



**LE PROTECTEUR DU CITOYEN**

Assemblée nationale  
Québec

Justice

Équité

Respect

Impartialité

Transparence

## **Rapport d'intervention**

Intervention au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie

Québec, le 22 décembre 2016

## 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*.

À l'exception des personnes à qui la loi en autorise la communication intégrale, certains extraits de ce rapport 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 un citoyen ou à un groupe de citoyens. Désigné par au moins les deux tiers des membres de 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 ou de sa propre initiative.

# 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	Demande d'intervention .....	1
1.3	Instance et installations visées par l'intervention .....	1
2	Conduite de l'intervention.....	3
2.1	Délégués désignés pour conduire l'enquête .....	3
2.2	Collecte d'information .....	3
2.3	Documentation consultée .....	3
3	Résultat de notre enquête.....	5
3.1	Constats concernant les milieux d'hébergement et de soins de longue durée ....	5
3.1.1	Paramètres applicables.....	5
3.1.2	Dévouement du personnel soignant .....	5
3.1.3	Offre de soins infirmiers adéquate, mais fragile .....	6
3.1.4	Délais dans la réponse aux besoins de base .....	7
3.1.5	Défis associés à la prise en charge des symptômes de la démence .....	9
3.1.6	Manque de souplesse des milieux de vie.....	11
3.2	Constats dans les centres hospitaliers et les centres locaux de services communautaires .....	12
3.2.1	Évaluation initiale des patients (triage) à l'urgence et surveillance de la salle d'attente .....	12
3.2.2	Réévaluations à l'urgence .....	13
3.2.3	Conformité des statistiques à l'urgence .....	14
3.2.4	Délai de séjour à l'urgence .....	14
3.2.5	Hygiène et salubrité à l'urgence .....	16
3.2.6	Transferts interétablissements .....	16
3.2.7	Formation continue du personnel infirmier.....	17
3.2.8	Formation du personnel en soins palliatifs .....	18
3.2.9	Surveillance en obstétrique .....	19
4	Conclusion .....	21
5	Recommandations.....	22

# 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* (Loi sur le Protecteur des usagers). Cette loi prévoit qu'il doit veiller, par toute mesure appropriée, au respect des patients ainsi que des droits qui leur sont reconnus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et par toute autre loi<sup>1</sup>. 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'être<sup>2</sup>.

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

## 1.2 Demande d'intervention

Le 14 juin 2016, le Protecteur du citoyen a reçu un signalement concernant l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Gaspésie. Ce signalement fait état de lacunes dans les soins de longue durée, les soins aigus, ainsi que les soins de première ligne offerts aux usagers de cet établissement. Le Protecteur du citoyen a également reçu des signalements visant spécifiquement le Centre d'hébergement du Rocher-Percé.

Dans ce contexte, le Protecteur du citoyen a pris la décision d'entamer une intervention pour s'assurer de la qualité des soins et des services ainsi que des milieux d'hébergement de longue durée, offerts aux usagers du CISSS de la Gaspésie dans les installations concernées.

## 1.3 Instance et installations visées par l'intervention

L'établissement visé par la présente intervention est le CISSS de la Gaspésie.

Les installations d'hébergement visées sont :

- ▶ le Centre d'hébergement de Maria (95 lits d'hébergement permanent, incluant une unité spécifique de 14 lits);
- ▶ le Centre d'hébergement de New Carlisle (70 lits d'hébergement permanent, incluant une unité prothétique de 19 lits);
- ▶ le Centre d'hébergement du Rocher-Percé (62 lits d'hébergement permanent, incluant une unité prothétique de 16 lits);
- ▶ l'Unité de soins de longue durée de l'Hôpital de Chandler (36 lits d'hébergement permanent);

---

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 suiv.

- ▶ le Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé (97 lits d'hébergement permanent).

Les installations offrant des soins de courte durée visées sont :

- ▶ l'Hôpital de Maria (10 civières à l'urgence, 77 lits de courte durée, incluant 5 lits en obstétrique);
- ▶ l'Hôpital de Chandler (10 civières à l'urgence, 57 lits de courte durée, incluant 4 lits en obstétrique);
- ▶ l'Hôpital de Gaspé (6 civières à l'urgence, 56 lits de courte durée, incluant 4 lits en obstétrique);
- ▶ le CLSC de Grande-Vallée (2 civières à l'urgence, en plus d'offrir des services de soins courants);
- ▶ le CLSC de Murdochville (2 civières à l'urgence, en plus d'offrir des services de soins courants).

## 2 Conduite de l'intervention

### 2.1 Délégués désignés pour conduire l'enquête

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, le Protecteur du citoyen a confié à deux de ses délégués, soit M<sup>me</sup> Olivia Linteau et M. Nicolas Rousseau, 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

Afin d'obtenir l'information pertinente et nécessaire à l'intervention, une enquête a été menée auprès des différentes installations concernées.

Ainsi, des visites ont été effectuées au Centre d'hébergement de Maria (les 12 et 13 septembre 2016) ainsi qu'au Centre d'hébergement de New Carlisle (les 14 et 15 septembre 2016). Les centres hospitaliers de Maria, et de Chandler, tout comme les CLSC de Murdochville et de Grande-Vallée, ont aussi fait l'objet de visites (entre les 13 et 16 septembre 2016). Ces visites n'ont pas été annoncées afin de préserver l'authenticité des observations réalisées.

Par la suite, le Protecteur du citoyen a visité le Centre d'hébergement du Rocher-Percé (le 1<sup>er</sup> novembre 2016) et l'Unité de soins de longue durée de l'Hôpital de Chandler (le 2 novembre 2016). Enfin, des démarches téléphoniques ont permis de compléter l'enquête en ce qui concerne le Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé et l'Hôpital de Gaspé.

Au cours de son enquête, le Protecteur du citoyen s'est entretenu avec des membres du personnel soignant (infirmières, infirmières auxiliaires, préposées) ainsi que des intervenants professionnels appelés à œuvrer auprès des usagers des installations visées. Les responsables de ces installations ont aussi été entendus ainsi que des résidents et des proches de ceux-ci.

Les délégués du Protecteur du citoyen se sont également entretenus avec différents membres du personnel de direction du CISSS de la Gaspésie, incluant la présidente-directrice générale. Divers renseignements ont été obtenus du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

### 2.3 Documentation consultée

Afin de compléter la collecte d'information, les documents suivants ont été consultés :

- ▶ la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec;
- ▶ la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- ▶ le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*;
- ▶ le *Guide de gestion de l'urgence* (2006);
- ▶ les *Orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en CHSLD* (2003);

- ▶ les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* (2002);
- ▶ le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique* du MSSS (2015);
- ▶ le *Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie* du Ministère (2016);
- ▶ le *Triage à l'urgence, lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007);
- ▶ la *Circulaire 2012-033* du MSSS (2012);
- ▶ Le *Répertoire des guides de planification immobilière : prévention et contrôle des infections nosocomiales* du MSSS (2016);
- ▶ le document *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012);
- ▶ la fiche clinique « Agitation dans les démences » du *Cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* du Ministère (2012);
- ▶ des rapports des visites d'évaluation de la qualité des milieux de vie produits par le MSSS;
- ▶ des dossiers traités par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de la Gaspésie;
- ▶ des rapports d'incidents et d'accidents;
- ▶ des compilations des résidents faisant l'objet de mesures de contrôle;
- ▶ les dossiers de plusieurs patients et résidents;
- ▶ des documents administratifs et statistiques des installations du CISSS de la Gaspésie.

