

**BILAN DES ACTIONS
DU PROTECTEUR DES USAGERS
AUPRÈS DES CENTRES D'HÉBERGEMENT
ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)
EN 2003-2004**

**PROTECTEUR DES USAGERS
EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX**

Novembre 2004

Ce rapport a été préparé pour le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux.

Analyse des données et rédaction du rapport : Jacques Alary, professeur-chercheur retraité de l'Université de Sherbrooke

500, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 6.400
Montréal (Québec) H2Z 1W7
Téléphone : (514) 873-3205
Télécopieur : (514) 873-5665

500, Grande Allée Est, bureau 102
Québec (Québec) G1R 2J7
Téléphone : (418) 643-6729
Télécopieur : (418) 643-4983

Sans frais : 1 877 658-2625
ATS : (514) 873-0998 ou sans frais 1 866 410-0901

Courriel : protecteur@msss.gouv.qc.ca

La forme masculine employée dans ce texte désigne aussi bien les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Partie I	
Les principaux constats et recommandations du Protecteur des usagers.....	3
1.1 La participation des usagers et des membres de leur famille aux décisions	3
1.2 Les attitudes et les comportements des intervenants	3
1.3 Les pratiques professionnelles et la tenue des dossiers.....	4
1.4 La capacité des établissements et des résidences à accomplir les activités propres à la mission d'un CHSLD	5
1.5 L'environnement physique et les services auxiliaires	6
1.6 Les politiques et les procédures en matière d'accidents et d'incidents.....	7
Conclusion	8
Partie II	
Annexes	
Données sur les dossiers de plainte et d'intervention en 2003-2004 concernant les soins et les services donnés en CHSLD et en résidences pour personnes en perte d'autonomie	9
Annexe 1 Les rapports entre le personnel des établissements et les familles ou les mandataires des usagers	10
Annexe 2 Les attitudes et les comportements du personnel envers les usagers.....	15
Annexe 3 La qualité des soins et des services donnés aux usagers	18
Annexe 4 L'adéquation des ressources humaines aux besoins des diverses catégories de personnes hébergées	21
Annexe 5 La qualité de l'environnement physique et des services auxiliaires	26
Annexe 6 Les politiques et les procédures concernant la gestion des incidents et des accidents impliquant des usagers et des membres du personnel des établissements.....	30

INTRODUCTION

La Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. P-31.1) prévoit que le Protecteur des usagers veille, 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 (L.R.Q., c. S-4.2) et par toute autre loi. En outre, en vertu du chapitre IV de sa loi constitutive, il peut intervenir s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé dans ses droits ou peut vraisemblablement l'être par l'acte ou l'omission d'un établissement.

C'est ainsi qu'au cours de l'année 2003-2004 le Protecteur des usagers a traité un certain nombre de plaintes et a donné suite à des signalements relatifs à des situations mettant en cause les droits des usagers et la qualité des soins et des services dans des établissements et des résidences où sont hébergées des personnes âgées en perte d'autonomie. Par ailleurs, le ministre de la Santé et des Services sociaux a entrepris en octobre 2003 une action qui vise à relever les standards de pratique dans ces établissements, en diffusant un document intitulé *Pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Plus récemment, en juin 2004, le ministère a fait connaître les résultats des observations qui ont été faites au cours des « visites d'appréciation de la qualité des services » conduites dans 47 établissements offrant des services d'hébergement et des soins de longue durée.

Bien que les constats effectués au cours de ces visites ministérielles rejoignent les observations faites par le Protecteur des usagers lors de l'examen des plaintes et des signalements adressés à ses bureaux, nous avons jugé opportun de porter à l'attention du ministre les résultats d'une étude que nous avons faite à partir des dossiers que nous avons traités en 2003-2004. Dans ces dossiers sont consignées les données qui viennent illustrer des lacunes et des difficultés souvent importantes dans le fonctionnement des établissements et des résidences, auxquelles il importe de remédier. Elles mettent aussi en évidence les efforts et les engagements entrepris en ce sens par les responsables et le personnel des établissements de même que les recommandations particulières que nous avons été amenés à formuler en vue d'améliorer la qualité des soins et des services.

La première partie du document est essentiellement consacrée à une synthèse des constats et des recommandations du Protecteur des usagers. On y trouve les principaux motifs qui sont à l'origine des plaintes et des signalements adressés au Protecteur des usagers ainsi que les constats les plus importants effectués lors de l'examen des faits et des interventions conduites par les délégués de cet organisme. De plus, on peut y lire les principales recommandations formulées en cours d'exercice et qui mettent en relief les actions primordiales envisagées pour remédier aux lacunes, aux manquements et aux insuffisances constatés ou pour prévenir la répétition de fautes, d'erreurs, d'incidents ou d'accidents.

Pour le lecteur intéressé à en connaître davantage sur l'étude des dossiers de plainte et de signalement, nous présentons en annexe une description plus détaillée des situations portées à notre attention en 2003-2004 et consignées dans 62 dossiers se rapportant à 41 plaintes et à 21 signalements. Ces dossiers concernent 50 établissements et résidences qui se répartissent comme suit : 34 centres publics d'hébergement et de soins de longue

durée; 8 résidences privées avec permis du ministère; et 8 résidences privées sans permis.

Les problématiques qui ont été relevées au cours de l'étude ont été classées selon les six grands thèmes suivants : (1) les rapports entre le personnel des établissements et les familles des usagers; (2) les attitudes et les comportements du personnel envers les usagers; (3) la qualité des soins et des services donnés aux usagers; (4) l'adéquation des ressources humaines aux besoins des diverses catégories de personnes hébergées; (5) la qualité de l'environnement physique et des services auxiliaires; (6) les politiques et les procédures concernant la gestion des accidents et des incidents.

Soulignons enfin que notre approche est axée sur le respect des droits des usagers, mais elle mise autant que possible sur la collaboration et la mobilisation des personnes en situation de responsabilité. C'est donc de l'intérieur que nous examinons chaque cas; ainsi, notre approche nous permet de mettre en relief la dynamique particulière à chaque milieu.

PARTIE I LES PRINCIPAUX CONSTATS ET RECOMMANDATIONS DU PROTECTEUR DES USAGERS

Le respect des usagers et de leurs droits ainsi que l'amélioration de la qualité des services étant au cœur du mandat du Protecteur des usagers, nous considérons que les problématiques suivantes et les mesures pour y remédier devraient faire l'objet d'une attention particulière de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux.

1.1 La participation des usagers et des membres de leur famille aux décisions

Dans plusieurs situations, nous avons constaté que la communication entre le personnel et l'utilisateur ou des membres de sa famille avait fait défaut. En effet, le personnel a parfois omis de leur donner l'information suffisante pour qu'ils puissent faire un choix éclairé ou participer à des décisions concernant les modalités des soins et des services donnés. Dans d'autres cas, on a omis d'obtenir le consentement de ces personnes concernant l'élaboration ou la modification du plan d'intervention, le type de médication à donner ou à éviter, l'utilisation d'une contention, l'adaptation des soins palliatifs selon l'évolution de l'état de santé, les changements de chambre ou d'unité ou encore le transfert vers un autre établissement.

Par ailleurs, des consignes ou des renseignements donnés par l'utilisateur ou sa famille et inscrits au dossier n'ont pas toujours été consultés ou respectés. Des conflits ont parfois surgi à l'occasion des visites faites par les proches des usagers, et des restrictions sévères au droit de visite ont dû alors être imposées. Également, il est arrivé que des pratiques institutionnelles contraignantes – concernant les heures du lever et du coucher et les plages horaires des repas – ont été instaurées sans consultation préalable et sans tenir compte des habitudes ou des attentes des usagers.

Enfin, des recommandations ont été adressées aux établissements à propos des mesures à mettre en œuvre pour favoriser la circulation bidirectionnelle de l'information entre les usagers, les familles et le personnel soignant. Des rappels ont été faits au sujet de l'obligation d'obtenir le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal en toute matière le concernant. Le Protecteur des usagers a aussi dû recommander en certains cas qu'une formation soit donnée au personnel clinique à propos des notions d'inaptitude, de consentement et de consentement substitué.

1.2 Les attitudes et les comportements des intervenants

Dans un certain nombre de situations, nous avons constaté des manquements individuels dans la façon de se conduire envers les usagers. Ces manquements sont caractérisés par des attitudes ou des gestes irrespectueux des personnes, des paroles inappropriées ou vulgaires de même que des façons de faire non respectueuses de la dignité ou de l'intimité de la personne. Ces manquements surviennent de façon occasionnelle et ils font habituellement l'objet de sanctions de la part des autorités de l'établissement.

D'autres situations touchent un nombre important d'employés ou des équipes entières de préposés et de membres du personnel soignant de même que des clans en rivalité les uns avec les autres. Les agissements de ces employés ont des répercussions directes sur les usagers ou créent un climat organisationnel peu compatible avec les normes d'un milieu de vie qui se veut serein et attentif aux besoins et aux vulnérabilités des personnes. On a pu corroborer des comportements abusifs, irrespectueux et indignes, des abus de pouvoir, du contrôle, des gestes intempestifs-, de l'infantilisation et une familiarité qui portent atteinte à la dignité des usagers. On a aussi observé que ces manquements persistaient à la faveur d'un système de dissimulation, de banalisation, de complaisance, voire d'impunité. Dans le cas de complexes institutionnels hébergeant de 500 à 600 personnes réparties dans des installations différentes, situées dans des lieux géographiques distants, la direction ignorait ce qui se passait ou hésitait à intervenir lorsqu'elle devait faire face à ces situations.

La gestion des ressources humaines a fait l'objet de plusieurs recommandations à l'occasion du traitement de ces plaintes et signalements. Dans certains cas, nous avons dû recommander une évaluation en profondeur des services, du personnel et de l'encadrement. Nous avons demandé à certains établissements de revoir les attentes et les exigences de la direction à l'égard du personnel, de façon à se montrer plus rigoureux dans les rappels à faire auprès des employés et dans l'application de mesures disciplinaires.

Nous avons aussi recommandé que des formations soient données sur les règles d'éthique professionnelle et les obligations légales des employés ainsi que sur les approches psychologiques à adopter avec les personnes souffrantes et en perte d'autonomie sévère. Des rappels ont aussi été faits au regard de la procédure d'examen des plaintes dans certains établissements où l'on a constaté des manquements dans la façon de recevoir les plaintes des usagers et d'y répondre, de même que des représailles envers les usagers et leurs familles.

1.3 Les pratiques professionnelles et la tenue des dossiers

Dans certains cas, nous avons constaté un manque de professionnalisme dans l'accomplissement des soins corporels et infirmiers ainsi que de la négligence dans l'administration de la médication, le traitement des plaies de pression et la tenue des dossiers. Lors d'hébergements de courte durée en contexte de répit-dépannage, nous avons pu corroborer des manquements en ce qui a trait aux précautions à prendre lors du transfert d'usagers particulièrement souffrants ainsi que dans les soins d'hygiène requis par des problèmes d'incontinence.

