congés pour cause de maladie, au manque de disponibilité du personnel et à la rareté de PAB. Pour les gestionnaires rencontrés, la rareté de candidats, notamment les PAB, serait exacerbée par la baisse des inscriptions dans les programmes de formation et des difficultés à recruter des candidats rencontrant les standards de qualité du CIUSSS.

Le CIUSSS réagit à cette situation de diverses façons :

- ▶ en offrant des postes de PAB à temps partiel aux étudiantes en soins infirmiers;
- ▶ en élaborant un plan d'action pour diminuer l'absentéisme qui met l'accent sur le bien-être, la santé et la sécurité au travail;
- ▶ en se dotant d'une Gestion intégrée de la main-d'œuvre visant à améliorer la gestion de la main-d'œuvre dont les grands chantiers sont entre autres l'attraction, la rétention du personnel et les pratiques de gestion;
- ▶ l'offre de garantie d'heures de travail pour stabiliser les horaires et augmenter la disponibilité du personnel;
- ▶ la conversion d'heures de remplacement en 86 postes réguliers;
- ▶ en menant une campagne de recrutement à l'automne 2017 où une centaine de postes de PAB ont été affichés;
- ▶ en conduisant une démarche de révision de l'organisation du travail au CHSLD dans le but d'assurer une présence suffisante du personnel;
- ▶ en accompagnant les chefs d'unité du CHSLD pour gérer les employés avec des problèmes d'absentéisme.

Le Protecteur du citoyen reconnaît que le CIUSSS multiplie les démarches pour favoriser l'attraction et la rétention du personnel. Pourtant, malgré les moyens déployés, les gestionnaires rapportent demeurer aux prises avec un cercle vicieux difficile à briser : le manque de personnel augmente la pression sur les équipes de travail, crée de l'essoufflement se traduisant en absentéisme pour des raisons de santé, ce qui, en retour, aggrave davantage le manque de personnel. Une employée rencontrée a traduit cette situation de façon éloquente en affirmant : « le PAB ayant travaillé une journée à -1 et qui se fait imposer du temps supplémentaire est le prochain candidat pour un arrêt maladie ». Le CIUSSS projette d'ailleurs un déficit de 20 millions \$ en 2018¹⁶ qu'il attribue entre autres au manque de disponibilité de personnel, au temps supplémentaire et à l'assurance-salaire.

Une piste cependant n'a pas été envisagée : réviser les ratios de personnel. Nous abordons plus spécifiquement ce sujet dans la section suivante, mais cet aspect peut contribuer aux difficultés d'attraction et de rétention de personnel. Si, par exemple, la proportion personnel de soins/résident comme prévue par le MSSS s'avère inadéquate en fonction de la lourdeur de la clientèle, la situation devient intenable lorsqu'en plus, l'équipe de soins doit fonctionner en deçà de ce ratio.

¹⁶ Pour l'ensemble de ses installations, et non exclusivement le CHSLD Argyll, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS se dirige vers un déficit pour l'exercice 2017-18. Selon Mme Patricia Gauthier, présidente-directrice générale, « Ce déficit est attribuable à plusieurs facteurs, et particulièrement au manque de disponibilité de personnel dans plusieurs catégories d'emploi : temps supplémentaire, assurance-salaire, recours à la main-d'œuvre indépendante, etc. Le déficit projeté de 20 millions de dollars au 31 mars 2018 doit par la suite être intégralement comblé en 2018-2019 ». https://www.santeestrie.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/medias-publications/La_VIEtrine_Express/2017/VIEtrineEXP_editionspeciale_budget.pdf

3.5.3 Ratios inadéquats

La dotation de personnel en CHSLD, qui est exigée par le MSSS, se base sur l'échelle Voyer établissant les ratios minimaux de personnel de soins infirmiers et de soins d'assistance devant être présent pour chacun des quarts de travail en fonction du nombre de résidents. Aussi, l'échelle Voyer prévoit des ratios minimaux de 1 PAB pour 6 à 7 résidents sur le quart de jour, 1 PAB pour 10 à 15 résidents le soir et 1 PAB pour 32 à 50 résidents la nuit.