## 3 Résultat de notre enquête

### 3.1 Constats concernant les milieux d'hébergement et de soins de longue durée

#### 3.1.1 Paramètres applicables

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que :

- ▶ la raison d'être des services de santé et des services sociaux est la personne qui les requiert;
- ▶ toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire;
- ▶ ce droit s'exerce en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

D'une manière plus spécifique, les orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées mentionnent que :

- ▶ pour les personnes résidant en hébergement de longue durée, le centre d'hébergement représente un milieu de vie substitut au sein duquel elles poursuivent leur cheminement de vie;
- ▶ les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement;
- ▶ la personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et des services de qualité;
- ▶ la gamme des soins et services offerts aux résidents doit viser non seulement à répondre à leurs problèmes de santé physique et psychosociaux, mais aussi contribuer à soutenir la création d'un véritable milieu de vie pour les résidents;
- ▶ il est nécessaire de créer un milieu d'hébergement adapté qui contribue d'abord à la promotion de l'autonomie et de l'indépendance fonctionnelle et psychosociale et pouvant réduire, sinon éliminer, les comportements perturbateurs.

#### 3.1.2 Dévouement du personnel soignant

L'enquête révèle le dévouement du personnel soignant des milieux d'hébergement visés. En effet, celui-ci démontre un fort engagement à l'égard de « ses » résidents. Il est attentionné, s'adresse aux résidents de manière appropriée et respectueuse. Il accorde son maximum aux résidents, et ce, en dépit de son importante charge de travail.

À titre d'exemples du dévouement du personnel soignant, il peut s'agir :

- ▶ d'une préposée qui repositionne un résident dans son fauteuil tout en échangeant avec lui;
- ▶ d'une préposée qui replace et nettoie les lunettes d'une résidente;

- ▶ d'un résident qui est chaleureusement félicité par le personnel après avoir marché jusqu'à la salle à manger;
- ▶ d'une préposée qui emmène un résident avec elle à l'extérieur lors de sa pause;
- ▶ d'une infirmière auxiliaire qui omet ou réduit ses périodes de pause et de repas afin de compléter des soins à des résidents;
- ▶ du personnel qui se déguise pour l'Halloween ou qui danse avec les résidents sur de la musique;
- ▶ d'une préposée qui chante en accompagnant un nouveau résident vers la salle à manger pour la première fois;
- ▶ d'une chef de l'hébergement qui se rend personnellement au CLSC pour aller chercher la médication urgente d'un résident.

### **3.1.3 Offre de soins infirmiers adéquate, mais fragile**

L'enquête montre que dans certains des milieux d'hébergement, des ajustements ont été apportés à l'offre de soins infirmiers.

À titre d'exemples :

- ▶ au Centre d'hébergement de Maria, l'offre de soins infirmiers a été réduite afin, selon l'établissement, d'augmenter les soins offerts par les préposées dans les activités de la vie quotidienne;
- ▶ au Centre d'hébergement de New Carlisle, une infirmière est en poste au cours de la journée, alors qu'il y en avait deux auparavant;
- ▶ au Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé, les heures de travail du personnel infirmier ont été diminuées, dans un contexte de rénovation des lieux et de réduction du nombre de résidents.

Au cours de la démarche d'enquête, la direction de l'établissement a soutenu que le nombre d'infirmières, d'infirmières auxiliaires ainsi que de préposées aux bénéficiaires œuvrant dans les milieux d'hébergement visés excède les ratios de personnel que l'établissement préconise.

À cet égard, l'enquête ne révèle pas que les résidents sont mis en danger par la charge de travail du personnel infirmier. Selon les informations recueillies auprès d'elles, les infirmières et infirmières auxiliaires parviennent, avec difficulté, à rencontrer leurs obligations déontologiques. Ainsi, grâce au dévouement du personnel infirmier, les résidents reçoivent les soins infirmiers requis et aucun retard de soins infirmiers préjudiciable aux résidents n'a pu être documenté en cours d'intervention.

Toutefois, les informations recueillies conduisent à constater que l'offre de soins infirmiers des milieux d'hébergement se trouve dans une situation de fragilité. En effet, la marge de manœuvre du personnel infirmier est pratiquement inexistante. Des situations particulières ou imprévues peuvent immédiatement créer des surcharges et compromettre la dispensation des soins (parmi les exemples cités en cours d'enquête : des chutes, des urgences, l'arrivée de nouveaux résidents, la tenue de rencontres multidisciplinaires ou l'évolution de résidents vers une situation de fin de vie).

À ce sujet, la situation constatée à l'Unité de soins de longue durée (USLD) de l'Hôpital de Chandler suscite une préoccupation particulière. Cette unité accueille une clientèle aux profils très diversifiés, incluant des résidents en séjour de convalescence et d'autres en hébergement temporaire. Certaines des personnes admises sur cette unité requièrent un niveau de soins infirmiers qui s'apparente à celui observé sur les étages de l'hôpital réservés aux cas de « médecine » ou de « chirurgie » (par exemple, des cas de fracture, d'amputation ou de pansements complexes). Selon les informations recueillies, cette situation place régulièrement l'offre de services infirmiers de l'USLD en situation de surcharge.

Dans le cadre de l'enquête, le CISSS de la Gaspésie a indiqué qu'en cas de surcharge de travail, le personnel infirmier des milieux d'hébergement a la possibilité de demander du soutien, de façon ponctuelle, sous la forme de main-d'œuvre additionnelle. Toutefois, pour leur part, des membres du personnel infirmier ont mentionné avoir régulièrement essuyé des refus après avoir demandé un tel soutien. Certains ont renoncé à en demander afin d'éviter de subir des refus.

À cet égard, les informations recueillies montrent que la démarche pour obtenir du soutien infirmier ainsi que le type de contexte dans lequel celui-ci peut être demandé ne sont pas établis avec précision. Le Protecteur du citoyen est d'avis que cela crée une zone d'ambiguïté qui interfère avec une prise en charge adéquate et diligente des situations où le personnel infirmier se trouve en situation de surcharge, compte tenu des besoins des résidents.

Dans ce contexte, une recommandation est adressée par le Protecteur du citoyen afin que le CISSS de la Gaspésie se dote, pour chacun des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, d'un mécanisme formel de sécurisation de l'offre de soins infirmiers aux résidents, permettant au personnel infirmier d'obtenir rapidement et de façon ponctuelle du soutien en cas de surcharge, et ce, sur la base d'une démarche et de critères clairement définis (R-1).

Ce mécanisme devrait notamment inclure des paramètres précis permettant au personnel infirmier d'identifier les situations où il doit demander et où il peut recevoir un soutien additionnel. Ce mécanisme devrait aussi faire l'objet d'une démarche de sensibilisation et de diffusion auprès du personnel infirmier des différentes installations d'hébergement.

### **3.1.4 Délais dans la réponse aux besoins de base**

L'enquête a permis de constater que dans les milieux d'hébergement, les préposées aux bénéficiaires doivent régulièrement intervenir en équipe de deux auprès des résidents. Ce travail en duo vise à assurer des transferts ainsi que des soins sécuritaires aux résidents et est, en général, rendu nécessaire en raison de la perte d'autonomie de ces derniers.

Lorsque les préposées interviennent ainsi à deux dans une même chambre, il leur est impossible de répondre immédiatement à une cloche d'appel actionnée par une autre personne. Quant aux autres membres du personnel, ils sont souvent eux aussi pleinement occupés auprès des résidents.

Le Protecteur du citoyen constate que ce type de contexte est susceptible de générer de longs délais de réponse aux demandes d'aide. D'ailleurs, son enquête révèle que la charge et le contexte de travail des préposées des milieux d'hébergement les empêchent trop souvent de répondre dans un délai raisonnable aux besoins de base des résidents.