Dans les situations de soins prolongés, nous avons constaté à plusieurs reprises que les notes aux dossiers des usagers étaient imprécises, incomplètes ou simplement manquantes. Ainsi, il n'était pas possible d'établir et de suivre de façon appropriée l'évolution de l'état de santé des usagers ou de noter sa détérioration accélérée, ni d'effectuer en temps opportun les consultations requises auprès des spécialistes ou le transfert urgent vers l'hôpital. Des manquements ont aussi été observés en matière d'évaluation clinique, d'interprétation des signes vitaux et d'application des protocoles de soins.

À quelques reprises, nous avons recommandé que des inspections soient faites par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec en raison des écarts constatés dans l'application des règles de l'art. Une évaluation des tâches confiées à des moniteurs cliniques a été demandée pour s'assurer que des actes réservés à des infirmières ne soient exercés par du personnel ne possédant ni le titre ni la formation requis. Nous avons jugé qu'il serait nécessaire d'offrir au personnel clinique des activités de perfectionnement portant sur la prévention et le traitement des plaies de pression ainsi que sur l'importance de consigner aux dossiers toute l'information permettant de documenter l'évolution et le traitement des plaies chroniques et l'administration de médicaments tels que la scopolamine, le Versed, la morphine et d'autres médicaments destinés à soulager la douleur. Il en va de même en ce qui a trait au protocole à suivre lorsqu'on observe des céphalées intenses et subites. Nous avons aussi recommandé qu'une formation soit donnée au personnel soignant sur le déplacement sécuritaire des usagers de façon à éviter des chutes, des blessures et des fractures.

Des recommandations ont été faites aux établissements à propos des normes relatives à la tenue des dossiers, à savoir que ceux-ci doivent contenir des notes précises et complètes à propos des soins donnés aux usagers ainsi que sur les mesures de contention utilisées, la période d'utilisation et la surveillance exercée pendant cette période. L'élaboration d'une politique interne concernant la rédaction des notes d'observation et d'évolution ainsi que la nécessité d'offrir une formation au personnel clinique en cette matière ont aussi fait l'objet de recommandations. De plus, des rappels ont été faits aux établissements à propos du dossier qui devrait être conçu comme l'outil auquel le personnel doit se référer en toute circonstance. En effet, le dossier devrait contenir l'information, les mesures de contrôle et les consignes fournies par les familles ainsi que les fiches se rapportant aux coordonnées des familles et indiquant les façons les plus efficaces de les joindre en cas d'urgence.

Enfin, des lacunes ont été constatées en ce qui a trait aux politiques et aux procédures en matière d'isolement et de contention. Des établissements ont été invités à réviser leur protocole d'application des mesures d'isolement et de contention et à donner une formation à tous leurs employés sur l'utilisation sécuritaire des contentions.

1.4 La capacité des établissements et des résidences à accomplir les activités propres à la mission d'un CHSLD

Dans un certain nombre de situations, nous avons constaté que l'établissement ou la résidence ne disposait pas des ressources humaines suffisantes ou dûment qualifiées pour assurer les soins et les services requis par des personnes en perte d'autonomie importante. D'une part, c'est plutôt le nombre d'intervenants (préposés et éducateurs spécialisés) qui paraît insuffisant pour encadrer adéquatement certaines activités sociales, culturelles et éducatives – destinées à maintenir les acquis ou à promouvoir le développement de la personne en matière d'autonomie physique et psychologique. D'autre part, c'est clairement l'absence ou l'insuffisance de personnel infirmier dûment qualifié qui fait défaut, compte tenu du nombre d'usagers pris en charge et de leur degré de perte d'autonomie.

Divers constats ont pu être faits à la suite des interventions du Protecteur des usagers, notamment que : certaines unités de soins étaient dépourvues de personnel pour des périodes pouvant totaliser jusqu'à 4 heures par nuit; qu'une seule infirmière ou infirmière auxiliaire était présente de 17 heures à 23 heures et pendant le quart de nuit pour assurer les services dans une résidence avec permis comptant 159 chambres; que des actes réservés à des infirmières étaient exécutés par des moniteurs cliniques ne possédant ni le titre ni les qualifications requis que 32 usagers présentant des problèmes cognitifs étaient hébergés dans une résidence, en sus des 28 usagers pour lesquels la résidence détenait un permis; qu'une résidence dont le permis avait été révoqué continuait à admettre des résidents en perte d'autonomie sans compter une infirmière parmi son personnel; que d'autres résidences détenant un permis ne rencontraient pas la norme de l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (appelée auparavant « régie régionale ») – qui exige la présence d'une infirmière à raison de 24 heures par jour et de 7 jours par semaine – ou encore continuaient à afficher un manque chronique d'infirmières, et ce, malgré les recommandations faites par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec après deux inspections et celles faites par l'agence à la suite de trois évaluations.

Les recommandations adressées à ces établissements et résidences par le Protecteur des usagers visaient l'embauche et la présence permanente de personnel infirmier dûment qualifié et en nombre suffisant, de façon à ce qu'ils puissent offrir les soins et les services requis selon les normes définies à l'article 437 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À quelques reprises, nous avons dû demander à l'agence de procéder à une évaluation des besoins des clientèles hébergées dans des résidences privées pour s'assurer qu'on n'y accomplissait pas des activités qui requièrent un permis. Ailleurs, cette évaluation a été demandée pour s'assurer que la résidence rencontrait les conditions requises pour le maintien de son permis.

Les agences ont aussi été mandatées pour surveiller les activités de ces résidences afin de s'assurer que l'article 437 de la Loi était respecté. Il a aussi été recommandé au Ministère d'obliger les résidences privées à assurer à leurs résidents la même protection que celle dont bénéficient les locataires de logements. Enfin, une résidence privée a été invitée à revoir son contrat de location de biens et services afin de le rendre conforme aux prescriptions du Code civil en matière contractuelle.

1.5 L'environnement physique et les services auxiliaires

Dans un bon nombre de dossiers, l'objet de la plainte ou du signalement porte sur les conditions de l'environnement physique dans lequel vivent les usagers, ou encore sur la qualité des services auxiliaires qui sont fournis par l'établissement ou la résidence. Les principales questions portées à l'attention du Protecteur des usagers concernent la propreté et la température des lieux habités ou fréquentés par les usagers et leurs familles; le fonctionnement sécuritaire des appareils et de l'équipement; le respect des normes concernant le bâtiment; la qualité de la nourriture; la méthode de distribution ou d'entreposage des médicaments.

Dans la plupart de ces situations, lors des examens et des visites faits par les délégués du Protecteur des usagers, aucun constat ne permettra de confirmer le bien-fondé des

plaintes ou des signalements. Par ailleurs, dans certains cas, des correctifs seront apportés rapidement par les gestionnaires et, le cas échéant, par les propriétaires; ou encore des explications seront fournies démontrant que les faits allégués par les plaignants ne sont pas fondés. Quelques recommandations ponctuelles seront faites visant la réparation ou le remplacement du système de sonnerie; l'agrandissement d'une chambre destinée à l'hébergement temporaire; l'achat d'une armoire avec serrure pour l'entreposage des médicaments; le relogement temporaire des usagers pour la durée des travaux de rénovation.

1.6 Les politiques et les procédures en matière d'accidents et d'incidents

Les situations ayant donné lieu à des examens de plaintes et à des interventions par le Protecteur des usagers concernent d'une part des blessures subies par des usagers à l'occasion des soins donnés par les préposés ou les professionnels (notamment en physiothérapie), telles qu'une dislocation, une fracture et des brûlures. Dans ces cas, les constats effectués lors de l'examen ne permettront pas de conclure à une négligence ou à un abus de la part du personnel, mais plutôt à un manque de mesures préventives qui auraient dû être exercées.

D'autre part, des constats de faute professionnelle ont pu être établis dans des situations où l'on a signalé et observé diverses fractures consécutives à une chute et ayant nécessité des interventions chirurgicales qui ont été suivies du décès de l'utilisateur dans les semaines ou les mois subséquents. Enfin, deux incidents particuliers ont nécessité des examens approfondis et des interventions plus poussées qui ont permis de conclure à un manque de précautions et de surveillance de la part du personnel des établissements concernés.

À quelques reprises, nous avons demandé aux résidences et aux établissements de revoir leur politique en matière d'accidents et d'incidents afin qu'ils la rendent conforme aux dispositions de la Loi, notamment en ce qui a trait à la déclaration obligatoire qui doit être faite par les employés dans ces circonstances. La révision des procédures à suivre dans de tels cas a aussi été demandée afin d'y inclure tous les éléments prévus à la Loi, y compris l'information à donner aux familles et aux mandataires des usagers.

D'autres recommandations visaient plus spécifiquement l'information et la formation à donner au personnel clinique à propos des obligations légales en matière d'accidents de même que sur la conduite à tenir dans ces circonstances. Enfin, un établissement a été invité à se procurer le protocole d'intervention en cas de décès accidentels ou violents auprès du ministère ou du bureau du coroner.

CONCLUSION

Le Protecteur des usagers partage la philosophie qui inspire les orientations ministérielles en matière d'hébergement et de soins de longue durée des personnes en perte d'autonomie – qui sont le plus souvent des personnes âgées souffrantes et vulnérables. La mise en application des principes, des valeurs et des normes qui sont sous-jacents aux critères définissant un milieu de vie de qualité pour les usagers et les résidents devrait contribuer à relever les standards de pratique qui ont cours dans ces milieux.

Les nombreuses recommandations que nous avons été amenés à formuler dans le cadre des examens et des interventions réalisés dans ces mêmes établissements et résidences visent également à relever le niveau des soins et des services qui sont donnés aux usagers. Par ailleurs, nous avons maintes fois constaté que les gestionnaires et les personnels des établissements et des résidences sont eux aussi disposés et motivés à entreprendre toutes les actions pertinentes pour accroître l'efficacité et la qualité des services qu'ils offrent au quotidien et de façon soutenue et prolongée. Cette tâche nous semble lourde : les effectifs sont souvent insuffisants et le niveau de stress organisationnel constaté nous semble élevé. Il importe donc de relever les mesures de soutien financier, administratif et professionnel accordé à ces établissements si l'on veut parvenir à relever le niveau de qualité des soins et services qui y sont offerts.

PARTIE II

Annexes

**Données sur les dossiers de plainte et d'intervention en 2003-2004
concernant les soins et les services donnés en CHSLD
et en résidences pour personnes en perte d'autonomie**

ANNEXE 1

DONNÉES SUR LES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION : LES RAPPORTS ENTRE LE PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS ET LES FAMILLES OU LES MANDATAIRES DES USAGERS

Introduction

Les données contenues dans seize dossiers de plainte traités en 2003-2004 ont servi de base aux observations qui sont formulées dans la présente section. Il ressort de ces données que les rapports avec les membres des familles des usagers présentent des difficultés que les établissements n'arrivent pas toujours facilement à surmonter. L'éventail de ces difficultés va de la simple omission d'informer la personne qui intervient au nom de la famille de son droit à une assistance dans la formulation d'une plainte ou encore de son droit de recours auprès du Protecteur des usagers jusqu'à la gestion de conflits qui se prolongent entre des équipes de personnel soignant et les membres d'une famille qui se croient lésés dans leurs droits de visite.