Les horaires consultés au moment de l'enquête permettent de constater que les prévisions de personnel requis respectent les ratios de l'échelle Voyer. Cependant, le Protecteur du citoyen se questionne sur l'adéquation de ces ratios minimaux en fonction des besoins de la clientèle admise à ce CHSLD.

En effet, le CHSLD comprend des unités spécifiques, dont une pour les troubles graves du comportement avec agressivité, et un plateau technique en soins respiratoires. Lors de son enquête, le Protecteur du citoyen a été en mesure d'apprécier les caractéristiques des résidents en perte d'autonomie avancée, dont certains sont atteints de maladies dégénératives, de déficiences physiques, de troubles neurocognitifs. L'ampleur des besoins est d'ailleurs bien illustrée dans un plan de travail pour le quart de jour qui expose les besoins des résidents ainsi que la charge de travail pour 2 PAB : sur douze résidents, dix nécessitent une aide totale ou partielle pour le lever; neuf requièrent une aide totale pour les soins d'hygiène; onze sont incontinents ou ont besoin d'assistance à l'élimination et sept requièrent une aide totale à l'alimentation. À cela s'ajoutent la prévention des chutes et la gestion de troubles graves de comportement.

Selon les informations recueillies, le CHSLD accueille une proportion plus importante de résidents ayant des conditions de santé complexes que les autres CHSLD sherbrookoises, entraînant de la pression supplémentaire sur les soins et les services ainsi que sur les équipes soignantes. Les témoignages du personnel démontrent que les équipes sont serrées dans le temps et qu'elles peinent à répondre à la charge de travail, même lorsqu'elles sont complètes.

Pour les PAB, infirmières, infirmières auxiliaires et chefs d'unités, les ratios personnel de soins/résidents sont inadéquats à l'installation, voire insuffisants. Le personnel des unités régulières exprime unanimement son inconfort devant l'incapacité à répondre de façon satisfaisante aux besoins de résidents notamment lorsqu'il manque de personnel.

Le Protecteur du citoyen a questionné une gestionnaire à savoir si l'ajout de personnel au-delà des ratios minimaux était envisageable. Quoique reconnaissant que le ratio pouvait mériter une révision en ce qui concerne ce CHSLD, elle a indiqué que cela est difficilement envisageable puisque le calcul du financement est directement lié aux ratios de l'échelle Voyer. Malgré que ce soit des ratios minimums à respecter, l'établissement n'a pas de marge de manœuvre pour augmenter le nombre de PAB. Qui plus est, des craintes ont été exprimées à l'effet de devoir réduire le personnel dans d'autres CHSLD de l'Estrie où les effectifs dépassent les ratios minimaux de Voyer.

L'information colligée voulant que les ratios s'avèrent en soi insuffisants au CHSLD, jumelé au fait que celui-ci n'a pas été en mesure de pourvoir ses équipes de travail à la hauteur de ce qu'il prévoit nécessaire dans le respect des ratios minimums exigés par le MSSS, inquiète grandement le Protecteur du citoyen quant à la qualité des soins et du milieu de vie de ce CHSLD.

4 Conclusion

L'enquête du Protecteur du citoyen a permis de constater des lacunes dans la qualité des pratiques ayant cours sur les unités régulières du CHSLD lorsque le personnel présent est en deçà des effectifs prévus. La fréquence et la récurrence des périodes où les équipes de soins étaient incomplètes soulèvent des inquiétudes.

En ces occasions, la réorganisation du travail pour fonctionner avec un personnel réduit se fait par le report ou l'omission de soins et services envers les résidents, tels le lever, la mobilisation, certains soins d'hygiène dont les bains de même que les activités de loisirs. Ces pratiques affectent la qualité du milieu de vie offert et causent un préjudice aux personnes qui y sont hébergées. En plus d'être contraires aux Orientations ministérielles, elles constituent des manquements à la LSSSS et à la Loi sur la maltraitance. Le Protecteur du citoyen, quoique conscient des enjeux découlant du manque de personnel, pour lesquels l'établissement déploie déjà des mesures, ne peut cautionner les pratiques actuelles ayant cours au CHSLD et formule donc des recommandations à cet effet.