En effet, plusieurs témoignages de membres du personnel font état de délais importants (supérieurs à 15 minutes) lorsque des résidents souhaitent être accompagnés aux toilettes. Or, de tels délais influent sur le maintien de l'autonomie des résidents. Selon les informations recueillies, des résidents sont contraints, en raison des délais, à uriner dans leurs vêtements et ultimement, à porter une culotte d'incontinence.

Des témoignages de membres du personnel font également état de résidents qui demeurent seuls au salon ou dans les espaces communs pendant de longues minutes, les préposées étant toutes occupées dans des chambres auprès de résidents. Selon les informations recueillies, ce manque de surveillance a déjà donné lieu à des altercations évitables entre résidents et conduit le personnel à intervenir avec délai en cas d'urgence (par exemple : une chute).

Enfin, d'une manière plus générale, les témoignages recueillis font également état de longs délais de réponse aux cloches d'appel. Lors des périodes de pointe (repas, période du lever, préparation pour le coucher), ces délais peuvent, selon les témoignages recueillis, s'étirer au-delà de 15 minutes.

À cet égard, le Protecteur du citoyen a tenté d'obtenir des informations objectives sur les délais de réponse aux cloches d'appel, tels que mesurés par les systèmes informatiques des milieux visés. Toutefois, parmi tous les endroits concernés, seul le Centre d'hébergement de Maria dispose d'un système qui permet de mesurer avec précision le délai de réponse aux cloches d'appel. Les statistiques obtenues sont analysées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau I**  
**Analyse des délais de réponse aux cloches d'appel**  
**Centre d'hébergement de Maria**  
**du 15 août 2016 (15 h 59) au 13 septembre 2016 (15 h 07)**

Délai enregistré	Nombre de cloches
Moins de 15 minutes	8 021
15 à 19 minutes	159
20 à 24 minutes	104
25 minutes et plus	98

Les statistiques concernant le Centre d'hébergement de Maria révèlent qu'une réponse est apportée dans un délai inférieur à 15 minutes pour la majorité des cloches d'appel.

Toutefois, les délais de réponse à un certain nombre de cloches d'appel s'avèrent très préoccupants. Les informations recueillies auprès des membres du personnel des autres milieux d'hébergement visés laissent croire que la même problématique existe aussi ailleurs. Bien que les volumes de cloches d'appel visés par de longs délais de réponse puissent sembler réduits, il demeure que chaque cloche d'appel répondue hors délai soulève une préoccupation de sécurité.

Cette préoccupation de sécurité est d'autant plus grande que les délais enregistrés réfèrent au temps requis avant que le personnel soignant se rende pour la première fois auprès du résident pour déterminer la raison ainsi que l'urgence de l'appel. Aussi, ces délais concernent uniquement les résidents disposant de la capacité physique et cognitive d'actionner leur cloche d'appel.

Compte tenu de ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande (R-2) au CISSS de la Gaspésie d'offrir une réponse adéquate aux besoins de soutien et d'assistance des résidents vivant dans les milieux d'hébergement sous sa responsabilité, et ce, en :

- ▶ réalisant, dans chacun des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, des audits afin d'établir les délais réels de réponse aux cloches d'appel des résidents;
- ▶ assurant une évaluation diligente de l'urgence de la situation des résidents qui actionnent leur cloche d'appel.

### **3.1.5 Défis associés à la prise en charge des symptômes de la démence**

L'enquête du Protecteur du citoyen a permis d'établir que les milieux visés doivent régulièrement accueillir des résidents ayant des symptômes psychologiques et comportementaux associés à leur démence.

À titre d'exemples :

- ▶ une résidente du Centre d'hébergement du Rocher-Percé atteinte de démence a manifesté de nombreux refus de soins, notamment lors de l'administration de la médication et du remplacement des culottes d'incontinence;
- ▶ un résident du Centre d'hébergement de New Carlisle a agressé physiquement des membres du personnel soignant à plusieurs reprises;
- ▶ un résident du Centre d'hébergement du Rocher-Percé a été à l'origine d'agressions verbales multiples ainsi que de trois agressions physiques sur des personnes âgées vulnérables (avec une bûche, une assiette puis une pelle à glaçons).

Le Protecteur du citoyen est conscient que la réponse aux besoins des résidents atteints de troubles du comportement pose certains défis. Ce type de clientèle est de plus en plus fréquent et les tendances démographiques prévoient une augmentation au cours des prochaines années. Un renforcement de la capacité de réponse des milieux visés est donc requis afin de réagir adéquatement aux besoins des résidents concernés et de garantir la sécurité des autres résidents.

À cet égard, le Protecteur du citoyen constate que dans le cas du résident du Centre d'hébergement du Rocher-Percé ayant manifesté des comportements d'agressivité, les interventions ont été effectuées par essais et erreurs, et qu'au cours de cette période de recherche de solutions, des résidents en ont subi des inconvénients, notamment sur le plan de la sécurité.

Les milieux d'hébergement doivent, en tout temps, assurer la sécurité de tous leurs résidents, tient à rappeler le Protecteur du citoyen. Dans ce contexte, il recommande (R-3) expressément à l'établissement de se doter d'un protocole détaillé lui permettant de répondre de façon optimale aux besoins des résidents atteints de troubles du comportement, notamment dans le but :

- ▶ de définir des pratiques rigoureuses d'évaluation du profil et des besoins des usagers ayant des troubles du comportement;
- ▶ de donner les suites appropriées aux évaluations effectuées afin que les résidents concernés soient dirigés vers les milieux qui correspondent à leurs profils de besoins et de comportements;
- ▶ de préciser les critères d'admission et de maintien dans les différentes unités d'hébergement, afin d'éviter toute situation d'incompatibilité entre les profils de comportements de la clientèle;
- ▶ de respecter en tout temps le droit de chaque résident à un milieu de vie qui assure sa sécurité, notamment lorsque des résidents atteints de troubles du comportement cohabitent avec une clientèle en situation de vulnérabilité.

Le Protecteur du citoyen constate également que les membres du personnel des différents milieux d'hébergement visés reçoivent peu de formation spécifique pour intervenir auprès d'une clientèle atteinte de déficits cognitifs et de troubles du comportement.

Une formation plus rigoureuse dans ce domaine leur permettrait pourtant d'être mieux outillés dans la prise en charge des besoins spécifiques d'une clientèle auprès de laquelle ils sont appelés à intervenir de plus en plus souvent. Ce besoin de formation a été exprimé par des membres du personnel rencontrés en cours d'enquête. Une recommandation est formulée à ce sujet (R-4).

Enfin, l'enquête du Protecteur du citoyen soulève une préoccupation quant à l'application des mesures de contrôle auprès des résidents de l'unité spécifique du Centre d'hébergement de Maria. Cette unité a pour mission d'accueillir des résidents ayant des troubles du comportement.

L'enquête révèle en effet que plusieurs des résidents de cette unité spécifique font l'objet d'une mesure de contention sous la forme de demi-portes installées à leur chambre. Au moment de la visite, sur les quatorze résidents de l'unité spécifique, on comptait six demi-portes en plexiglas. Cela équivaut à la mise sous contention d'environ 40 % des résidents.

Ce type de mesure de contention ne devrait être utilisé qu'en dernier recours, lorsque tous les autres moyens d'intervention ont échoué à donner des résultats probants. Toutefois, l'enquête suggère que certaines de ces mesures de contention pourraient être appliquées dans le but de pallier le manque de surveillance que le personnel est en mesure d'effectuer à certains moments de la journée, notamment lors de soins fournis en duo dans les chambres des résidents.