Nous avons regroupé ici les observations autour des points suivants : la communication avec la famille entourant les circonstances du décès d'un usager; les mésententes entourant la gestion des changements de chambre ou d'établissement; la consultation et le consentement des familles concernant l'administration de certaines médications et la mise en application de certaines modalités thérapeutiques; la gestion des conflits à propos des modalités d'exercice des droits de visite.

La communication avec la famille à l'approche du décès d'un usager

Les reproches adressés au personnel des établissements prennent ici deux formes. D'une part, on déplore le fait de ne pas être informé suffisamment de l'évolution de l'état de santé de l'usager, notamment de l'aggravation ou de la détérioration de cet état dans les mois ou les semaines qui précèdent le décès. En outre, la famille souhaiterait être associée plus directement aux décisions à prendre pour la mise en œuvre de soins palliatifs permettant d'atténuer les souffrances de la personne, surtout lorsque cette dernière est inapte à donner son consentement. D'autre part, on reproche au personnel de ne pas avoir tenu compte des consignes fournies par la famille concernant la façon de communiquer avec celle-ci à la veille du décès d'un usager. En effet, si les proches avaient reçu l'information, ils auraient pu être présents au chevet de l'usager comme il en avait exprimé le désir.

Dans ces situations, l'analyse des faits et des circonstances produite par le Protecteur des usagers révèle que les attentes des familles n'avaient pas été dûment inscrites au dossier de l'usager, ou encore qu'elles n'avaient pas été suivies lorsqu'elles s'y trouvaient. De plus, on relève des notes incomplètes ou manquantes concernant les modalités de communication avec la famille qui ont eu lieu au moment du décès. Par ailleurs, l'examen de la plainte permet aussi de conclure que les notes médicales contenues au dossier auraient suffi à alerter le personnel soignant à propos de la détérioration rapide de l'état de

santé de l'utilisateur et auraient dû donner lieu à la communication de renseignements auprès de la famille.

Les recommandations du Protecteur des usagers visent ainsi à s'assurer que les établissements transmettent de l'information adéquate et suffisante aux usagers et aux familles, qu'ils améliorent leur tenue de dossiers et qu'ils ajustent leurs procédures lors du décès d'un usager.

Les mécontentes entourant les changements de chambre ou d'établissement

Il semble difficile pour les familles de comprendre la logique sous-jacente à la politique d'attribution des chambres adoptée par les établissements et d'accepter les modalités selon lesquelles cette politique est parfois mise en application. Pour ces familles, les règles se rapportant à l'évaluation des besoins des usagers basée sur un calcul des heures-soins par jour requis, à partir de l'application du formulaire CTMSP (classification par type de milieu de soins prolongés) sont encore plus incompréhensibles. Ces règles conduisent à la décision d'un comité régional d'admission de transférer l'utilisateur de l'établissement où il se trouve à un autre établissement qui ne correspond pas nécessairement au choix ou aux préférences de la famille. Il arrive parfois que les familles soient mises devant un fait accompli au moment d'une visite, ou encore qu'elles soient placées devant une décision à laquelle elles ont été associées sans pouvoir faire prévaloir leur choix ou leur préférence.

Quelques cas types se présentent ici : le transfert d'un usager d'une chambre privée à une chambre semi-privée avec facturation rétroactive de frais supplémentaires pour la chambre privée occupée antérieurement, pour en venir finalement à un retour en chambre privée avec contribution financière établie en fonction des revenus et dépenses du payeur; le refus d'un établissement de répondre à la demande de changement de chambre d'une usagère pour une cinquième fois, et ce, après avoir fait preuve de beaucoup de souplesse pour répondre positivement aux quatre demandes antérieures; le transfert d'une usagère dans une unité prothétique sans préavis ni justification donnés à la famille; la communication à la famille d'une décision de l'établissement, assortie d'un ultimatum, visant le transfert d'un usager vers un autre établissement capable de répondre à ses besoins en heures-soins par jour tels qu'établis par le formulaire CTMSP; la contestation par une mandataire de l'évaluation faite par l'infirmière de l'établissement des besoins en heures-soins de l'usagère, car on n'aurait pas tenu compte des renseignements fournis par la famille permettant de justifier un transfert en CHSLD public.

Dans ces cas, l'analyse faite des plaintes a permis de réaffirmer qu'il appartient à l'établissement de déterminer la chambre qu'occupera un résidant en fonction des besoins de l'ensemble des résidants, comme il lui appartient également de déterminer dans quelle unité un résidant doit être placé compte tenu de ses besoins. Bien que l'autorisation de l'utilisateur ou de son mandataire ne soit pas requise pour ainsi procéder, on souligne que l'information doit cependant être donnée au préalable aux personnes concernées avec les justifications appropriées. Ainsi, on peut constater que la nécessité d'un transfert de chambre n'est pas toujours démontrée par l'établissement. L'information concernant le prix des chambres en CHSLD ainsi que la procédure employée pour le calcul de la contribution financière des usagers devraient aussi être mieux expliquées aux usagers et à leurs familles.

On retient que toute la procédure entourant l'évaluation des besoins en heures-soins des usagers ainsi que les modalités d'application des critères d'attribution des résidences présentent une grande complexité pour les familles des usagers.

Les recommandations faites par le Protecteur des usagers concernent principalement la révision des politiques d'attribution des chambres en hébergement institutionnel; une transmission optimale de renseignements aux usagers et à leur famille dans des situations de transfert; une amélioration des communications entre le personnel et les unités quant aux volontés des usagers et aux orientations retenues dans le dossier de chaque usager.

La consultation et le consentement des familles concernant l'administration de certaines médications et l'application de certaines modalités thérapeutiques

Dans certaines situations, les relations entre les responsables cliniques de l'établissement et les familles des usagers peuvent tourner à la dissension, lorsqu'il n'est pas clair que la consultation a eu lieu ou que le consentement a été obtenu ou respecté. Cela est particulièrement délicat lorsque le personnel clinique administre un médicament (par exemple, le Risperdal) qui fait l'objet d'une réserve explicite de la part du mandataire de l'usager, ou encore lorsque le personnel clinique suspend l'administration d'un médicament (par exemple, l'Aricept) qui se trouve sur la liste des médicaments d'exception, lesquels commandent des coûts supplémentaires remboursables dans certaines conditions seulement.

Par ailleurs, s'il y a refus de consentement, la recherche d'une entente avec la famille peut s'avérer extrêmement difficile – sinon impossible – à atteindre, lorsqu'il s'agit de mettre en application une modalité thérapeutique comme la zoothérapie. Cette psychothérapie, jugée bénéfique pour l'ensemble des résidents d'une unité prothétique, peut être remise en question par les membres d'une famille en raison d'allergies et de phobies.

Dans un des cas, bien que rien au dossier ne permette de conclure que le médicament de type Risperdal ait effectivement été administré sans le consentement du mandataire, la famille met en doute la bonne foi du personnel ainsi que la tenue des dossiers. Devant une version contradictoire des faits, on cherchera alors à rétablir le lien de confiance entre la famille et le personnel clinique en demandant à l'infirmière-chef de s'assurer que ce médicament ne soit jamais donné sans obtenir au préalable le consentement des membres de la famille. On conclura que l'établissement n'a pas la responsabilité finale en matière de traitement; que cette responsabilité découle d'un droit qui appartient à l'usager ou à son représentant légal; que l'équipe médicale peut être en désaccord avec le choix, mais qu'elle ne peut outrepasser ce droit sauf dans les cas d'exception prévus dans la Loi.

Dans un autre cas, la décision unilatérale du médecin d'interrompre l'administration du médicament Aricept a donné lieu à une intervention de la part d'un membre de la famille; le médecin avait alors accepté de le prescrire de nouveau et la famille, d'en assumer les coûts. Celle-ci a par la suite réclamé le remboursement de ce médicament en se basant sur le fait que celui-ci était fourni gratuitement par l'établissement où l'usagère avait été hébergée antérieurement. La politique de la résidence concernant la gratuité des médicaments d'exception étant conforme aux règles édictées à ce propos par le Conseil du médicament, on ne pourra recommander le remboursement des sommes déboursées

par la famille. Cependant, la politique de la résidence en cette matière devrait prévoir que le médecin traitant informe adéquatement l'utilisateur ou son représentant lorsqu'il décide de cesser un médicament d'exception que l'utilisateur recevait avant son entrée à la résidence.

Dans le cas de la mise en application d'un programme de zoothérapie par l'introduction d'un chat dans l'unité prothétique de l'établissement, l'examen des faits a permis de démontrer que l'ensemble des usagers et leurs familles avaient effectivement été consultés avant la mise en application du programme et que les objections formulées par la famille ayant porté plainte avaient été prises en considération.

Les recommandations du Protecteur des usagers visaient donc à s'assurer que les établissements respectent le droit à l'information et le droit au consentement des usagers et de leurs représentants ainsi que leur droit à participer aux décisions qui les concernent.

La gestion des conflits à propos des modalités d'exercice des droits de visite

La pratique des visites des membres de la famille auprès des usagers se fait selon des horaires qui peuvent varier en fonction des disponibilités des uns et des autres; elle peut se faire aussi intensément qu'à un rythme quotidien. Les visites sont aussi un moyen pour les familles d'exercer un contrôle sur la façon dont les employés accomplissent leurs tâches. L'interaction entre les membres des familles et les employés à l'occasion des visites peut parfois dégénérer en conflit prolongé, lorsque la présence et le comportement des uns interfèrent avec le travail des autres ou que les tempéraments provoquent des gestes ou des paroles incontrôlés. De plus, l'établissement étant aussi un milieu de vie, on peut vouloir y organiser une fête à laquelle des parents, des amis et d'autres usagers sont invités. Les débordements de la fête peuvent alors conduire à des conflits dont on ne maîtrise pas facilement l'ampleur ni la durée.

Ainsi, l'usage des visites qui se transforment en occasions de poursuivre une enquête personnelle auprès du personnel soignant et des autres usagers sur la façon d'administrer les médicaments peut donner lieu à des comportements qui ont des répercussions sur le climat de travail du personnel soignant et sur la quiétude des autres résidents. La direction de l'établissement, qui a réagi à ce besoin de contrôle excessif de la part d'un parent par une mesure visant à restreindre les plages horaires des visites et à interdire les rapports avec les autres usagers, a ainsi répondu à une conduite de contrôle par une mesure de contrôle qui a motivé la plainte.

Tout en reconnaissant que la décision de donner un encadrement particulier aux visites à un usager nécessite des motifs sérieux de la part de l'établissement, le Protecteur des usagers a considéré que la solution résidait davantage dans une transmission ponctuelle d'informations à la famille sur l'administration des médicaments et l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur.