5 Recommandations

Compte tenu de ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke de :

- R-1 Revoir** les ratios de personnel de soins, tant au niveau des préposés aux bénéficiaires qu'au niveau infirmier et les **ajuster** en fonction des besoins des résidents hébergés sur les unités du CHSLD Argyll;

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juillet 2018, des mesures prises à cette fin.

- R-2 S'assurer** en tout temps d'une présence suffisante de préposés aux bénéficiaires et de personnel infirmier au CHSLD Argyll à la hauteur des ratios attendus en R-1.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juillet 2018, des mesures prises à cette fin.

- R-3 Améliorer** le processus de planification des horaires et de la gestion des remplacements, notamment en départageant les rôles et responsabilités respectives et conjointes des acteurs impliqués, afin de réduire les situations de manque d'effectifs;

Informez le Protecteur du citoyen d'ici le 30 juillet 2018, des mesures prises à cette fin.

- R-4** Dans l'éventualité où exceptionnellement subsistent des quarts de travail en sous-effectif, **s'assurer** que pour toutes les décisions relatives à la réorganisation du travail sur une unité du CHSLD Argyll, le détail des soins reportés ou omis pour chaque résident visé est consigné, validé par l'infirmière en charge sur chaque quart de travail et transmis aux équipes de soins des quarts de travail suivants afin que chaque résident ait reçu ses soins ou ait été levé sur le quart de jour ou de soir;

Informez le Protecteur du citoyen d'ici le 30 mai 2018, des mesures prises à cette fin.

- R-5** Encourager la participation des résidents aux activités sociales, aux activités familiales et aux activités repas dans le respect de leurs volontés;

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juillet 2018, des mesures prises à cette fin.

- R-6 S'assurer** que l'analyse des grilles d'observation du comportement soit effectuée en temps opportun lorsqu'un résident présentant des troubles de comportement associés à de l'agressivité est pris en charge;

Informez le Protecteur du citoyen d'ici le 30 mai 2018, des mesures prises à cette fin.

- R-7 Réaliser** la démarche de révision de l'organisation du travail au CHSLD, prévue à l'automne 2017, ayant notamment pour but d'assurer une présence suffisante du personnel à tout moment;

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juillet 2018, des mesures prises à cette fin.

Compte tenu des résultats de l'enquête effectuée, le Protecteur du citoyen recommande également au ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui suit :

R-8 Supporter l'établissement dans la révision et l'ajustement des ratios de personnel de soins, tant au niveau des préposés aux bénéficiaires qu'au niveau infirmier, en fonction des besoins des personnes hébergées au CHSLD Argyll comme recommandé en R-1;

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juillet 2018, des mesures prises à cette fin.

R-9 Revoir les ratios de personnel de soin/résidents, tant au niveau des préposés aux bénéficiaires qu'au niveau du personnel infirmier, dans l'ensemble des CHSLD du Québec et les ajuster en fonction des besoins particuliers des résidents qui y sont effectivement hébergés;

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juillet 2018, des mesures prises à cette fin.

R-10 Favoriser le développement de mesures d'attraction et de rétention de personnel de soins, tant au niveau des préposés aux bénéficiaires qu'au niveau du personnel infirmier, dans l'ensemble des CHSLD de façon à assurer en tout temps une présence suffisante à la hauteur des ratios attendus comme recommandé en R-2.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 juin 2018, des mesures prises à cette fin.

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 des instances de mettre en œuvre les recommandations qui leur sont adressées ou des motifs pour lesquels elles n'entendent pas y donner suite.

protecteurducitoyen.qc.ca



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Bureau de Québec
Bureau 1.25
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5Y4
Téléphone : **418 643-2688**

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

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