Le Protecteur du citoyen est d'avis que la pertinence de chaque mesure de contention doit être revue en équipe multidisciplinaire et que l'établissement doit évaluer la qualité de la surveillance offerte sur cette unité. Des recommandations sont formulées à cet effet (R-5 et R-6).

### **3.1.6 Manque de souplesse des milieux de vie**

#### *Dispensation des bains au Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé*

L'enquête du Protecteur du citoyen révèle que jusqu'à l'été 2016, le Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé avait pour pratique d'assurer les soins d'hygiène au lit des résidents, sans immersion dans l'eau. Ainsi, au cours de l'été 2016, il a été établi que des résidents de ce milieu d'hébergement n'avaient pas reçu de bain avec immersion dans l'eau depuis plusieurs années.

Selon les renseignements recueillis, cette situation n'est pas entièrement corrigée. En effet, l'enquête révèle qu'un équipement employé pour fournir des bains aux résidents a été à l'origine d'un accident et que son utilisation a été suspendue. Les informations indiquent que dans ce contexte, une vingtaine de résidents de l'une des unités de ce milieu d'hébergement continuent donc de ne pas avoir accès à des bains avec immersion dans l'eau. Une recommandation est formulée par le Protecteur du citoyen à ce sujet (R-7).

#### *Lever des résidents au Centre d'hébergement de New Carlisle*

Les informations recueillies et l'analyse des plans de travail des préposées révèlent que dès 5 h 30 du matin, soit lors du quart de travail de nuit, des résidents du Centre d'hébergement de New Carlisle sont réveillés et commencent à recevoir des soins d'hygiène et à être préparés en vue de la journée.

Selon les informations recueillies, cette pratique vise à permettre au personnel de fournir tous les soins requis à l'intérieur du temps disponible. Dans ce cas, la routine du personnel a nettement préséance sur le rythme des résidents. Selon les indications obtenues, certains résidents réagissent négativement, en disant par exemple « j'ai froid » ou encore « laissez-moi abrié ».

#### *Temps relationnel avec les résidents*

Le personnel soignant des milieux visés, surtout les préposées, insiste sur le manque de souplesse à sa disposition pour entrer véritablement en relation avec les résidents. Les préposées affirment ne plus avoir « le temps pour prendre le temps » avec les résidents. Elles se disent placées dans l'obligation de « travailler comme une machine », de fournir des soins « à la chaîne ».

Les infirmières auxiliaires, responsables d'administrer la médication, doivent aussi travailler rapidement, avec peu de marge de manœuvre dans leur routine de travail. Elles disent être appelées « Madame pilule » ou « machine à distribuer des pilules » par des résidents.

Le Protecteur du citoyen est préoccupé par la difficulté pour le personnel de soins d'assurer un soutien de nature relationnelle ou émotionnelle auprès des résidents. Il est d'avis que c'est pourtant là une dimension qui fait partie intégrante d'un environnement de type « milieu de vie ».

## Pratique de la marche

Les informations colligées permettent de constater que compte tenu de sa charge de travail et du manque de temps à sa disposition, le personnel soignant des milieux d'hébergement visés n'est généralement pas en mesure d'appliquer un programme rigoureux et systématique de promotion de la marche chez les résidents. Ce manque de rigueur entrave le maintien de l'autonomie des résidents.

Compte tenu des constats effectués, le Protecteur du citoyen recommande au CISSS de la Gaspésie d'améliorer la qualité du milieu de vie offert aux résidents des milieux d'hébergement placés sous sa responsabilité en ce qui a trait au moment du réveil, au soutien émotionnel et relationnel ainsi qu'à la pratique de la marche (R-8).

## 3.2 Constats dans les centres hospitaliers et les centres locaux de services communautaires

### 3.2.1 Évaluation initiale des patients (triage) à l'urgence et surveillance de la salle d'attente

Le triage à l'urgence consiste à évaluer la condition du patient, à déterminer le degré de priorité des soins selon une classification prédéterminée par l'*Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ÉTG), à diriger le patient vers l'aire de traitement ou d'attente ou encore à l'orienter vers une autre ressource. Il est impératif, pour des raisons de sécurité, que chaque patient qui consulte pour un problème de santé à l'urgence soit rapidement évalué au triage, et ce, avant son inscription à l'urgence.

Le Protecteur du citoyen observe que dans les Hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé, le triage a lieu à l'arrivée des patients à l'urgence et que ceux-ci sont ensuite dirigés vers l'inscription.

Il en va tout autrement dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) de Grande-Vallée et de Murdochville. Les patients qui s'y présentent s'inscrivent auprès du personnel administratif avant que leur état soit évalué par le personnel infirmier au triage.

Selon les informations obtenues, il serait plus facile pour le personnel infirmier, qui doit s'occuper des évaluations, des salles d'examen et des patients sur civière, d'effectuer le triage après l'inscription du patient, puisque cette façon de faire lui permet de constater sur l'écran de l'ordinateur qu'un patient est en attente de triage.

Cet aspect particulier du triage devra être revu par l'établissement, puisqu'il n'est pas sécuritaire pour les patients. Une recommandation est formulée par le Protecteur du citoyen à ce sujet (R-9).

Par ailleurs, le *Guide de gestion de l'urgence* et l'ÉTG précisent que tous les patients doivent être évalués dans un délai de dix minutes suivant leur arrivée à l'urgence.

L'analyse démontre que les patients qui se présentent dans les Hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé sont évalués dans le délai prescrit, notamment en raison de la présence d'une infirmière désignée au triage. Ce délai est également respecté

au CLSC de Grande-Vallée, contrairement à la situation observée au CLSC de Murdochville.

En effet, le Protecteur du citoyen a pu noter, pour la période 6, soit du 21 août au 17 septembre 2016, une moyenne de 14 minutes écoulées entre l'arrivée du patient et l'évaluation de son état de santé. Pour presque la totalité des dossiers analysés du 16 septembre 2016, le délai excède de beaucoup les dix minutes prescrites, allant de 35 à 110 minutes. À ce sujet, le personnel infirmier mentionne qu'il tente d'évaluer les patients dès qu'ils se présentent, mais que cela n'est pas toujours possible, en raison de sa charge de travail. Une seule personne est responsable de tous les secteurs de l'urgence.

À cet égard, pour ce CLSC tout particulièrement, le Protecteur du citoyen constate que le processus en place lors de l'arrivée d'un patient ne favorise pas sa prise en charge rapide. Le personnel infirmier, qui ne peut voir la salle d'attente, constate qu'un patient est en attente de son évaluation initiale que s'il consulte l'écran de l'ordinateur. Il est pourtant primordial pour assurer la sécurité des patients et intervenir rapidement si cela est nécessaire, que le personnel infirmier soit en mesure de surveiller en tout temps la salle d'attente.

Il a été rapporté au Protecteur du citoyen que le personnel administratif peut appeler le personnel infirmier lorsqu'un patient présente des symptômes jugés inquiétants. Or, le personnel administratif, bien que formé en réanimation cardiorespiratoire, n'a aucune qualification médicale. Son jugement pour déterminer l'urgence d'une situation ne peut donc pas être pris en compte.

Le Protecteur du citoyen est d'avis que le non-respect du délai de dix minutes pour procéder à l'évaluation des patients qui se présentent à l'urgence et l'absence de surveillance de la salle d'attente ne respectent pas l'obligation de l'établissement d'assurer une prestation de services de santé sécuritaire pour tous les patients. Une recommandation est formulée à ce sujet (R-10).