Dans l'autre situation évoquée, les altercations entre les membres de la famille et les employés à l'occasion d'une fête organisée pour une usagère et à laquelle d'autres usagers avaient été conviés ont conduit à un conflit marqué par des relations tendues et des conduites inappropriées faisant l'objet de reproches réciproques. Les observations de la famille au sujet des attitudes et des comportements des employés ont été consignées dans un document d'une centaine de pages, tandis que les employés – pour leur part –

ont déposé une plainte auprès de la direction, alléguant harcèlement psychologique et gestes menaçants de la part des membres de la famille.

En réponse à ce conflit, la direction de l'établissement impose à un membre de la famille des restrictions sur les moments et les endroits de visite et l'oblige à circuler accompagné d'un agent de sécurité. La famille porte plainte en dénonçant l'incapacité de la direction à intervenir de façon à ce que ses droits et attentes soient respectés.

L'analyse des faits par le Protecteur des usagers portant sur les origines et l'évolution du conflit lui permet de constater que le commissaire local avait déjà proposé de changer l'usagère d'unité, ce que la famille avait refusé; il avait aussi proposé une intervention de conciliation entre les employés et les membres de la famille avec l'aide d'un professionnel, proposition également rejetée par la famille. Enfin, une formation a été donnée aux employés sur la gestion des conflits. De plus, sur le plan clinique, des travaux ont été menés afin d'implanter une approche « milieu de vie » dans la résidence.

Ces interventions n'ayant pas permis de rétablir un climat de confiance ni d'améliorer les relations entre les enfants de l'usagère et les intervenants, le Protecteur des usagers a proposé d'agir lui-même en médiateur entre la direction et les membres de la famille dans l'optique d'un transfert de l'usagère vers un nouvel endroit d'hébergement.

Cette proposition de médiation ayant été également rejetée par la famille, le Protecteur des usagers en vient à la conclusion que lorsque la présence des visiteurs devient un obstacle à la prestation des soins à l'usager – et même à d'autres usagers ou à leur sécurité et à celle des intervenants – il est alors de la responsabilité des gestionnaires de limiter cette présence et d'imposer des restrictions qui pourront être ajustées en fonction des circonstances.

Ainsi, dans une situation de conflits entre le personnel et les familles, le Protecteur des usagers a favorisé la mise en place de règles claires en matière de visites – ces règles devant être connues et comprises de part et d'autre – ainsi qu'une transmission aux familles de renseignements sur l'état de santé des usagers qui soit transparente et régulière.

ANNEXE 2

DONNÉES SUR LES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION : LES ATTITUDES ET LES COMPORTEMENTS DU PERSONNEL ENVERS LES USAGERS

Introduction

Les situations qui ont donné lieu à des plaintes ou à des signalements mettant en cause les attitudes ou les comportements du personnel des établissements à l'égard des usagers sont décrites dans une douzaine de dossiers. La moitié de ces dossiers se rapporte à des situations où il est question de manquements individuels dans la façon de se conduire envers les usagers. L'autre moitié des dossiers concerne des situations où les manquements impliquent un nombre significatif d'employés, des équipes entières de soignants et de préposés, ou encore des clans en rivalité les uns avec les autres.

Il peut s'agir aussi de pratiques institutionnelles généralisées qui durent parfois depuis plusieurs années et qui ne sont pas perçues par les employés, le personnel d'encadrement et même la direction des établissements comme des atteintes aux droits des usagers à une qualité de vie en milieu d'hébergement ou comme une atteinte à leur droit de consentir aux soins et services offerts et à la façon dont ils sont donnés.

Des manquements individuels dans les rapports avec les usagers

Les manquements qui sont le fait d'un employé en particulier ou de quelques individus dans un établissement, et qui surviennent de façon occasionnelle, prennent plusieurs formes. Ainsi, dans certaines situations, les reproches suivants ont été adressés à des préposés : avoir une attitude autoritaire qui terrorise les usagers; ne pas prendre les précautions nécessaires pour protéger l'intimité des personnes lorsqu'on procède aux bains ou aux soins corporels; faire des commentaires désobligeants à propos du comportement ou des habitudes des usagers; les isoler dans leur chambre pendant que le personnel dort dans une autre salle ou écoute la radio à plein volume; avoir envers les usagers des attitudes négatives ou quasi punitives lorsqu'ils savent qu'il y a eu plainte à leur égard.

Dans d'autres cas, c'était le commissaire local à la qualité des services qui aurait fait des insinuations malveillantes, ou encore une infirmière qui aurait eu une attitude négative lorsqu'elle a été pressée de questions à propos des attitudes et conduites des membres de son équipe assurant les services de soir dans son unité. Ailleurs, une préposée aux bénéficiaires aurait été violente et négligente avec les usagers, et une autre aurait abusé physiquement et psychologiquement des usagers en se montrant brusque dans le maniement du fauteuil roulant ou en rudoyant une personne lors du changement des vêtements ou au moment de l'aider à manger à l'heure des repas.

Dans la plupart de ces situations, les allégations et les faits signalés ont fait l'objet d'une vérification et se sont avérés fondés. Souvent, les attitudes et les comportements répréhensibles avaient aussi été portés à l'attention de la direction, et les employés en cause avaient fait l'objet de sanctions ou avaient été congédiés.

Une situation impliquant de façon plus générale une équipe de soir dans une unité de soins d'un CHSLD a donné lieu à des mesures plus importantes de la part de la direction de l'établissement. Ces mesures ont consisté en des sessions de formation et d'information, en un suivi plus serré de l'équipe et de l'infirmière concernées et en une redéfinition du rôle de l'infirmière auprès des usagers et au sein des équipes. Les pratiques concernant l'isolement de certains usagers plus agités et les représailles exercées par les employés à la suite du dépôt de plaintes les concernant ayant été confirmées lors de l'examen de la plainte par le Protecteur des usagers, des recommandations plus formelles ont alors été adressées à l'établissement.

Afin de prévenir ou de corriger des manquements envers les usagers de la part de membres du personnel, le Protecteur des usagers a recommandé, entre autres, aux établissements de faire connaître leurs orientations quant au respect des usagers et de leurs droits, de faire connaître leurs politiques et procédures notamment en matière d'isolement et de contention et de prendre position contre toute forme de représailles envers les personnes qui portent plainte.

Des pratiques institutionnelles contraignantes pour les usagers et des conduites abusives généralisées à l'endroit des résidents

Les situations révélées au moment de l'examen des plaintes et des signalements concernant les pratiques institutionnelles contraignantes et les conduites abusives dont il est question ici mettent en cause plus particulièrement trois établissements et elles constituent deux cas types importants et distincts.

Dans le premier cas, il s'agit plus particulièrement de pratiques concernant le réveil hâtif des usagers vers 4 h 30 du matin de façon à pouvoir les laver, les habiller et les installer dans la salle à manger en attente d'un déjeuner qui n'est pas servi avant 8 h ou 8 h 30. Cette routine constatée dans deux établissements répond à un mode d'organisation du travail commandé par une répartition des tâches entre le personnel de nuit et le personnel de jour. Cette pratique établie depuis de nombreuses années, bien que dénoncée par certains employés, était connue et avalisée par les personnes en autorité dans les établissements en question.

L'idée que le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal puisse être requis pour ainsi procéder n'entraîne nullement en ligne de compte quant à l'instauration ou au maintien d'une telle pratique. Qu'une telle pratique puisse être stressante et contraignante pour les usagers et qu'elle ne soit en rien conforme aux goûts, aux habitudes, aux préférences des usagers n'effleurait pas la conscience des personnes responsables de l'organisation des soins et services ou de la gouvernance de l'établissement.

Cette pratique ayant fait l'objet d'un signalement, toujours en cours d'examen, toutes les personnes entendues ont reconnu que la routine du réveil hâtif était inadéquate et irrespectueuse des droits des usagers, et des correctifs ont été apportés rapidement.

Il n'en demeure pas moins que le personnel d'encadrement infirmier n'a pas remis en question cette pratique de sa propre initiative. De l'avis du Protecteur des usagers, la pratique du réveil matinal s'est exercée en violation des droits des usagers;

conséquemment, l'établissement doit revoir l'ensemble de ses pratiques et entreprendre des actions pour que les principes relatifs au consentement libre et éclairé des usagers soient mieux connus et respectés.

Dans l'autre cas, la situation est caractérisée par des comportements abusifs, irrespectueux et indignes, des abus de pouvoir, du contrôle, des gestes intempestifs, de l'infantilisation et une familiarité qui portent atteinte à la dignité des usagers. Dans le rapport d'intervention, le Protecteur des usagers a noté que quelques employés étaient ouvertement abusifs; d'autres, plus nombreux, agissaient par mimétisme, par crainte de représailles, alors que certains faisaient comme s'ils ne voyaient et n'entendaient rien.

Dans les deux établissements où les observations ont été faites et corroborées par les membres des comités des usagers, il s'agit de comportements qui se produisent dans un contexte où deux groupes d'employés sont en conflit et se livrent à une guerre de clans. Ainsi est créé un climat de violence et d'insécurité qui a des répercussions sur l'esprit dans lequel les soins et les services sont donnés. On y a observé un nivellement par le bas des valeurs de respect et de dignité ainsi qu'une absence d'empathie et d'altérité.

Les comités des usagers et les familles éprouvent un sentiment d'impuissance devant ces situations car, malgré les représentations faites auprès des responsables institutionnels, peu d'améliorations ont été apportées. Dans un établissement, on reproche à la direction d'adopter une attitude de justification ou de banalisation à l'égard des comportements dénoncés. Dans un autre établissement, on a observé la présence d'un système de dissimulation, de banalisation, de complaisance, voire d'impunité; malgré les dénonciations répétées, la direction n'avait sévi que trop peu et trop tard.

Les nombreuses recommandations faites aux trois établissements concernés visaient à s'assurer que l'organisation du travail tienne compte d'abord des besoins des usagers, en plus d'être basée sur un milieu de vie et non seulement un milieu de soins. La formation et l'encadrement du personnel deviennent primordiaux dans tout changement de valeurs et de comportement, en particulier lorsque le respect des personnes et de leur dignité est en cause. Les établissements ne doivent pas tolérer des comportements abusifs à l'égard des usagers. Ils doivent prendre pleinement leurs responsabilités lorsque des mesures disciplinaires sont nécessaires.

ANNEXE 3

DONNÉES SUR LES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION : LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES DONNÉS AUX USAGERS

Introduction

Dans une dizaine de dossiers analysés par le Protecteur des usagers, l'objet principal de la plainte ou du signalement se rapporte à la qualité des soins ou des services donnés aux usagers. Les reproches alors adressés au personnel soignant ont trait au manque de professionnalisme dans l'accomplissement des soins infirmiers ainsi qu'à la négligence dans le traitement des plaies et la tenue des dossiers. Dans plusieurs cas, ce sont les soins d'hygiène corporelle qui laissent à désirer ainsi que le manque de délicatesse dans les contacts physiques avec les patients dont les souffrances sont ignorées.

On peut distinguer deux types de situations où des lacunes ont été observées en ce qui a trait à la qualité des soins et des services. Il y a d'abord les manquements qui se sont produits au cours de séjours de courte durée, alors que les usagers étaient hébergés de façon temporaire pour accorder un répit à la famille ou pour pallier l'absence de personnel soignant à domicile en congé. Il y a par ailleurs les lacunes plus persistantes ou récurrentes, associées à un manque de professionnalisme ou de compétence du personnel, notées en hébergement de longue durée.

Les manquements survenus au cours des séjours de courte durée

Les périodes d'hébergement temporaire dont il est question ici varient de 3 à 36 jours. Les besoins, les habitudes et les problèmes de santé des personnes ainsi hébergées étant moins bien connus du personnel soignant, une plus grande vigilance s'impose pour y répondre de façon adéquate. Or, il semble que c'est le contraire qui s'est produit dans les situations portées à l'attention du Protecteur des usagers, car plusieurs formes de négligence sont rapportées.

Ainsi, une personne souffrant d'ostéoporose, d'arthrite et de douleurs chroniques aux articulations a préféré quitter l'établissement où elle était hébergée après trois jours seulement. En effet, bien que sa condition nécessitait de grandes précautions lors de l'administration des soins, le personnel aurait persisté à accomplir ses tâches sans égard à ses souffrances et à ses protestations. Ces faits sont corroborés par les notes du personnel relevées dans le dossier médical ainsi que par les déclarations faites par les intervenants au cours des entrevues conduites dans le cadre de l'examen de la plainte.

Dans une autre situation, on rapporte les éléments suivants : des manquements dans l'usage des mesures de sécurité à prendre lors du transfert d'un usager de son fauteuil à la salle de toilette; une chute du lit ou du fauteuil ainsi qu'une brûlure demeurées mal expliquées; une omission dans l'administration d'une médication destinée à contrôler les vertiges compensée par le fait de donner deux comprimés au lieu d'un lors de la tournée subséquente; et de la négligence en ce qui a trait à la fréquence des bains malgré l'horaire affiché au poste des infirmières.

Deux autres situations rapportées mettent en cause d'une part la qualité des soins d'hygiène requis par un problème d'incontinence en dépit de l'information fournie par la famille et consignée au dossier de l'usagère et d'autre part la fréquence des bains. À cela s'ajoute l'utilisation à des fins de répit d'une chambre exiguë et sans salle de bain pour y loger deux occupants.

Le Protecteur des usagers, dans ses recommandations, a insisté sur l'importance que le personnel soignant soit adéquatement formé quant aux approches préconisées auprès des personnes souffrantes et en perte d'autonomie sévère. Il a recommandé que l'administration des médicaments fasse l'objet de procédures claires qui soient connues du personnel. Il a aussi rappelé les normes applicables à la tenue des dossiers.

Les lacunes associées à un manque de professionnalisme ou de compétence

Dans certaines situations, c'est la qualité des soins infirmiers qui est principalement mise en cause, bien qu'on relève également des manquements dans la qualité des soins d'hygiène donnés par les préposés. La liste des reproches faits alors au personnel infirmier comprend souvent plusieurs éléments.

Ainsi, une infirmière dont la mère est hébergée dans un établissement reproche au personnel de ne pas avoir reconnu que l'usagère était souffrante, de ne pas lui avoir administré d'analgésique pour lui éviter des souffrances, de ne pas avoir reconnu rapidement la gravité et la détérioration de la plaie de siège afin de faire appel en temps opportun à un dermatologue pour évaluer des pistes de solutions possibles et de ne pas avoir appliqué les soins requis par la plaie de siège.

Lors de l'examen de la plainte, le Protecteur des usagers constate que les notes du personnel infirmier n'ont pas été inscrites tous les jours, et que les caractéristiques de la plaie et la description de son évolution n'ont pas été notées; de plus, il s'est écoulé 37 jours avant qu'il y ait décision de consulter un spécialiste. La commissaire à la qualité des services de l'établissement et la responsable de la qualité des soins ont reconnu des manquements en ce qui a trait aux connaissances sur les soins de plaie et l'interprétation de la douleur, le plan de soins élaboré par le personnel soignant, la continuité des soins entre les différentes équipes de travail dans cette unité, l'évaluation clinique et la rédaction des notes au dossier. La responsable des soins a alors élaboré un protocole sur le traitement des plaies et s'est assurée de sa mise en application dans les unités.

Le Protecteur des usagers n'en conclura pas moins qu'il y a eu des manquements sur le plan de la compétence clinique des infirmières en ce qui a trait à la composante professionnelle de l'évaluation clinique, aux interventions cliniques et à la continuité des soins.

Des lacunes similaires seront aussi relevées dans une autre situation où il sera difficile d'obtenir des informations et des explications satisfaisantes sur l'origine et la nature de plaies et de blessures à la peau d'un usager, à cause du peu de notes consignées au dossier de l'usager et du départ de la chef d'unité en poste lors des événements. Il en va de même pour ce qui est de la nature des soins qui ont été apportés à ces blessures, car – d'une manière générale – les notes au dossier sont presque inexistantes.

Dans un autre cas, où une usagère a été victime d'un accident cérébral, une infirmière aurait mal interprété les signes vitaux d'une personne souffrant de céphalées intenses et subites et n'aurait pas jugé que la situation était assez grave pour justifier un transfert à l'hôpital, alors que l'information contenue au dossier aurait dû suffire pour qu'elle agisse en ce sens, tel que cela était prévu au protocole de soins.

Dans une autre situation où il est question des soins donnés à une personne souffrant d'une démence de type Alzheimer et présentant une perte importante d'autonomie qui l'empêche de s'alimenter et de prendre ses médicaments régulièrement, on déplore l'absence de soins adéquats et le manque de professionnalisme du personnel soignant. Un nouveau médicament administré à un usager, combiné à un autre, aurait été contre-indiqué. En outre, deux médicaments qui ne seraient plus nécessaires continueraient d'être administrés. Un transfert à l'hôpital de cet usager en état de déshydratation avancée aurait eu lieu.

Par ailleurs, d'autres reproches concernant de la négligence dans le changement des couches-culottes, le refus par une usagère de recevoir des soins d'hygiène personnelle par du personnel masculin, l'utilisation de moyens de contention inappropriés ainsi que l'absence de personnel dans l'unité où se trouvent des personnes atteintes de troubles cognitifs importants ont aussi donné lieu à un examen par le Protecteur des usagers, et ces faits ont été en partie confirmés.

Dans un autre établissement, la présence d'ecchymoses au visage d'une usagère ainsi que le bris de ses lunettes ont donné lieu à des explications qui n'ont pas permis de faire la lumière sur ce qui pouvait être véritablement à leur origine. Bien qu'il existe dans l'établissement une procédure relative à l'utilisation de la contention, le dossier de l'usagère ne contient pas de mention détaillée de l'utilisation faite des mesures de contention, de leur période d'utilisation, ni des modalités de surveillance exercées alors qu'elle était sous contention.

Enfin, dans un autre établissement, la liste des manquements aux règles de l'art en matière de soins infirmiers sera telle que le Protecteur des usagers recommandera qu'une visite d'inspection soit faite par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

De telles situations ont amené le Protecteur des usagers à recommander des mesures afin de corriger les pratiques infirmières et les autres pratiques professionnelles, en particulier en matière d'administration de médicaments, de tenue de dossier, de traitement des plaies, de respect des protocoles de soins et de consentement aux soins. Par ailleurs, des demandes d'inspections ont été faites à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, notamment au regard des écarts aux règles professionnelles en matière de soins infirmiers.

ANNEXE 4

DONNÉES SUR LES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION : L'ADÉQUATION DES RESSOURCES HUMAINES AUX BESOINS DES DIVERSES CATÉGORIES DE PERSONNES HÉBERGÉES

Introduction

Dans une dizaine de dossiers, l'objet des plaintes ou des signalements se rapportait à des situations où l'on considérait que l'établissement ne disposait pas des ressources humaines suffisantes ou dûment qualifiées pour assurer les soins et les services requis par des personnes en perte d'autonomie importante. Sept de ces dossiers concernaient des résidences privées; deux autres se rapportaient à des établissements publics; un autre dossier concernait une ressource intermédiaire rattachée à un CHSLD.

Parmi les résidences privées, cinq détenaient un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux leur permettant d'accueillir un certain nombre d'usagers en hébergement et soins de longue durée, tandis que les deux autres ne possédaient pas un tel permis, dont une à qui le permis avait été retiré.

La disponibilité des ressources humaines mise en cause dans ces situations renvoie à deux types de problèmes particuliers : d'une part, c'est le nombre d'intervenants qui paraît insuffisant pour encadrer adéquatement certaines activités ou pour assurer une présence continue auprès des usagers; d'autre part, c'est clairement l'absence ou l'insuffisance de personnel infirmier dûment qualifié qui fait défaut compte tenu du nombre d'usagers pris en charge et de leur degré de perte d'autonomie.

La disponibilité des intervenants

Dans un établissement public, les usagers se plaignaient de ne pas avoir pu profiter de certaines activités de loisirs parce que les préposés n'étaient pas assez nombreux pour les aider à accomplir les tâches requises. Ces personnes étant en très grande perte d'autonomie, une attention individuelle était nécessaire pour qu'elles puissent participer aux activités proposées. L'examen de la plainte a cependant révélé que, de façon générale, le nombre de techniciens en loisirs, de préposés et de bénévoles affectés à l'encadrement de ces activités était suffisant. Il s'agissait plutôt de voir à déployer différemment les effectifs à certaines heures pour assurer une meilleure présence auprès des usagers; ainsi, les horaires de travail des préposés responsables de l'accompagnement des usagers ont été modifiés pendant ces activités.

Ailleurs, dans une ressource intermédiaire rattachée à un CHSLD, certains usagers – dont une personne atteinte d'un traumatisme crânien – reprochaient à la direction d'avoir mis fin à l'embauche d'une éducatrice spécialisée sans avoir procédé à une évaluation de leurs besoins. Étant maintenant privés de sorties et de différentes activités liées à l'animation de la vie sociale, ils déploraient être confinés à leur chambre. La plainte faisait également valoir qu'il serait plus difficile pour ces usagers de maintenir les acquis sur le

plan des relations sociales et familiales attribuables au rôle joué par l'éducatrice spécialisée et que, dans certains cas, il y avait même un risque de rechutes.

L'examen de la plainte a permis de constater que la piètre situation financière de la ressource, qui avait motivé la décision d'interrompre les services de l'éducatrice spécialisée, prévalait toujours. De plus, les responsables de l'établissement duquel la ressource relève étaient conscients de l'écart entre l'offre de service faite à certains résidents présentant des besoins particuliers et ce qui était offert à la plupart des autres résidents. Cependant, en rappelant qu'il incombait à l'établissement d'assurer une prise en charge adéquate de l'animation du milieu par l'entremise d'activités culturelles, éducatives et sociales adaptées aux besoins des usagers, le Protecteur des usagers a pu obtenir que l'établissement prenne l'engagement de remédier à l'absence des services de l'éducatrice spécialisée en poursuivant les activités déjà implantées, et ce, à même ses autres ressources humaines.