### **3.2.2 Réévaluations à l'urgence**

L'ÉTG comprend cinq degrés de priorité, soit P1 à P5 (de prise en charge immédiate à non urgent). Ceux-ci permettent de classer la gravité de l'état d'un patient. Pour chacune de ces priorités, un délai d'attente acceptable, avant la prise en charge médicale, est déterminé. Lorsque le délai prévu est échu et que la personne n'a toujours pas été examinée par le médecin, l'infirmière affectée au triage doit procéder à une réévaluation systématique et ponctuelle du patient, en respectant ce même délai. Ces réévaluations, qui doivent être notées au dossier, peuvent aller de la simple vérification visuelle des patients dans la salle d'attente à la reprise des signes vitaux. Elles permettent d'identifier tout changement de l'état d'un patient pendant son attente et d'ajuster, au besoin, son degré de priorité de soins.

En région rurale, l'urgence demeure parfois l'un des seuls endroits où des services de première ligne sont offerts pour répondre aux besoins de la population. Il est donc tout aussi important que les normes prescrites par l'ÉTG soient respectées en zone rurale que dans les grands centres urbains.

Il appert qu'aucune lacune n'a été constatée à l'égard de la fréquence des réévaluations à l'urgence des CLSC de Grande-Vallée et de Murdochville, où les patients voient le médecin rapidement après l'évaluation initiale de l'infirmière.

La visite non annoncée du Protecteur du citoyen a cependant révélé qu'à l'urgence de l'Hôpital de Chandler, les réévaluations ne sont pas effectuées systématiquement, ce qui vaut au personnel infirmier au triage de fréquents rappels à ce sujet.

Les chefs de service des urgences des Hôpitaux de Maria et de Gaspé affirment aussi que les réévaluations sont fortement encouragées et font fréquemment l'objet de rappels au personnel concerné.

Bien que le Protecteur du citoyen accueille favorablement ces mesures, l'information recueillie ne permet pas d'en déduire que les réévaluations augmenteront suffisamment à court terme. Pour assurer la sécurité des patients, le Protecteur du citoyen considère que les délais de réévaluation exigés par l'ÉTQ doivent être respectés (R-11).

### **3.2.3 Conformité des statistiques à l'urgence**

Le *Guide de gestion de l'urgence* précise que les établissements doivent tolérer un maximum de 15 % de séjours de plus de 24 heures à l'urgence et aucun séjour de 48 heures et plus.

Selon l'information transmise, des patients demeureraient à l'urgence de certaines installations très longtemps sans que ces données apparaissent dans les statistiques communiquées au MSSS.

L'analyse de la situation aux urgences des Hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé démontre une gestion adéquate des statistiques de durée de séjour de plus de 24 ou 48 heures. Ainsi, un patient demeure statistiquement à l'urgence tant et aussi longtemps qu'il n'a, physiquement, pas quitté la civière, et ce, même s'il est en attente d'une hospitalisation.

Cependant, dans les urgences des CLSC de Grande-Vallée et de Murdochville, les patients en fin de vie ou souffrant de maladies chroniques et pour lesquels une période d'observation est notamment requise sont automatiquement retirés des statistiques du nombre de patients sur civière, bien qu'ils puissent demeurer possiblement plusieurs jours à l'urgence. Cette pratique a été instaurée à la demande de patients qui désiraient recevoir des soins près de leur lieu de résidence.

L'enquête du Protecteur du citoyen révèle que cette façon de faire a été approuvée par le MSSS en raison du contexte particulier de ces installations et pour répondre à la demande des patients qui souhaitent rester au CLSC plutôt que d'être transférés à un centre hospitalier situé à plus d'une heure de leur domicile.

Malgré que la mise en place d'une unité d'observation à l'urgence augmente inévitablement la durée des séjours à l'urgence, le Protecteur du citoyen a pu constater que cette pratique n'est pas préjudiciable aux patients concernés. Elle permet plutôt de donner suite à une volonté exprimée par les usagers eux-mêmes.

### **3.2.4 Délai de séjour à l'urgence**

Dans la *Circulaire 2012-033*, le MSSS précise ses responsabilités et celles des établissements afin de favoriser une gestion optimale des urgences et d'éviter leur encombrement.

Le *Guide de gestion de l'urgence* recommande un délai moyen de deux heures entre la demande d'hospitalisation d'un patient se trouvant à l'urgence et son départ pour l'unité de soins. Il précise que la direction générale de l'établissement doit quotidiennement prendre connaissance de la situation et mettre en place les mécanismes correctifs lorsque le délai moyen entre la demande d'hospitalisation et le départ du patient pour l'unité de soins excède deux heures.

De plus, l'établissement doit assurer une gestion opérationnelle quotidienne de l'urgence, prendre les moyens pour éviter tout séjour prolongé et réduire la durée moyenne de séjour à 12 heures. En outre, l'article 27 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* édicte qu'un centre hospitalier doit, en toutes circonstances, limiter à 48 heures la durée du séjour de tous les patients à l'urgence.

Pour diminuer la durée des séjours à l'urgence, différentes mesures doivent être envisagées par les établissements :

- ▶ Implanter un mode de cogestion médico-administrative (gestionnaire des admissions et séjours avec coordonnateur médical) de la gestion des lits, des durées de séjour et de la planification des départs;
- ▶ Prendre connaissance quotidiennement des données du tableau de bord des urgences et appliquer, lorsque requis, le plan de gestion du débordement de l'urgence - incluant des admissions en surcapacité sur les unités de soins, en hébergement et en réadaptation ainsi qu'en intensifiant les services de soutien à domicile;
- ▶ Établir des priorités quant à la désinfection des lits dans les différentes unités de l'établissement;
- ▶ Établir un mécanisme d'évaluation de la pertinence des admissions;
- ▶ Diminuer les délais pour les consultations et les examens diagnostiques;
- ▶ Attribuer des ressources médicales et infirmières dans le secteur ambulatoire au moment des pics d'achalandage.

L'enquête du Protecteur du citoyen démontre que la durée moyenne de séjour, pour la période 6 de l'année 2016 à l'Hôpital de Gaspé est de 8,1 heures toutes clientèles confondues, alors qu'elle est de 10,3 heures à l'Hôpital de Chandler. Dans les deux cas, les données sont conformes aux normes.

De son côté, l'Hôpital de Maria présente une durée moyenne de séjour de 21,6 heures pour cette même période. La situation est des plus préoccupantes, considérant que 36 % des séjours à l'urgence de cet hôpital, pour cette même période, ont été de plus de 24 heures. C'est une diminution de performance notable en comparaison avec l'année précédente (9 %). Le Protecteur du citoyen estime que le CISSS de la Gaspésie doit analyser sérieusement cette problématique spécifique à l'Hôpital de Maria et il fait une recommandation en ce sens (R-12).

En outre, selon les données recueillies, le délai entre la demande d'hospitalisation et le départ de l'urgence vers l'unité de soins pour la période 6 de l'année 2016 à l'Hôpital de Maria, à l'Hôpital de Chandler et à l'Hôpital de Gaspé est, respectivement, de 22,1 heures, 2,4 heures et 1,1 heure.

La situation constatée à l'Hôpital de Chandler et, plus particulièrement, à l'Hôpital de Maria est inquiétante. Malgré une surveillance d'heure en heure et un rapport de la gestion des lits acheminé plus d'une fois par jour à l'ensemble des gestionnaires

concernés, la problématique demeure. Un plan d'action devra être mis en place par l'établissement afin de réduire le délai entre la demande d'hospitalisation et le départ du patient pour l'unité de soins au sein de ces installations (R-13).