Dans une autre situation, une résidence détenant un permis pour accueillir 34 personnes en hébergement et soins de longue durée a fait l'objet d'une plainte selon laquelle il n'y aurait pas suffisamment de personnel (préposés, infirmières auxiliaires et infirmières licenciées) pour assurer les soins et les services requis par des usagers nécessitant en moyenne près de trois heures-soins par jour.

L'examen de la situation a d'abord permis de rappeler les obligations du détenteur de permis d'hébergement telles qu'elles sont stipulées aux articles 5 et 101 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Cependant, le législateur n'ayant pas prévu de modalités organisationnelles définies quant au nombre d'employés requis, le Protecteur des usagers conclura que c'est dans le libellé du contrat entre l'établissement et l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qu'il faut trouver la norme relative au rapport personnel-usagers. Vérification faite, la répartition de l'effectif dans l'établissement en question respectait la norme.

Par ailleurs, une résidence privée non détentrice d'un permis a fait l'objet d'un signalement alléguant la présence de personnes dont la condition nécessiterait des soins et services que cette résidence n'était pas autorisée à offrir, compte tenu de son statut et des qualifications de son personnel. Quelques personnes admises dans cette résidence faisaient des démarches en collaboration avec le CLSC en vue d'être admises en centre d'hébergement. En effet, des démarches étaient engagées en vue d'un transfert de deux résidents dans un établissement pouvant répondre davantage à leurs besoins. De façon générale, on ne pouvait pas reprocher à cette résidence d'accueillir des personnes dont l'importance des besoins dépassait sa capacité de services.

Enfin, un établissement public d'hébergement et de soins de longue durée a fait l'objet d'un signalement selon lequel les usagers de l'une ou l'autre unité de soins, parfois ceux des deux unités simultanément, étaient laissés sans supervision directe du personnel à plusieurs moments durant la nuit. Ces usagers présentent des déficiences cognitives secondaires à diverses formes de démence ou des maladies neurologiques secondaires à des accidents vasculaires cérébraux, et la majorité d'entre eux présente des diagnostics multiples. Cette clientèle est entièrement dépendante du personnel pour les soins d'hygiène et 66 % ont besoin d'aide partielle ou totale pour s'alimenter.

L'examen de la situation a permis d'établir qu'effectivement la période réelle durant laquelle une ou l'autre unité est dépourvue de personnel dépassait quatre heures par nuit. Devant ce constat, la direction de l'établissement a pris la décision d'ajouter des ressources humaines pendant le quart de nuit de façon à assurer une présence constante d'employés dans toutes les unités.

L'absence ou l'insuffisance de personnel infirmier dûment qualifié

Les situations décrites ci-après relèvent soit l'absence de personnel infirmier, ce qui contrevient à la norme pour les établissements accueillant des clientèles en perte d'autonomie importante, soit un nombre insuffisant d'infirmières compte tenu du nombre d'usagers et de leur niveau de besoins en matière de soins.

Par exemple, une résidence privée qui a déjà eu un permis pour 28 places en hébergement et soins de longue durée, mais dont le permis a été révoqué, continue à admettre des usagers en perte d'autonomie, et ce, sans compter d'infirmière parmi son personnel. L'examen de la situation permet de constater que, parmi les 17 résidants présents, deux sont en très grande perte d'autonomie et deux sont sous curatelle. Les autres résidants ont des besoins de services légers ou modérés.

Les services infirmiers, lorsqu'ils sont prescrits, seraient donnés par le personnel du CLSC. La propriétaire déclare accepter d'héberger toutes les personnes qui en font la demande, qu'elles soient confuses, incontinentes, dépendantes et même en phase terminale. Cette façon de faire ne respecte pas la Loi sur les services de santé et les services sociaux, car la ressource se substitue à un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Le Protecteur des usagers recommandera à la propriétaire de respecter l'article 437 de la Loi et à l'agence d'exercer ses pouvoirs de surveillance.

Une autre résidence privée possédant un permis pour héberger 28 résidants en soins prolongés fait l'objet d'un signalement, car la présence d'une infirmière 24 heures par jour ne serait pas assurée. Par ailleurs, l'examen de la situation révèle que la résidence a aussi admis, en sus des 28 usagers en perte d'autonomie d'intensité modérée à sévère, 32 autres personnes ayant des problèmes cognitifs, lesquelles seraient admissibles en CHSLD. En effet, de 17 heures à 23 heures, il n'y a qu'une seule infirmière ou infirmière auxiliaire pour tout le bâtiment qui comprend 159 chambres, tandis qu'au quart de nuit il n'y a aussi qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire. Par ailleurs, la propriétaire, qui est aussi infirmière, assure la présence de nuit cinq jours par semaine. Un membre du personnel aurait cependant confié qu'il n'y aurait pas toujours une infirmière ou une infirmière auxiliaire au quart de nuit.

De plus, l'examen permet de constater que des préposés portent le titre de moniteurs cliniques et que ces personnes, selon leur cahier de tâches, peuvent exécuter la presque totalité des actes confiés aux infirmières : prendre les signes vitaux; administrer les médicaments, les gouttes ophtalmiques et les pompes; mesurer la glycémie et administrer l'insuline; faire des curetages rectaux, etc.

Dans une autre situation, une résidence privée détenant un permis lui permettant d'admettre 38 personnes en hébergement et soins prolongés fait l'objet d'un signalement à l'égard de l'adéquation des services en fonction des besoins de la clientèle. Une

première préoccupation concerne le contrat de location de biens et services que le nouveau propriétaire fait signer à tous les usagers. En effet, ce contrat contient un langage complexe – difficile à comprendre par les usagers – ainsi que des clauses abusives en raison de la mensualité demandée par rapport aux services donnés.

Par ailleurs, il a des lacunes importantes sur le plan des pratiques cliniques : la résidence n'a pas de critères d'admission et ne rencontre pas la norme de l'agence qui exige la présence d'une infirmière selon la formule du 24 heures-7jours. Les usagers, dont plusieurs sont en lourde perte d'autonomie, n'ont pas de plan d'intervention. Il n'y a pas de programme sur la prévention des plaies, le maintien de l'autonomie et les pertes cognitives. Il n'y a pas non plus de code d'éthique, ni de protocole sur les contentions, les incidents et accidents. Selon le Protecteur des usagers, le personnel de la résidence n'est pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins des usagers qui y sont hébergés, notamment en raison du manque de ressources infirmières et de l'absence de protocoles de soins.

Une autre résidence privée, qui admet 50 usagers en hébergement et soins de longue durée sur un total de 197 résidants, fait l'objet d'un signalement en raison d'un manque de personnel infirmier en nombre suffisant. La résidence fait partie d'un ensemble comprenant quatre installations distinctes pouvant accueillir au total 575 personnes âgées dont 139 en places de type CHSLD. L'examen permettra de constater que, malgré la présence d'infirmières et d'infirmières auxiliaires dans l'ensemble des immeubles, l'installation visée plus directement par le signalement ne compte aucune infirmière. La présence d'infirmières auxiliaires ne peut compenser l'absence d'infirmière. Le Protecteur des usagers conclura qu'il y a un manque évident de personnel infirmier eu égard aux besoins des usagers en hébergement et en soins de longue durée.

Enfin, une autre résidence privée avec permis, qui accueille 105 résidants en hébergement et soins de longue durée, a fait l'objet d'une importante intervention à la suite d'un signalement alléguant un manque de personnel, de telle sorte que des soins essentiels ne seraient pas donnés. En outre, la résidence admettrait une clientèle souffrant de désordres cognitifs, alors qu'elle ne possède pas d'unité prothétique. De 1996 à 2001, la résidence a fait l'objet de trois évaluations par l'agence et de deux interventions de la part de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, révélant chaque fois des lacunes importantes dans les soins infirmiers. En 2000, l'Ordre juge qu'en raison d'un manque chronique d'infirmières l'établissement n'est pas en mesure de donner des soins sécuritaires à une clientèle en importante perte d'autonomie. En 2001, l'agence constate que le taux de réponse aux besoins des 105 usagers en hébergement se situe entre 42 % et 51%, ce qui est nettement insuffisant.

À la suite de ces interventions et évaluations et à la faveur d'un mandat spécial confié à un CHSLD public voisin, des changements se produisent dans le fonctionnement de la résidence. L'entrée en fonction d'un nouveau directeur général, qui met en place un programme de recrutement efficace de personnel infirmier, est un facteur de mobilisation important, de même que le rôle joué par l'infirmière du CHSLD voisin qui se rend à la résidence plusieurs fois par semaine pour appuyer la coordonnatrice des soins dans l'élaboration et la mise en application d'un programme d'amélioration des soins et services. Le Protecteur des usagers n'en conclura pas moins que d'importantes lacunes

subsistent quant à l'adéquation des services et des soins et qu'à ce jour l'établissement n'a pas été en mesure de remplir la totalité de ses obligations statutaires à cet égard.

Certes, les recommandations faites par le Protecteur des usagers afin de corriger les situations prévalant dans ces différents établissements touchaient en particulier la vigilance que doivent exercer les agences afin d'éviter que des résidences sans permis exercent des activités propres aux CHSLD. Elles visaient également à s'assurer que soient évalués ponctuellement les besoins des usagers qui s'y trouvent; le respect des actes dévolus aux différentes catégories de personnel soignant; la conformité des contrats de location utilisés par les résidences; l'adéquation de la main-d'œuvre qualifiée dans les établissements et les résidences, à tous les quarts de travail.

ANNEXE 5

DONNÉES SUR LES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION : LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET DES SERVICES AUXILIAIRES

Introduction

Dans seize dossiers traités en 2003-2004, l'objet de la plainte ou du signalement porte sur les conditions de l'environnement dans lequel vivent les usagers, ou encore sur la qualité des services auxiliaires qui sont fournis par l'établissement ou la résidence. Lorsque l'on croise entre eux les divers motifs de plainte rapportés dans ces dossiers, on obtient un total de 25 objets d'insatisfaction portés à la connaissance du Protecteur des usagers. Ils concernent 8 CHSLD, 3 résidences avec permis du ministère et 5 résidences sans permis. Comme nous l'avons déjà mentionné dans la première partie du document, cinq problématiques principales se dégagent des observations faites au cours de l'examen de ces plaintes : la propreté et la température des lieux habités ou fréquentés par les usagers; le fonctionnement sécuritaire des appareils et de l'équipement; le respect des normes concernant le bâtiment; la qualité de la nourriture; la méthode de distribution et de rangement des médicaments.

La propreté des lieux habités et fréquentés par les usagers

C'est souvent à l'occasion d'une visite faite par un parent que l'on a remarqué des manquements en ce qui a trait à la propreté des lieux. Les faits signalés concernent le manque de propreté dans les chambres, les salles de bain, les couloirs et les aires de séjour; des tapis vétustes ou mal entretenus; des odeurs d'urine ou de couches-culottes souillées; la présence de fauteuils d'aisance mal nettoyés; la présence de blattes dans la cuisine ou la salle à manger, etc.