Enfin, en plus des mesures mentionnées précédemment pour diminuer le délai des séjours à l'urgence, il est reconnu que l'orientation de certains patients vers une autre ressource faisant l'objet d'une entente entre l'établissement et d'autres partenaires concernés dans le réseau de la santé et des services sociaux favorise l'accès aux soins de santé. Une telle procédure de réorientation des patients qui se présentent avec des signes et des symptômes précis n'est présentement pas en vigueur dans les centres hospitaliers visés par le signalement. Cette pratique est d'ailleurs jugée particulièrement pertinente par les chefs de service concernés, en raison du nombre important de patients de l'urgence ayant une condition de santé moins urgente.

Le développement de nouvelles ententes de réorientation pour les patients ayant une priorité moindre serait en cours au sein des Hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé. Le Protecteur du citoyen estime qu'il doit se poursuivre afin d'améliorer l'accès aux soins et diminuer l'achalandage à l'urgence dans ces installations et fait une recommandation à ce sujet (R-14).

### **3.2.5 Hygiène et salubrité à l'urgence**

L'article 9 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* prévoit qu'un établissement, à l'exception d'un centre de services sociaux, doit prendre les dispositions qui s'imposent pour prévenir et enrayer la contagion et l'infection.

En outre, il est précisé dans le *Répertoire des guides de planification immobilière : Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales* que l'aménagement et l'emplacement d'une utilité souillée doivent, entre autres, permettre d'éviter le croisement des éléments souillés et des éléments propres.

Le Protecteur du citoyen a pu constater que les lieux physiques des diverses urgences visitées sont exempts de taches ou de débris. Cependant, dans un corridor à l'urgence de l'Hôpital de Maria, un bac destiné aux vêtements souillés se trouvait à la tête d'une civière occupée par une patiente. Il a été reconnu que cet emplacement n'était pas adéquat ni usuel.

Le Protecteur du citoyen juge que la prévention et le contrôle des infections sont des incontournables de la qualité et de la sécurité des soins. En conséquence, une recommandation est formulée afin de s'assurer de l'organisation sécuritaire et éviter la contamination croisée (R-15).

### **3.2.6 Transferts interétablissements**

Conformément au *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* et au *Guide de gestion de l'urgence*, chaque urgence doit avoir une politique, approuvée par le conseil d'administration de l'établissement, pour les transferts interétablissements. L'accès aux soins et aux services doit être rapide ou respecter un délai déterminé dans le protocole d'entente.

Le Protecteur du citoyen constate des pratiques de transferts divergentes d'une installation à l'autre. Même si des politiques de transferts existaient avant la

réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux en avril 2015, il a été constaté qu'elles étaient méconnues par le personnel directement concerné.

Une politique de transferts est actuellement en attente d'approbation par diverses instances et remplacera les précédentes. Celle-ci s'appliquera à l'ensemble des installations du CISSS. L'établissement doit poursuivre cette démarche (R-16).

### **3.2.7 Formation continue du personnel infirmier**

Les articles 17 et 18 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* soulignent l'importance « d'agir avec compétence » et de « tenir à jour ses compétences ». Bien que ces responsabilités incombent à l'infirmière, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) considère que les employeurs ont un rôle important à jouer à cet égard. Ils sont, en effet, à même de rendre plus accessibles les activités de formation continue qui peuvent aider les infirmières à se conformer à la norme professionnelle en cette matière, ceci afin d'améliorer la qualité des soins et d'en assurer la sécurité.

L'OIIQ est d'avis que l'apport des conseillers en soins infirmiers est également non négligeable pour la détermination des besoins de formation, le développement d'activités de formation continue dans les milieux de soins et l'intégration des nouvelles connaissances dans la pratique clinique.

Il ressort que le personnel infirmier des trois centres hospitaliers visés par le signalement estime ne pas bénéficier de la formation nécessaire au maintien de leurs connaissances. De plus, l'horaire des formations dispensées est peu accommodant : lorsque la formation est offerte sur l'heure du dîner, il est possible que ce moment ne corresponde pas à l'horaire de la pause pour tous; lorsqu'elle a lieu le soir, le personnel travaillant durant ce quart de travail ne peut y assister. L'enquête du Protecteur du citoyen révèle qu'à l'Hôpital de Maria, des formations sont offertes à certains membres du personnel infirmier et qu'il appartient par la suite à ceux-ci de transmettre l'information à leurs collègues. Une telle responsabilité ne convient généralement pas au personnel et a pour effet de diminuer les taux de participation.

L'établissement stipule que les formations sont jugées suffisantes et que les midis-cliniques ainsi que l'Intranet, qui propose des contenus d'apprentissage, sont destinés à la formation continue.

Or, pour ce qui est de l'Hôpital de Maria, plus précisément, le personnel de chirurgie estime qu'en raison de l'ampleur de sa tâche, il ne peut bénéficier du temps libre nécessaire pour consulter la documentation mise à sa disposition. Certaines tâches ne seraient d'ailleurs pas accomplies par manque de temps. C'est le cas notamment du plan thérapeutique infirmier (PTI), qui est pourtant une norme de documentation obligatoire pour les membres de l'OIIQ. Par ailleurs, le personnel a informé le Protecteur du citoyen que les rapports interservices écrits et échangés entre l'assistante infirmière-chef et les infirmières de la chirurgie de cet hôpital étaient également rarement effectués, faute de temps. Une recommandation est formulée à cet effet (R-17).

L'établissement travaille actuellement à développer le travail d'infirmières monitrices qui pourront accentuer l'accompagnement et le support auprès du personnel infirmier novice. Or, il ressort de l'enquête que les infirmières monitrices/cliniciennes et coordonnateurs d'activités, devant être disponibles pour valider les apprentissages et les techniques des infirmières, ne les côtoient présentement que

très peu sur les unités de soins. Elles sont néanmoins jugées essentielles pour des soins spécialisés ou pour supporter le personnel dans les unités en débordement.

Enfin, le Protecteur du citoyen estime que l'établissement doit considérer la valeur ajoutée que représente la formation continue et conjuguer ses efforts pour lever les principaux obstacles à l'engagement du personnel infirmier (R-18).

### **3.2.8 Formation du personnel en soins palliatifs**

La *Politique en soins palliatifs de fin de vie* du MSSS précise que tous les centres hospitaliers qui n'ont pas d'unité de soins palliatifs doivent offrir des services de cette nature sur place par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire. Pour ce faire, les établissements doivent créer un environnement favorable à la formation par des mesures concrètes : budget spécial, locaux adaptés et disponibles en tout temps, support technique, personnel clérical, etc.

Toujours selon cette politique, les professionnels appelés à intervenir auprès de la personne et de ses proches en contexte de soins palliatifs de fin de vie (SPFV) doivent posséder des compétences propres à ce domaine, étant donné la complexité des besoins. En plus d'une formation initiale en SPFV, dont bénéficient quelques professions, le développement des compétences par la formation continue en cours d'emploi doit être privilégié par des stratégies d'apprentissage interdisciplinaires et sous forme de mentorat.

En outre, le plan de déploiement du *Cadre de référence sur le développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie du MSSS 2015-2020* stipule que 70 % des établissements concernés par les particularités de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (tous les milieux qui pourraient avoir à administrer la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir ou encore à appliquer les directives médicales anticipées) doivent disposer de personnel formé, dès décembre 2015, incluant des médecins, des pharmaciens, des infirmières et des travailleurs sociaux.

L'enquête du Protecteur du citoyen révèle que les Hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé favorise les patients en soins de vie pour certains lits versus tout autre patient. Ces chambres sont adéquatement aménagées pour le patient et ses proches. Dans le cas où les chambres dédiées aux soins palliatifs sont toutes occupées par un patient qui reçoit des soins actifs, une chambre privée sur une autre unité est attribuée rapidement au patient en fin de vie.