Dans la plupart de ces situations, lors de la visite du Protecteur des usagers, rien ne permettra de confirmer les observations faites par les plaignants. L'analyse des tâches et des horaires d'entretien ne révélera aucune lacune pouvant justifier une recommandation. Lorsque les responsables de l'entretien des établissements et des résidences ont été confrontés aux motifs de ces plaintes, ils se sont engagés à sensibiliser leur personnel à plus de vigilance dans l'exécution des tâches d'entretien. D'autres ont été en mesure d'expliquer que l'entretien des couloirs est effectué tous les jours et que le ménage des chambres est fait deux fois par semaine. Ailleurs, on pourra montrer que les tapis ont été retirés, que les fauteuils d'aisance sont vidés régulièrement et que de nouvelles armoires ont été aménagées pour l'entreposage des draps et des vêtements souillés, ou encore qu'il existe un contrat d'entretien mensuel avec un service d'extermination pour contrer les blattes et autres insectes nuisibles.

Le fonctionnement sécuritaire des appareils, de l'équipement et du mobilier

On reproche ici à certains établissements et résidences d'utiliser des appareils ou de l'équipement non sécuritaires ou non conformes aux normes en vigueur. Ainsi, on a noté

qu'une barre d'appui devant servir au transfert d'un usager de forte stature, de son fauteuil à la salle de toilette, n'était pas installée à la bonne hauteur et qu'il devait s'agripper plutôt à la barre à serviettes, ce qui n'est pas sécuritaire.

Ailleurs, on déplorait que la chambre soit trop exiguë, que la fenêtre soit placée trop haut pour permettre de voir à l'extérieur et que cette fenêtre soit mal isolée. Des appareils tels que les humidificateurs, les ventilateurs ou les sonnettes d'appel ne seraient pas en bon état de fonctionnement. Des matelas ne seraient pas conformes aux normes de sécurité et dangereux pour les plaies de pression; le lève-personne ne serait pas utilisable dans certaines chambres en raison du cadre de porte; des ridelles de lit seraient maintenues en place temporairement par des clous; une balustrade protégeant la cage de l'escalier ne serait pas de hauteur suffisante. Enfin, une chambre dont la dimension est de 12 pieds sur 9 pieds et servant à accueillir des usagers en répit contenait deux lits posés bout à bout et séparés par un rideau ainsi qu'un fauteuil d'aisance devant servir aux deux occupants.

Dans un certain nombre de ces situations, des correctifs ont été apportés rapidement par les propriétaires ou les responsables des résidences, ou encore des explications ont été données montrant que les faits signalés par les plaignants n'étaient pas fondés. C'est le cas notamment pour les matelas qui ont été jugés conformes aux normes réglementaires ainsi que pour les dimensions d'une chambre. Par ailleurs, des recommandations ont été formulées en ce qui a trait au fonctionnement des sonnettes d'appel et aux dimensions de la chambre utilisée à des fins d'hébergement de dépannage.

Le respect des normes concernant le bâtiment

Les plaintes au chapitre du respect des normes liées au bâtiment se rapportent principalement aux conditions qui prévalent à l'intérieur du bâtiment utilisé à des fins d'hébergement. Il y est question notamment du manque de locaux disponibles pour accueillir des visiteurs; du bruit causé par les haut-parleurs installés dans les couloirs et servant à appeler le personnel en cas d'urgence; du manque de chambres insonorisées; de la chaleur excessive qui prévaut à certains moments de l'année; de lacunes dans la sécurité générale en matière d'incendie; d'une insuffisance de sorties extérieures et du mauvais état de rampes d'accès; de certaines chambres parfois maintenues verrouillées; et, enfin, de travaux de rénovation effectués sans que l'on prenne soin de reloger les résidents à l'extérieur pendant la durée de ces réparations.

Dans ces situations, les constats faits par le Protecteur des usagers lors de l'examen de la plainte ont permis d'obtenir de la part des propriétaires et des responsables des résidences des explications habituellement satisfaisantes qui ont été transmises aux plaignants. Ainsi, l'examen de la plainte se rapportant à la température ambiante et à la qualité de l'air dans un CHSLD, où l'on se plaignait d'une chaleur excessive dans les chambres et d'un air très sec en hiver, a permis de constater que le bâtiment répondait aux normes du Service d'expertise et de normalisation du ministère de la Santé et des Services sociaux. On a aussi constaté que des thermostats installés dans chacune des chambres permettaient aux usagers de contrôler la température en hiver, que le degré d'humidité faisait aussi l'objet d'un contrôle électronique et qu'un système de climatisation auxiliaire permettait de maintenir la température à un niveau acceptable en été.

Dans le cas où les portes de certaines chambres étaient verrouillées « par mesure de sécurité », on a tenu à souligner qu'il n'était pas admissible de verrouiller la porte de chambre d'un usager pour l'empêcher de circuler librement et que cela violait les droits des résidants. Pour ce qui est de la résidence où l'on effectuait des travaux importants de rénovation, le Protecteur des usagers a recommandé que la possibilité d'un hébergement temporaire dans une autre ressource soit offerte aux usagers incommodés par les travaux; que ces travaux soient exécutés conformément aux « règles de l'art » tout en s'assurant de maintenir un environnement sain et sécuritaire pour les résidants; que des renseignements soient donnés de façon constante aux familles et aux usagers quant à l'évolution des travaux.

La qualité, la quantité, la variété et la valeur nutritive des aliments

Quatre dossiers sont relatifs à des plaintes concernant la nourriture qui est servie aux usagers et l'horaire des repas. On allègue que la nourriture ne serait pas variée ni d'une qualité adéquate; que les aliments ne seraient pas servis en quantité suffisante; que la saveur et la présentation des mets laissent à désirer de même que leur valeur nutritive; et que l'horaire des repas est trop contraignant, car il laisse trop peu de temps aux usagers pour manger, particulièrement ceux qui ne peuvent manger que très lentement ou avec de l'aide.

Dans deux de ces situations, l'examen de la plainte a permis de conclure rapidement que les faits allégués n'étaient pas fondés. En consultant le menu d'une semaine, on a pu constater que les plats annoncés étaient variés, qu'un plat offert pouvait être remplacé par un autre – plus au goût de l'usager – et que des fiches personnalisées permettaient d'identifier les préférences personnelles. De plus, il est possible d'obtenir une deuxième portion du plat principal, de profiter d'un choix de desserts dont certains sont destinés aux personnes diabétiques, de partager un repas ou une collation avec des membres de la famille.

Dans le cas d'un autre CHSLD, l'examen de la plainte a permis de prendre connaissance des nombreux ajustements et correctifs apportés à la suite des commentaires des usagers ou des proches pour améliorer la qualité des aliments et leur valeur nutritive. Un comité d'alimentation et de nutrition gériatrique avait été mis sur pied depuis plusieurs années, et trois résidants en sont membres. Les commentaires recueillis par les questionnaires de satisfaction sur la qualité des aliments et la grille d'évaluation des nouveaux mets vont de « très bon » à « excellent ». Le réchauffement de la nourriture demeure encore un problème délicat en ce qui a trait à l'assèchement des sauces et à l'apparence des plats, mais l'établissement en est conscient et travaille à mettre au point un système de *rethermalisation* mieux adapté.

Dans un autre CHSLD, lors de l'élaboration des grilles de menus, on tenait compte des commentaires et des suggestions formulés par un comité composé de représentants des usagers, d'infirmières auxiliaires et de membres du personnel de la production alimentaire. L'analyse de la grille horaire des repas et les renseignements obtenus ont aussi révélé une bonne marge de souplesse dans la gestion des périodes allouées aux repas. Par ailleurs, les critiques formulées par les usagers à propos des éléments contenus dans les

menus d'hiver et à propos de l'insuffisance de fruits et de légumes de saison ont paru fondées.

La méthode de distribution et d'entreposage des médicaments

Dans trois résidences, le Protecteur des usagers a dû procéder à des vérifications en ce qui a trait à la méthode de distribution ou d'entreposage des médicaments. Dans un cas, la plupart des résidants conservent leurs médicaments dans leur chambre et les prennent sans avoir besoin d'une forme quelconque d'aide ou de supervision. Les autres usagers ont demandé aux propriétaires de les conserver et de voir à les leur distribuer quotidiennement ou une fois par semaine. Le système utilisé pour ce faire est connu sous le nom de « dispill »; il implique que la préparation, la mise sous scellé et l'inscription des médicaments soient faites par le pharmacien, ce qui exclut toute manipulation de la part de la personne qui en fait la distribution. Le Protecteur des usagers considère que ce système est approprié, et l'agence de développement concernée partage cette opinion.

Dans un autre cas, les médicaments sont entreposés dans une armoire située dans le local des infirmières. La porte du local peut être verrouillée; cependant – lors de la visite du Protecteur des usagers – la porte était ouverte, il n'y avait aucune infirmière présente dans le local et l'armoire aux médicaments n'était pas verrouillée non plus. Ce manquement a été signalé aux responsables de la résidence.

Enfin, dans une autre situation, on a pu constater que les médicaments des résidants étaient rangés pêle-mêle dans un tiroir de la cuisine non verrouillé. Le Protecteur des usagers a recommandé au propriétaire de se procurer une armoire avec serrure et d'y ranger les médicaments en y indiquant le nom de chacun des résidants.

ANNEXE 6

DONNÉES SUR LES DOSSIERS DE PLAINTE ET D'INTERVENTION : LES POLITIQUES ET LES PROCÉDURES CONCERNANT LA GESTION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS IMPLIQUANT DES USAGERS ET DES MEMBRES DU PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS

Introduction

Lorsque des accidents ou des incidents particuliers surviennent dans les établissements, les membres des familles ou les représentants des usagers sont souvent insatisfaits des explications données par les responsables de ces établissements ou par les commissaires locaux à la qualité des services. Les plaintes qui sont alors adressées au Protecteur des usagers s'articulent autour des délais d'intervention par le personnel à la suite de l'accident ou de l'incident ainsi qu'autour des délais pour en informer la famille.

Les explications données par le personnel au sujet des événements associés à l'accident ou à l'incident sont aussi mises en doute par les familles et les représentants des usagers; ceux-ci veulent être mieux éclairés sur ce qui a pu survenir et sur ce qui a été fait pour assurer les soins et les services appropriés, avec efficacité et diligence. On constate alors que les politiques et les procédures des établissements en cette matière présentent des lacunes ou ne sont pas appliquées correctement.

Neuf dossiers de plainte, mettant tous en cause des CHSLD, ont été constitués à ce sujet. Trois de ces dossiers concernent des blessures subies par des usagers à l'occasion de soins donnés par le personnel, trois autres se rapportent à des fractures consécutives à des chutes qui ont donné lieu à des interventions chirurgicales suivies du décès des usagers et trois autres se rapportent à des incidents spéciaux – difficiles à éclaircir – et ayant nécessité des examens approfondis de la part du Protecteur des usagers.

Les blessures subies par des usagers au cours des soins et services

Les trois situations ayant fait l'objet de plaintes concernent : une dislocation de l'épaule subie par une personne âgée souffrant de la maladie d'Alzheimer depuis 19 ans; une fracture au bras droit subie par une usagère âgée de 84 ans et souffrant de fortes courbatures des membres supérieurs; et des brûlures du deuxième degré à deux doigts subies par un usager qui recevait des soins de physiothérapie impliquant des enveloppements chauds – ces brûlures ayant conduit à une infection qui a entraîné la perte des ongles.

Dans le premier cas, il est reproché à l'établissement d'avoir attendu au lendemain pour faire transporter la patiente à l'hôpital où l'on a diagnostiqué et corrigé sous anesthésie une dislocation à l'épaule. L'examen de la plainte a permis de poser l'hypothèse que, dans le cas d'une personne incapable de se tourner d'elle-même dans son lit, une telle dislocation puisse être causée à l'occasion d'une manipulation, d'un choc ou par une pression externe.

Bien que les notes au dossier aient été faites de façon appropriée, ce n'est que le lendemain qu'on a pu constater l'apparition des ecchymoses et que le médecin est passé voir l'usagère. L'examen de la plainte n'a pas permis d'établir à quel moment ni dans quelle circonstance cette blessure a été causée. Cependant, à part les notes d'évolution au dossier, aucun rapport d'incident détaillé n'a été produit à propos de cet événement, contrairement à ce que prévoit la Loi.

Dans le deuxième cas, la plainte alléguait que la fracture au bras droit avait été causée par des abus physiques et de la négligence de la part du personnel soignant. En se basant sur les éléments contenus dans le rapport d'incident produit par le personnel soignant, l'infirmière-chef a pu faire la lumière sur ce qui s'est passé. En outre, elle a pu établir, en consultation avec le médecin traitant, que la fracture était plutôt due à la répétition de mouvements d'extension du bras au moment de vêtir et de dévêtir la personne atteinte de fortes courbatures, car celle-ci ne disposait pas d'un nombre suffisant d'ensembles de vêtements adaptés.

Le Protecteur des usagers, après vérification, viendra à la même conclusion et écartera l'hypothèse d'abus physique et de négligence. Il recommandera cependant, pour éviter la récurrence de telles situations, de relancer le programme de formation visant le déplacement sécuritaire des usagers dont la mobilité est grandement réduite, en particulier lorsque les membres supérieurs sont extrêmement rigides. Pour ce qui est de la plainte relative au délai intervenu dans le transfert à l'hôpital, les notes au dossier viendront démontrer que ce transfert a été effectué dans un délai raisonnable, c'est-à-dire le jour même où un hématome a été constaté au bras droit de la patiente.

Dans le troisième cas, les renseignements recueillis auprès de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ont permis de constater qu'il n'existe aucun protocole concernant l'application d'enveloppements chauds. On demanderait toutefois aux membres de l'Ordre d'effectuer un test de sensibilité avant l'application de l'enveloppement et d'exercer une surveillance plus étroite lors du premier traitement de ce type donné à un usager.

Bien qu'il n'ait pas été possible de déterminer avec certitude la cause des brûlures de l'usager, l'examen de la plainte permettra de constater que les normes de l'établissement en ce qui concerne l'application d'enveloppements chauds s'écartaient des normes suggérées par l'Ordre relativement au test préalable de sensibilité et à la supervision du déroulement du traitement. À la suite de cet incident, le service de physiothérapie de l'établissement a rédigé un document dans lequel il a indiqué comment procéder de façon sécuritaire aux applications d'enveloppements chauds.

Les fractures consécutives à des chutes et suivies d'interventions chirurgicales

Dans les trois situations suivantes, il est question de fractures vraisemblablement attribuables à des chutes et qui ont nécessité des interventions chirurgicales. Qui plus est, dans les trois cas, le décès de l'usager est survenu peu de temps après l'opération. Les plaintes concernent les délais intervenus entre le moment où la fracture s'est produite et le transfert pour un examen radiologique et l'intervention chirurgicale. On reproche aussi à l'établissement de ne pas avoir prévenu rapidement la famille de l'accident ou de

l'hospitalisation de l'utilisateur. Il s'agit d'une fracture au fémur, d'une fracture à une vertèbre cervicale et d'une fracture de la hanche.

Dans le premier cas, la famille reproche à l'établissement d'avoir attendu 24 heures avant de les aviser du transfert à l'hôpital de leur mère âgée de 85 ans, de ne pas avoir donné d'explications satisfaisantes à propos de l'incident ayant causé la fracture et de ne pas avoir agi avec diligence, l'utilisatrice n'ayant été opérée que trois jours plus tard.

L'examen de la plainte a permis de constater qu'effectivement il y avait eu négligence dans les moyens mis en œuvre pour joindre la famille et pour donner les explications relatives à la cause de la fracture. Il a été établi que les deux préposées qui ont effectué le transfert de la personne au moyen du lève-patient n'ont pas respecté la méthode prévue, ce qui a occasionné la chute causant la fracture. La direction de l'établissement a par la suite imposé des sanctions à ces deux employées. Bien qu'un rapport détaillé de l'incident ait été rédigé, la procédure à cet effet – en vigueur dans l'établissement – ne contenait aucune mesure concernant l'information à donner à la famille.

Dans le deuxième cas, la famille reproche à l'établissement de ne pas avoir prodigué les soins appropriés à leur père qui se plaignait de douleurs au cou à la suite d'une chute au cours de laquelle sa tête aurait probablement percuté un bureau. Elle reproche aussi au personnel de ne pas avoir donné suite à sa demande à propos d'une visite du médecin et d'avoir attendu une détérioration importante de l'état de santé de l'utilisateur avant de le transférer au centre de santé, où l'on a diagnostiqué une fracture d'une vertèbre cervicale avec début de glissement antérieur. Le lendemain, le patient aurait été transféré à l'hôpital pour y subir une intervention chirurgicale à la suite de laquelle il serait décédé le jour même.

L'examen de la plainte a permis de conclure que, si l'on tient compte des notes inscrites au dossier médical, le personnel infirmier et plus particulièrement la chef d'équipe infirmière n'ont pas réagi adéquatement ni assez rapidement devant la manifestation des signes et symptômes de l'utilisateur. Il s'agit de la même conclusion qu'a établie l'établissement à la suite de son enquête interne. Par ailleurs, le plan d'action développé par l'établissement pour prévenir la reproduction d'un accident semblable a été jugé insuffisant par le Protecteur des usagers; en effet, ce dernier considérait qu'une évaluation de la qualité des soins devait être faite dans le cadre d'une procédure d'agrément ainsi que par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Dans le troisième cas, la famille reproche à l'infirmière auxiliaire de ne pas avoir pris soin d'installer la contention abdominale à leur mère avant de répondre à une urgence, ce qui a entraîné une chute et une fracture de la hanche. Cette fracture a nécessité trois interventions chirurgicales en autant de mois, suivies du décès de l'utilisatrice.

L'examen de la plainte a révélé que l'établissement a reconnu la faute de l'infirmière auxiliaire et qu'une sanction a été imposée. De plus, l'infirmière-chef s'est assurée de rencontrer l'ensemble du personnel infirmier qui intervient pendant les trois quarts de travail afin de procéder à un rappel de la politique et de la procédure en matière de contention en vigueur dans l'unité. Cette action a été jugée adéquate par le Protecteur des usagers pour éviter la répétition d'une telle situation concernant la sécurité des usagers.

Par ailleurs, la procédure prévue par l'établissement pour aviser la famille en cas d'incident et d'accident était adéquate.

Les incidents particuliers ayant nécessité des interventions approfondies

Bien qu'il s'agisse ici de trois dossiers, ces incidents ne concernent que deux établissements. Dans un cas, il est question du décès d'une usagère retrouvée sans vie, suspendue par sa contention par-dessus une ridelle de son lit qui était levée. La situation ayant donné lieu à une enquête du coroner, l'intervention du Protecteur des usagers a été conduite quatre ans après l'incident. Dans l'autre cas, il s'agit d'une intervention conduite, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, dans un établissement où une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer a été retrouvée avec un doigt partiellement amputé.

Dans le premier cas, une dénonciation publique faite par les employés de l'établissement laissait entendre que l'établissement aurait dissimulé au coroner les circonstances du décès de l'usagère sous contention. Le coroner avait conclu que le décès était dû à une cause naturelle, que la contention était intacte et qu'elle avait été utilisée adéquatement. Au cours de l'intervention, le Protecteur des usagers a cherché à comprendre pourquoi la contention utilisée avait permis une amplitude de mouvements de telle sorte que l'usagère a pu passer par-dessus une ridelle de lit levée et se trouver dans une position précaire et non sécuritaire.

En comparant le dossier de l'usagère et les directives du fabricant de la contention utilisée, on a pu constater que deux précautions n'ont pas été respectées. D'une part, la grandeur de la contention ne correspondait pas à la taille de la patiente et, d'autre part, des photographies montraient que les sangles de sécurité n'avaient pas été utilisées et qu'une rallonge d'un autre type de contention servait à adapter la contention au lit. De plus, à l'époque, l'établissement n'avait pas de procédure en matière d'isolement et de contention. L'examen de la situation a aussi permis de constater que, bien que le dossier comportait des photographies, elles n'avaient jamais été transmises au coroner. Enfin, le Protecteur des usagers a appris qu'au moment de l'incident il n'existait aucun protocole pour les cas de décès qui semblent accidentels ou violents.

Les recommandations faites par le Protecteur des usagers aux établissements concernés par ces plaintes et ces interventions visaient à s'assurer de la conformité des politiques d'utilisation de mesures de contention et de la formation du personnel à une utilisation sécuritaire de ces mesures. De plus, on voulait s'assurer de la conformité des procédures relatives aux accidents et incidents ainsi que du respect, par le personnel, de ses obligations en cette matière.

Dans le dernier dossier, c'est à la suite d'un signalement fait par le ministre de la Santé et des Services sociaux que l'intervention a été conduite avec la collaboration de trois experts en gériatrie, en odontologie judiciaire et géronto-psychiatrie. Après avoir établi la chronologie des événements, examiné le lit de l'usagère et son fonctionnement, et obtenu l'opinion des experts mandatés par le Protecteur des usagers, trois hypothèses relatives à la cause de l'amputation partielle du doigt de l'usagère ont été énoncées. L'information colligée durant l'enquête n'a pas permis de confirmer ou d'exclure avec une certitude

suffisante l'une ou l'autre des hypothèses; chaque hypothèse demeurait plausible et, pour chacune d'elles, des mesures devront être envisagées afin d'éviter la répétition éventuelle d'une situation semblable.

Les recommandations faites à l'établissement visaient à introduire une culture de gestion de risque au sein du personnel; à consolider les règles d'éthique et le respect des obligations légales lors d'un accident ou d'un incident; à optimiser la collecte de l'information lors d'un accident ou d'un incident; à assurer la transmission d'information aux familles des usagers impliqués dans un accident ou un incident.