Concernant la formation des infirmières pour assister ce type de clientèle, il appert que l'Hôpital de Chandler possède une équipe dédiée aux soins d'oncologie et de fin de vie, laquelle est composée de plusieurs médecins, infirmières et d'une travailleuse sociale. Tous ont eu une formation appropriée.

Quant aux Hôpitaux de Maria et de Gaspé ainsi qu'aux CLSC de Murdochville et de Grande-Vallée, ils sont dépourvus d'une équipe multidisciplinaire. Les soins médicaux des patients en fin de vie sont offerts par une équipe médicale formée. Les soins infirmiers sont prodigués par le personnel infirmier des diverses unités où sont susceptibles de séjourner les patients en fin de vie, fréquemment en médecine ou en chirurgie.

Il ressort de notre analyse qu'un volet soins palliatifs est inclus dans les programmes de formation lors de l'embauche d'une infirmière. De plus, le personnel infirmier des installations de ces trois réseaux locaux s'est fait offrir, depuis 2015, une formation sur

les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir. Selon l'information obtenue de l'établissement, le personnel infirmier des installations disposerait de la compétence nécessaire en regard des soins infirmiers, mais l'approche à l'égard du patient nécessiterait une certaine amélioration, notamment pour le personnel de l'Hôpital de Maria.

Le Protecteur du citoyen constate toutefois des lacunes dans les connaissances du personnel infirmier. Tout particulièrement, les novices ne sont pas suffisamment outillés pour travailler auprès de cette clientèle. Certaines infirmières ont même affirmé que leur dernière formation à ce sujet datait de plus de dix ans, ce qui est très préoccupant.

Le Protecteur du citoyen prend acte du Plan de développement 2015-2016 des SPFV du CISSS de la Gaspésie et de l'intention de s'assurer que tous les intervenants des équipes de soins s'approprient les normes en soins palliatifs grâce à leur diffusion dans l'Intranet de l'établissement. Il estime cependant que la complexité des besoins et l'importance d'apaiser la souffrance globale de la personne et de ses proches exigent que les intervenants possèdent les connaissances requises pour donner des soins palliatifs et de fin de vie. Les correctifs à apporter sont d'autant plus pressants que l'unique maison de soins palliatifs en Gaspésie a fermé ses portes en 2014. Pour toutes ces raisons, une recommandation est formulée à l'établissement (R-19).

### **3.2.9 Surveillance en obstétrique**

La surveillance clinique fait partie de la pratique courante du personnel infirmier et relève de sa compétence. Elle s'inscrit dans l'évaluation en cours d'évolution et, ainsi, constitue l'un des fondements de l'exercice de cette profession. Elle s'applique principalement aux clientèles dont l'état de santé présente des risques, et ce, dans tous les domaines cliniques. L'OIIQ est d'avis que « la surveillance clinique s'avère essentielle pour préciser les alertes cliniques liées à la condition physique et mentale du patient et pour anticiper ses réactions en fonction de son individualité, en distinguant celles qui sont liées à la présence de facteurs de risque de celles qui sont inhérentes aux interventions à visée diagnostique ou thérapeutique ».

Le Protecteur du citoyen a constaté divers procédés quant au système de garde dans les unités d'obstétrique des centres hospitaliers.

D'une part, l'Hôpital de Maria dispose de cinq lits d'obstétrique et bénéficie de deux infirmières sur chaque quart de travail. Celles-ci demeurent à l'unité d'obstétrique en tout temps. Régulièrement, lorsque des lits sont disponibles, des patients des unités de médecine ou de chirurgie sont localisés en obstétrique. S'ensuit dès lors une mixité de clientèle à cette unité. Le Protecteur du citoyen a cependant pu constater une similarité des cas cliniques orientés vers l'unité d'obstétrique, bien que, selon l'information recueillie, un peu plus d'un cas sur six est un cas clinique tout à fait nouveau pour le personnel infirmier. L'établissement assure cependant que ces cas n'exigent pas de formation spécifique.

D'autre part, il a été souligné que le personnel de différentes unités d'obstétrique est régulièrement déplacé vers la chirurgie et la pédiatrie et, s'il y a un accouchement, il est rapatrié en obstétrique sans l'ajout d'une ressource à l'unité de chirurgie ou de pédiatrie.

L'enquête révèle que le travail du personnel infirmier des unités d'obstétrique des centres hospitaliers de Chandler et de Gaspé diffère de celui à l'Hôpital de Maria. En effet, deux infirmières sont attirées en obstétrique pour quatre lits à Gaspé et quatre lits à Chandler. Une infirmière demeure en tout temps en obstétrique alors que la deuxième peut se faire attribuer des patients en courte durée, bien qu'elle ne soit considérée que comme un ajout de personnel. Il s'agit de la situation préconisée lorsque l'achalandage est moindre en obstétrique, mais supérieur en courte durée. Ainsi, lorsque la situation l'exige, l'infirmière doit retourner rapidement à l'unité d'obstétrique et la responsabilité de ses patients en courte durée sera confiée à un autre membre du personnel. Il est important de mentionner ici la proximité physique des deux unités et, conséquemment, le court délai nécessaire au retour à l'unité d'obstétrique.

Ainsi, bien que l'enquête du Protecteur n'ait pas permis de constater de lacunes dans les soins dispensés à ces unités, l'établissement est invité à demeurer vigilant quant à cette façon de faire, qui pourrait devenir problématique dans le cas où les deux unités seraient en débordement.

## 4 Conclusion

Le Protecteur du citoyen a pris la décision d'entamer une intervention à la suite d'informations faisant état de lacunes dans les soins de longue durée, les soins aigus, ainsi que les soins de première ligne offerts par le CISSS de la Gaspésie.

La réalisation de l'intervention a nécessité des activités d'enquête dans un grand nombre d'installations de la région visée. Quoiqu'il y ait place à l'amélioration sur divers éléments, dans l'ensemble l'enquête n'a pas révélé de lacunes majeures justifiant au Protecteur du citoyen de craindre pour la santé et la sécurité des usagers. D'ailleurs, le nombre de recommandations adressées à l'établissement par le Protecteur du citoyen s'avère relativement modeste, compte tenu du nombre élevé d'installations visées.

Enfin, le Protecteur du citoyen tient à souligner l'excellente collaboration de l'ensemble des personnes sollicitées au cours de son enquête, incluant les membres du personnel soignant ainsi que le personnel de direction de l'établissement.

## 5 Recommandations

Compte tenu de ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande au Centre de santé et de services sociaux de la Gaspésie (CISSS) de :

- R-1 Se doter**, dans chacun des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, d'un mécanisme formel de sécurisation de l'offre de soins infirmiers aux résidents permettant au personnel infirmier d'obtenir rapidement et de façon ponctuelle du soutien en cas de surcharge.

Le CISSS doit, d'ici le 31 janvier 2017, informer le Protecteur du citoyen du mécanisme mis en place à la suite de cette recommandation ainsi que des mesures utilisées pour informer et sensibiliser le personnel infirmier.

- R-2 Offrir**, dans chacun des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, une réponse diligente aux besoins de soutien et d'assistance des résidents, et ce, en :

- ▶ réalisant des audits afin d'établir les délais réels de réponse aux cloches d'appel actionnées par les résidents;
- ▶ assurant une évaluation diligente de l'urgence de la situation des résidents qui actionnent leur cloche d'appel.

Le CISSS doit, d'ici le 31 janvier 2017, informer le Protecteur du citoyen du résultat de ces audits et des mesures mises en place à la suite de ceux-ci.

- R-3 Se doter**, pour l'ensemble des milieux d'hébergement sous sa responsabilité, d'un protocole détaillé de réponse aux besoins des résidents ayant des troubles du comportement, notamment dans le but :

- ▶ de définir des pratiques rigoureuses d'évaluation du profil et des besoins des résidents ayant des troubles du comportement;
- ▶ de donner les suites appropriées aux évaluations effectuées afin que les résidents concernés soient dirigés vers les milieux d'hébergement qui correspondent à leur profil de besoins et de comportements;
- ▶ de préciser les critères d'admission et de maintien dans les différentes unités d'hébergement, afin d'éviter toute situation d'incompatibilité entre les profils de comportements de la clientèle;
- ▶ de respecter en tout temps le droit de chaque résident à un milieu de vie qui assure sa sécurité, notamment lorsque des résidents atteints de troubles du comportement cohabitent avec une clientèle en situation de vulnérabilité.

Le CISSS doit, d'ici le 31 mars 2017, fournir au Protecteur du citoyen un exemplaire de ce protocole en indiquant les mesures visant son implantation.

- R-4 Fournir** aux membres de son personnel une formation spécifique sur la manière d'intervenir adéquatement auprès des résidents atteints de déficits cognitifs ainsi que de symptômes comportementaux et psychologiques associés à ces déficits cognitifs.

Le CISSS doit, d'ici le 31 mars 2017, indiquer au Protecteur du citoyen les formations offertes aux membres de son personnel à la suite de cette recommandation.

**R-5 Réévaluer** en équipe multidisciplinaire chacune des mesures de contrôle utilisées auprès des résidents de l'unité spécifique du Centre d'hébergement de Maria, en s'assurant que celles-ci sont appliquées dans le respect des règles en la matière et des droits fondamentaux des personnes concernées.

Le CISSS doit, d'ici le 31 janvier 2017, informer le Protecteur du citoyen du résultat de cette réévaluation ainsi que des mesures concrètes mises en place à la suite de sa réalisation.

**R-6 Renforcer** la capacité de surveillance auprès des résidents de l'unité spécifique du Centre d'hébergement de Maria, afin de restreindre l'utilisation des mesures de contrôle uniquement aux résidents dont la condition clinique le requiert, dans le respect des règles applicables et des droits fondamentaux des personnes concernées.

Le CISSS doit, d'ici le 31 janvier 2017, informer le Protecteur du citoyen des mesures mises en place à la suite de cette recommandation.

**R-7 Fournir** à l'ensemble des résidents du Centre d'hébergement Mgr-Ross de Gaspé la possibilité de recevoir un bain avec immersion dans l'eau, dans le respect de leurs préférences et de leur condition clinique.

Le CISSS doit, d'ici le 31 janvier 2017, indiquer au Protecteur du citoyen les mesures prises à cette fin.

**R-8 Améliorer** la qualité du milieu de vie offert aux résidents des milieux d'hébergement placés sous sa responsabilité, et ce, en :

- ▶ respectant le rythme de vie ainsi que les préférences des résidents au regard du moment du réveil en début de journée;
- ▶ définissant une offre de soutien relationnelle et émotionnelle à l'intention des résidents;
- ▶ appliquant un programme de promotion et de maintien de la marche auprès des résidents, en fonction de leurs souhaits et de leur état de santé fonctionnel.

Le CISSS doit, d'ici le 31 janvier 2017, indiquer au Protecteur du citoyen les mesures mises en place à la suite de cette recommandation.

**R-9 S'assurer** que chaque patient qui consulte pour un problème de santé à l'urgence des CLSC de Grande-Vallée et de Murdochville soit évalué au triage, avant son inscription à l'urgence.

Le CISSS doit, d'ici le 30 juin 2017, confirmer au Protecteur du citoyen que cet objectif a été réalisé en indiquant le moyen utilisé pour y parvenir.

**R-10 S'assurer** que le personnel infirmier au service d'urgence du CLSC de Murdochville :

- ▶ respecte le délai de dix minutes prescrit pour procéder à l'évaluation initiale au triage;
- ▶ a une vue complète, en tout temps, de tous les patients de la salle d'attente.

Le CISSS doit, d'ici le 31 mars 2017, confirmer au Protecteur du citoyen que ces objectifs ont été réalisés en indiquant les mesures prises à cette fin.

**R-11 S'assurer** que le personnel infirmier à l'urgence des Hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé effectue les réévaluations selon les délais prescrits par l'ÉTG.

Le CISSS doit, d'ici le 31 janvier 2017, confirmer au Protecteur du citoyen que cet objectif a été réalisé en indiquant le moyen utilisé pour y parvenir.

**R-12 Diminuer** la durée moyenne de séjour à l'urgence de l'Hôpital de Maria afin d'éviter tout séjour prolongé notamment, en orientant certains patients vers des ressources alternatives, en réduisant les délais pour les consultations et les examens diagnostiques ou en attribuant des ressources supplémentaires au moment des pics d'achalandage.

Le CISSS doit, d'ici le 30 juin 2017, informer le Protecteur du citoyen des mesures prises à cette fin.

**R-13 Réduire**, à l'Hôpital de Maria et à l'Hôpital de Chandler, le délai entre la demande d'hospitalisation et le départ du patient pour l'unité de soins, en tenant compte des différentes étapes liées au processus d'admission, afin de respecter un délai moyen de deux heures.

Le CISSS doit, d'ici le 30 juin 2017, informer le Protecteur du citoyen des mesures mises en place à la suite de cette recommandation.

**R-14 Poursuivre** les travaux afin de développer de nouvelles ententes de réorientation des patients se présentant à l'urgence des Hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé et ayant un degré de priorité de 4 et 5.

Le CISSS doit, d'ici le 30 juin 2017, informer le Protecteur du citoyen du résultat de ces travaux.

**R-15 S'assurer** qu'en tout temps l'emplacement des bacs destinés aux utilités souillées à l'Hôpital de Maria permet d'éviter le croisement avec des éléments propres.

Le CISSS doit, d'ici le 31 janvier 2017, confirmer au Protecteur du citoyen que cet objectif a été réalisé en indiquant le moyen utilisé pour y parvenir.

**R-16 Poursuivre** le développement de la nouvelle politique de transferts interétablissements.

Le CISSS doit, d'ici le 30 juin 2017, transmettre au Protecteur du citoyen une copie de cette politique.

**R-17 S'assurer**, notamment par des audits de dossiers, que les plans thérapeutiques infirmiers sont effectués à l'unité de chirurgie de l'Hôpital de Maria.

Le CISSS doit, d'ici le 31 mars 2017, informer le Protecteur du citoyen du résultat de ces audits et des mesures mises en place à la suite de ceux-ci.

**R-18 Bonifier** l'offre de formation faite au personnel infirmier des Hôpitaux de Maria, de Chandler et de Gaspé afin de la rendre plus accessible et s'assurer qu'elle contribue véritablement à améliorer la qualité des soins et services offerts aux patients.

Le CISSS doit, d'ici le 31 mars 2017, confirmer au Protecteur du citoyen que cet objectif a été réalisé en indiquant les moyens utilisés pour y parvenir.

**R-19 Fournir** au personnel concerné des Hôpitaux de Maria et de Gaspé ainsi qu'au CLSC de Grande-Vallée et de Murdochville une formation afin qu'il puisse intervenir adéquatement auprès des patients en soins palliatifs et de fin de vie.

Le CISSS doit, d'ici le 30 juin 2017, confirmer au Protecteur du citoyen que cet objectif a été réalisé en indiquant les moyens utilisés pour y parvenir.

**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.

[www.protecteurducitoyen.qc.ca](http://www.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<sup>e</sup> 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](mailto:protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca)