

RAPPORT DE VISITE

APPRECIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES  
CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)

ÉTABLISSEMENT : Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
INSTALLATION VISITÉE : Pavillon Rosemont  
DATE DE LA VISITE : le 11 avril 2006  
DATE DU RAPPORT : le 28 avril 2006  
RÉGION : Montréal (06)  
NOMBRE DE PLACES : 108 lits

ÉQUIPE DE VISITE

ENTITÉ REPRÉSENTÉE :	NOM DU REPRÉSENTANT(E)
Ministère de la Santé et des Services sociaux :	Nicole Paquin
Agence de la santé et des services sociaux :	Ghislain Girard
Fédération québécoise des sociétés Alzheimer :	Nicole Poirier
Table régionale de concertation des aînés :	Monique Côté-Petit

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Introduction</b> .....	3
1.1. Démarche d'appréciation de la qualité .....	3
1.2. Limites du rapport .....	3
<b>2. Déroulement de la visite</b> .....	3
<b>3. Accessibilité et qualité des services</b> .....	4
3.1. Éléments positifs .....	4
3.2. Les points à améliorer .....	5
3.3. Recommandations .....	5
<b>4. L'environnement humain</b> .....	6
4.1. Éléments positifs .....	6
4.2. Points à améliorer .....	6
4.3. Recommandations .....	7
<b>5. L'environnement physique</b> .....	7
5.1. Éléments positifs .....	7
5.2. Points à améliorer .....	8
5.3. Recommandations .....	8
<b>6. Mesures, mécanismes, outils ou instances</b> .....	9
Le plan d'intervention et sa révision .....	9
Le protocole d'application des mesures de contrôle .....	9
Le code d'éthique .....	9
Le comité des usagers .....	9
Les plaintes .....	9
Gestion des attitudes et des comportements des employés .....	10
Recommandations .....	10
<b>7. Qualité du milieu de vie</b> .....	10
<b>8. Conclusion</b> .....	10
<b>ANNEXES</b> .....	11

## 1. Introduction

### 1.1. Démarche d'appréciation de la qualité

Ce rapport découle d'une démarche qui s'inscrit dans le cadre des visites ministérielles d'appréciation de la qualité en milieu d'hébergement et de soins de longue durée. Le milieu sélectionné par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de cette visite était constitué des deux unités d'hébergement et de soins de longue durée situées au Pavillon Rosemont de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

### 1.2. Limites du rapport

Ce rapport n'a pas la prétention de dresser un portrait exhaustif de la qualité des soins, des services et des activités sur les unités d'hébergement et de soins de longue durée de l'établissement. Il tend :

- À rendre compte, d'une part, des résultats obtenus suite à l'administration de grilles d'appréciation en regard de la mise en œuvre d'un milieu de vie de qualité sur ces unités, ces grilles, élaborées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ont été administrées à différents groupes prédéterminés à l'intérieur du cadre de référence ministériel des visites d'appréciation de la qualité en CHSLD.
- À refléter d'autre part, les perceptions de l'équipe d'appréciation à partir de l'analyse des résultats obtenus suite à l'administration des grilles, des communications établies avec les différentes personnes rencontrées et des observations faites lors de la visite proprement dite des deux unités d'hébergement et de soins de longue durée.

## 2. Déroulement de la visite

Au préalable nous avons transmis à l'établissement le projet d'horaire type ainsi que le questionnaire sur les données de base.

Le questionnaire complété nous a été remis le matin de notre arrivée.

Quant à l'horaire, il fut planifié de la façon suivante :

- 8h30 - 9h15** : prise de contact avec la direction de l'établissement et visite sommaire des lieux
- 9h15 - 10h30** : discussion et échange avec les membres de la direction traitant des différents volets de la qualité des services et des activités
- 10h45 - 12h45** : pour l'équipe A, les représentants du ministère et de l'agence, ont rencontré les membres du personnel représentant les différents conseils alors que l'équipe B, les représentants des associations nationales et régionales, ont fait de l'observation sur le déroulement des activités de la vie quotidienne
- 12h45 - 13h30** : dîner à l'établissement et synthèse sommaire de l'avant-midi
- 13h30 – 15h30** : l'équipe A a rencontré le personnel de jour et de soir, choisi aléatoirement par l'équipe de visite
- l'équipe B* a rencontré des représentants du comité des résidents, des familles, des bénévoles, des proches
- 15h30 – 16h30** : préparation d'une appréciation sommaire des éléments marquants de la journée
- 16h30 – 17h30** : rencontre de l'équipe de direction

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est un établissement public de soins généraux et spécialisés. Il détient 524 lits de santé physique, 20 lits de néonatalogie, 48 lits de

psychiatrie, 25 lits de gériatrie, 75 lits d'hébergement permanent et 108 lits d'hébergement transitoire qui ont été l'objet de la visite.

Ces 108 lits d'hébergement transitoire situés sur deux unités sont répartis en 8 chambres simples, 14 chambres doubles, 14 chambres triples et 8 chambres quadruples. Le taux d'occupation en 2004-05 selon le rapport des données de base fourni par l'établissement était de 96.2%. La durée moyenne de séjour, dans ces lits de transition, en 2004-05 était de 87 jours. L'âge moyen des résidents était de 81.2 ans et 55 ont moins de 65 ans.

Pour dispenser les soins directs, l'équipe compte sur 64.3 postes E.T.C. dont :

De jour → 34.3 postes

De soir → 24.8 postes

De nuit → 5.2 postes

Cette équipe reçoit l'appui de 19.4 postes E.T.C. dans les services professionnels et 4 médecins omnipraticiens assurant les services médicaux à cette clientèle.

### **3. Accessibilité et qualité des services**

#### **3.1 Éléments positifs**

##### **Période d'accueil**

Avant son départ du Pavillon Maisonneuve pour le Pavillon Rosemont, le résident est informé des valeurs de l'approche et de la philosophie d'intervention appliquées dans son nouvel environnement de même que les soins infirmiers et services spécialisés disponibles. Cette information est reprise par l'infirmière le jour de l'admission au Pavillon Rosemont en raison de l'état de détresse psychologique du résident qui devra vivre un hébergement transitoire.

##### **Les activités de la vie quotidienne**

Dans l'ensemble, l'accompagnement requis par le résident pour réaliser ses AVQ est assuré et obtenu rapidement au niveau de l'hygiène, de l'alimentation et de l'habillement.

##### **L'alimentation**

Les menus sont diversifiés et élaborés sur un cycle de 4 semaines.

Le résident est satisfait de la nourriture au niveau du goût, de la quantité et de l'apparence.

Une attention particulière est apportée par le personnel afin de s'assurer que le résident mange correctement et son état nutritionnel est évalué par les diététistes.

##### **La spiritualité**

Le résident a accès à des activités spirituelles qui correspondent à ses croyances.

##### **Soins infirmiers et services spécialisés**

Dans le contexte d'un centre hospitalier universitaire, les soins infirmiers répondent aux besoins requis par la situation du résident et les services spécialisés répondent facilement et rapidement à la quasi-totalité des demandes.

Cependant en analysant la représentation du personnel fourni par l'établissement, l'équipe se montre inquiète sur la satisfaction des besoins en soins infirmiers particulièrement en service de nuit.

A cet égard, l'équipe de direction a informé l'équipe de visite qu'une étude sur la réorganisation du travail avait été faite et que l'on prévoyait l'ajout de 8.2 postes (ajout de 1467 heures travaillées) sur les différents quarts de travail dont 1.4 postes de nuit pour améliorer la situation. Cet ajout permettra d'améliorer encore davantage la continuité des interventions, d'une équipe à l'autre, ainsi que la surveillance pour répondre aux besoins du résident.

## **La médication**

La revue de la médication fait l'objet d'un suivi de la part des médecins et pharmaciens.

### ***3.2 Les points à améliorer***

#### **Période d'accueil**

Il n'y a pas au sens des orientations ministérielles d'intervenant responsable de l'accompagnement du résident.

#### **Les activités de la vie quotidienne**

Le comité des résidents et les représentants des familles ont porté à notre attention le temps d'attente trop long pour l'accompagnement à l'élimination.

Quant à la mobilité, l'organisation du travail ne permet pas de favoriser la mobilité des résidents. Il n'existe pas de programme d'aide à la marche.

#### **Alimentation**

Bien que le résident soit satisfait de la nourriture on nous a signalé que la température des aliments servis n'était pas adéquate (tiède à froide).

Quant à la plage horaire des repas, l'écart de temps entre le déjeuner et le dîner de 3 heures nous semble court.

#### **Les activités récréatives et sociales**

Des activités récréatives et sociales sont organisées de jour, de soir et la fin de semaine. Cependant elles sont peu adaptées pour une clientèle présentant des déficits cognitifs.

#### **Les services spécialisés**

Dans le contexte d'un hébergement transitoire, nous avons constaté que les besoins d'ordre psychologique (psychologiques) ne sont pas satisfaits.

#### **La médication**

Au-delà du suivi effectué par les professionnels à ce chapitre, le résident, ses proches ou son représentant ne sont pas informés des effets secondaires ou des changements effectués dans la médication sauf sur demande.

### ***3.3 Recommandations***

**R1-** Réviser le processus d'accueil et d'information du résident afin de n'avoir qu'une seule source d'information.

**R2-** Redéfinir le rôle de l'intervenant responsable dans le cadre des orientations ministérielles d'un milieu de vie et désigner un intervenant accompagnateur plus significatif pour le résident.

**R3-** Réduire le temps d'attente pour l'accompagnement du résident dans ses besoins d'élimination .

**R4-** Établir à l'intérieur du plan d'action des activités spécifiques afin de maintenir la mobilité du résident.

**R5-** Développer à l'intérieur du programme récréatif et social des activités qui tiennent compte des personnes atteintes de déficits cognitifs.

**R6-** Actualiser l'ajout de 8.2 postes ETC (1467 heures travaillées) d'ici octobre 2006.

**R7-** Comblar les besoins d'ordre psychologique par l'embauche d'un(e) psychologue.

**R8-** Mettre en place des moyens de communication qui permettent au résident, ses proches ou son représentant d'être informés systématiquement des effets secondaires et des changements de médication.

## **4. L'environnement humain**

### **4.1 Éléments positifs**

#### **La connaissance du résident**

Les intervenants réguliers connaissent bien les aptitudes et les capacités des résidents de même que leurs problématiques et leurs besoins.

#### **L'identité, l'autonomie et l'autodétermination des résidents**

D'une manière générale le personnel dans l'exécution de ses tâches, favorise le maintien des capacités des résidents.

À partir du formulaire de consentement général obtenu en courte durée, l'information transmise au résident lui permet ou à son représentant de donner un consentement en regard des interventions ou décisions le concernant.

#### **La dignité et le respect du résident**

De façon générale, le personnel s'adresse au résident de façon respectueuse (Monsieur, Madame). Le vouvoiement est exigé.

Le résident est traité avec courtoisie et politesse et en très grande partie le personnel fait preuve d'empathie et de compassion à son égard.

Pour ses soins d'hygiène, de transfert etc. le résident peut choisir une personne du sexe de son choix.

### **4.2 Points à améliorer**

#### **L'identité, l'autonomie et l'autodétermination des résidents**

Dans le contexte d'un milieu hospitalier ou l'approche milieu de vie n'est que peu instaurée, il est difficile pour le résident en période de transition de pouvoir réaliser ses activités de la vie quotidienne en fonction de ses habitudes de vie.

- Il peut difficilement manger à l'heure de son choix;
- L'horaire des soins d'hygiène est pré-établi;
- Il faut respecter les heures de visites;
- Les chambres à plusieurs lits ne permettent pas un aménagement au goût du résident;
- Le résident peut recevoir dans sa chambre qui il veut mais doit aussi tenir compte du résident voisin.

#### **L'intimité du résident**

En raison du caractère public des chambres, le droit à l'intimité des résidents est fortement compromis.

- Le résident ne peut être seul quand il le désire;
- La promiscuité des locaux rend difficile sinon impossible l'accès à des espaces où le résident peut s'isoler ou recevoir sa famille ou ses proches;
- Bien que les rideaux séparateurs offrent une relative intimité, toutes les conversations (famille, employés) perdent leurs aspects de confidentialité;
- La très grande majorité des chambres n'étant pas privées, le personnel n'a pas l'habitude de frapper avant d'entrer dans la chambre;
- Le résident ne peut vivre sa sexualité;
- Par manque d'espace le résident ne peut avoir de meubles personnels dans sa chambre. Quant aux objets, on utilise le bord de la fenêtre.

#### **La dignité et le respect du résident**

En règle générale, lors de son intervention le personnel parle et regarde le résident. Cependant lors d'une intervention où plusieurs intervenants interagissent, ceux-ci ont beaucoup plus de difficultés à demeurer en interaction avec le résident.

Sous l'angle de la confidentialité nous avons entendu des conversations dans le corridor, entre membres du personnel, portant sur des comportements ou problèmes spécifiques de résidents.

### **4.3 Recommandations**

**R9-** Sensibiliser le personnel sur la qualité de l'information à transmettre au résident afin qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé au regard de toute intervention ou décision le concernant.

**R10-** Procéder à une réorganisation du travail afin de tenir compte de l'opinion du résident pour l'horaire des repas et des bains.

**R11-** Sensibiliser le personnel sur l'importance du respect de la vie privée du résident même dans des chambres à occupation multiple.

**R12-** Créer un comité de réflexion pour identifier les points d'amélioration possibles visant l'intimité du résident.

**R13-** Sensibiliser le personnel à l'effet que pour toute intervention (individuelle ou collective) l'interaction avec le résident doit être présente.

**R14-** S'assurer que le caractère confidentiel de toute discussion concernant le résident soit respecté.

## **5. L'environnement physique**

### **5.1 Éléments positifs**

#### **L'affichage de l'information**

L'information qui s'adresse à l'utilisateur ou à ses proches est accessible et adaptée :

- Le code d'éthique est accessible;
- Les menus sont affichés;
- Les journaux sont disponibles;
- Le tableau d'orientation (jour, date, année etc.) est disponible sur les unités.

#### **La sécurité du résident**

Le résident non ambulatoire bénéficie d'équipements adaptés à sa condition et sont sécuritaires.

Le personnel s'assure en tout temps que l'aménagement physique, l'équipement soient sécuritaires.

Une surveillance est assurée par le personnel et permet de répondre aux besoins particuliers ou ponctuels des résidents de jour, de soir et de nuit.

Le résident est informé de tout accident le concernant et des mesures de sécurité sont mises en place pour prévenir la récurrence.

#### **L'intimité et l'adaptation des lieux**

Le mécanisme d'appel est non bruyant.

L'environnement ne présente pas de barrières architecturales limitant les déplacements des résidents ambulatoires.

La température ambiante est acceptable.

Les cuisinettes sur les étages peuvent accueillir les personnes en fauteuil roulant.

Les salles de bains ont des rideaux ou des aménagements préservant l'intimité.

## *5.2 Points à améliorer*

### **La sécurité du résident**

Particulièrement à l'heure des bains le matin, les corridors sont encombrés de matériel ou de chariots qui restreignent la mobilité du résident et augmentent ainsi le risque de chute ou d'incident.

Les produits d'entretien sanitaire dangereux sont à la portée des résidents sur les chariots.

Le personnel fait usage de gants disposables en exécutant plusieurs tâches et manipulant plusieurs instruments sans les enlever. Cela représente un danger réel de contamination.

### **L'intimité et l'adaptation des lieux**

Les salles de toilettes étant communes, l'intimité de la personne n'est pas préservée. La majorité des chambres étant doubles, triples et quadruples, l'intimité pour le résident n'est pas possible.

Les aménagements physiques (chambre, salle de toilette, salle d'eau) ne favorisent pas l'autonomie fonctionnelle du résident.

Le milieu est mal adapté pour les résidents souffrant de déficits cognitifs : le repérage est très difficile ainsi que la liberté de mouvement due à l'encombrement de matériel dans plusieurs pièces.

L'équipe de visite considère que l'aménagement physique est peu propice à l'élaboration d'un milieu de vie.

Sur les unités, des odeurs désagréables se dégagent en raison d'une mauvaise utilisation du matériel (couvercle de chariots de souillure laissés ouverts, culottes d'incontinence souillées sur le plancher etc.)

La fenestration permet difficilement à une personne assise, en fauteuil roulant de voir à l'extérieur.

Des représentants des usagers, des familles, du personnel et les membres de l'équipe de visite considèrent que l'entretien sanitaire mérite d'être grandement amélioré.

### *5.3 Recommandations*

**R15-** Réviser les méthodes d'entretien sanitaire et s'assurer que les produits d'entretien dangereux soient hors de portée des résidents.

**R16-** Réviser les méthodes de travail afin que les chariots servant à l'hygiène des résidents soient tous du même côté du corridor.

**R17-** Informer et sensibiliser le personnel sur les dangers de contamination par l'usage inapproprié de gants.

**R18-** Éliminer les mauvaises odeurs sur les unités.

**R19-** Réviser les méthodes d'entretien sanitaire de la section hébergement.

**R20-** Créer un comité d'étude pour explorer des pistes de solutions afin d'adapter les lieux dans le sens des orientations ministérielles sur un milieu de vie de qualité.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> S'inspirer du modèle des soins palliatifs situés au 4<sup>ème</sup> étage où la durée de séjour est aussi de 3 mois.



## **6. Mesures, mécanismes, outils ou instances**

### *Le plan d'intervention et sa révision*

Chaque résident a un plan d'intervention individualisé et son opinion est considérée et respectée. La révision de ce plan se fait aux 3 semaines.

En contrepartie, le résident, ses proches ou son représentant ne participent pas à l'élaboration du plan d'intervention ni à sa révision.

À ce chapitre l'unité 3C sert de pilote pour l'intégration du résident et il est prévu que dans quelques mois cette pratique sera étendue à tous les résidents de l'hébergement transitoire.

### *Le protocole d'application des mesures de contrôle*

Le protocole d'application des mesures de contrôle existe et le consentement du résident, de ses proches ou de son représentant est obtenu (sauf en situation d'urgence).

Dans ce cas, l'information transmise au résident lui permet de connaître les motifs justifiant l'utilisation de la contention physique.

Quant aux contentions chimiques, il arrive fréquemment que les proches ou les représentants soient informés après le fait.

Malgré l'existence du protocole nous constatons que la compréhension, l'intégration des notions de « dernier recours » et de « manière exceptionnelle » varient d'une personne à l'autre.

### *Le code d'éthique*

Le code d'éthique gouverne l'approche et la philosophie d'intervention appliquées dans le centre.

### *Le comité des usagers*

Sur la formation du comité des usagers, sur l'information qui lui est transmise, sur son rôle, sur le soutien de la direction et sur l'impact du comité, les représentants du personnel ne se prononcent pas. Ils répondent : « ne sait pas »

Les représentants des comités (CII-CM-CMDP) et la direction soutiennent que :

- L'information transmise permet de connaître les rôles et fonctions du comité ;
- Le comité reçoit l'appui de la direction ;
- Le comité a des liens de communication suffisants avec les résidents et qu'il a un impact positif.

Les représentants des usagers quant à eux estiment que le rôle et la fonction du comité sont peu rencontrés.

Quant à l'équipe de visite ministérielle, nous considérons qu'un comité dont 60% des postes sont vacants (3/5) n'est pas opérationnel et de ce fait, nous n'exprimons aucune opinion.

### *Les plaintes*

L'information transmise au résident, à ses proches ou à son représentant légal permet de connaître en grande partie la procédure de traitement des plaintes.

Pour porter plainte les gens s'adressent à l'infirmière qui s'adresse à son supérieur, qui lui s'il y a lieu, l'achemine à la commissaire à la qualité des services. Cette méthode permet difficilement d'évaluer le processus de suivi ainsi que l'impact sur l'amélioration de la qualité des services.

De plus la commissaire aux plaintes n'est pas connue de l'ensemble du personnel.

### *Gestion des attitudes et des comportements des employés*

Les attitudes et les comportements inacceptables des employés sont portés à l'attention du responsable qui les accueille positivement : on applique la tolérance "zéro".

### *Recommandations*

**R21-** Poursuivre l'implication du résident dans l'élaboration et la révision du plan d'intervention pour l'ensemble de la clientèle hébergée, **à l'unité 3C**.

**R22-** S'assurer que les intervenants maîtrisent les notions relatives aux contentions physiques et chimiques, y compris les motifs qui justifient leur utilisation; qu'ils s'approprient le contenu et les objectifs du protocole; que les résidents et leurs proches soient informés de l'existence du protocole, de son contenu et des ses objectifs.

**R23-** Comblent les postes vacants au sein du comité des usagers, d'ici 3 mois et informer les résidents et les familles de sa composition, de son rôle et de ses fonctions selon la législation en vigueur.

**R24-** Réviser le processus de traitement des plaintes et informer le personnel de l'identité de la commissaire locale à la qualité.

## **7. Qualité du milieu de vie**

Considérant que la majorité des chambres ne sont pas privées, qu'il s'agit d'un milieu d'hébergement transitoire dans un centre hospitalier universitaire, il est difficile, pour le résident, ses proches ou son représentant, de considérer qu'il se sente chez lui dans cette installation et que ce milieu en est un qui répond à ses besoins.

Dans le rapport sur les données de base, fourni par la direction, nous constatons que dans la section « Mise en œuvre des orientations ministérielles publiées en octobre 2003 pour un milieu de vie de qualité », l'établissement n'a pas répondu.

**R25-** Que l'équipe de direction s'approprie et applique les orientations ministérielles sur un milieu de vie de qualité.

## **8. Conclusion**

La direction au cours des derniers mois a procédé à l'embauche d'un nouveau chef de service pour l'unité d'hébergement.

Tous les groupes rencontrés et l'équipe de visite ministérielle reconnaissent le leadership de cette nouvelle ressource qui a déjà amorcé un virage significatif dans le sens des orientations ministérielles.

L'unité 3C sert de projet pilote et l'approche humaine et chaleureuse envers les résidents doit être poursuivie sur les autres unités.

Malgré le caractère transitoire de l'hébergement et la durée de séjour très courte (3 mois) l'aspect humain du concept milieu de vie doit être priorisé.

Nous remercions les représentants de tous les groupes qui ont collaboré et participé aux diverses séances de travail.

# **ANNEXES**

**ANNEXE 1 : LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION CONCERNANT LE CHSLD :**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : **Hôpital Maisonneuve-Rosemont**

# SÉQ. : **120**

NOM DE L'INSTALLATION : **Pavillon Rosemont**

RÉGION : **Montréal 06**

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
<b>R1-</b> Réviser le processus d'information du résident afin de n'avoir qu'une seule source d'information	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R2-</b> Redéfinir le rôle de l'intervenant responsable dans le cadre des orientations ministérielles d'un milieu de vie et désigner un intervenant accompagnateur plus significatif pour le résident	<b>1 / 11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R3-</b> Réduire le temps d'attente pour l'accompagnement du résident à l'activité « élimination »	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R4-</b> Établir à l'intérieur du plan d'action des activités spécifiques afin de maintenir la mobilité du résident	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R5-</b> Développer à l'intérieur du programme récréatif et social des activités qui tiennent compte des personnes atteintes de déficits cognitifs	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R6-</b> Actualiser l'ajout de 8.2 postes ETC (1467 heures travaillées) d'ici octobre 2006	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R7-</b> Combler les besoins d'ordre psychologique par l'embauche d'un(e) psychologue	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R8-</b> Mettre en place des moyens de communication qui permettent au résident, ses proches ou son représentant d'être informés systématiquement des effets secondaires et des changements de médication	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R9-</b> Sensibiliser le personnel sur la qualité de l'information à transmettre au résident afin qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé au regard de toute intervention ou décision le concernant	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R10-</b> Procéder à une réorganisation du travail afin de tenir compte de l'opinion du résident pour l'horaire des repas et des bains	<b>15 / 17</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R11-</b> Sensibiliser le personnel sur l'importance du respect de la vie privée du résident même dans des chambres à occupation multiple	<b>21 / 22</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R12-</b> Créer un comité de réflexion pour identifier les points d'amélioration possibles visant l'intimité du résident	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R13-</b> Sensibiliser le personnel à l'effet que pour toute intervention (individuelle ou collective) l'interaction avec le résident doit être présente	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R14-</b> S'assurer que le caractère confidentiel de toute discussion concernant le résident soit respecté	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

(1) THÈMES		
<b>A) QUALITÉ ET ACCESSIBILITÉ</b>	<b>B) L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</b>	25) L'intimité
1) L'information transmise lors de la période d'accueil	14) La connaissance du résident	26) L'adaptation des lieux
2) Les activités de la vie quotidienne (AVQ)	15) L'identité, l'autonomie et l'autodétermination	<b>D) LES MESURES, MÉCANISMES, OUTILS...</b>
3) Alimentation	16) La qualité de l'information transmise	27) Le plan d'intervention
4) Les activités récréatives et sociales	17) La prise en compte de l'opinion du résident	28) La révision
5) Accès aux activités spirituelles	18) Le maintien de la capacité du résident	29) Le protocole d'application des mesures de contrôle
6) Les soins infirmiers	19) La possibilité pour le résident de décorer sa chambre	30) Le code d'éthique
7) Les services spécialisés	20) La possibilité pour le résident de recevoir dans sa chambre	31) Le comité des usagers
8) Les médicaments	21) L'intimité	32) Les plaintes
9) Le personnel clinique est suffisant	22) La dignité et le respect	33) Gestion des attitudes et comportements des employés
10) Le personnel d'encadrement est suffisant	<b>C) L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE</b>	<b>E) LA QUALITÉ DU MILIEU</b>
11) Un intervenant responsable d'accompagner le résident	23) L'affichage ou la documentation	34) La qualité de l'environnement
12) La continuité des interventions	24) La sécurité	
13) La surveillance assurée par le personnel		

(2) DÉLAI : 1 = Court (0-1 an) / 2 = Moyen (1-3 ans) / 3 = Long (+ de 3 ans)

(3) ADRESSÉE : 1 = Établissement / 2 = Agence / 3 = MSSS / 4 = Autres

**LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION CONCERNANT LE CHSLD :**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : **Hôpital Maisonneuve-Rosemont**

# SEQ. : **120**

NOM DE L'INSTALLATION : **Pavillon Rosemont**

RÉGION : **Montréal 06**

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
<b>R15-</b> Réviser les méthodes d'entretien sanitaire afin que les produits d'entretien dangereux soient hors de portée des résidents	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R16-</b> Réviser les méthodes de travail afin que les chariots servant à l'hygiène des résidents soient tous du même côté du corridor	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R17-</b> Informer et sensibiliser le personnel sur les dangers de contamination par l'usage généralisé de gantsposables	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R18-</b> Éliminer les mauvaises odeurs sur les unités	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R19-</b> Réviser les méthodes d'entretien sanitaire de la section hébergement	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R20-</b> Créer un comité d'étude pour explorer des pistes de solution afin d'adapter les lieux dans le sens de la politique ministérielle sur un milieu de vie de qualité	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R21-</b> Poursuivre l'implication du résident dans l'élaboration et la révision du plan d'intervention pour l'ensemble de la clientèle hébergée, <b>à l'unité 3C</b>	<b>27 / 28</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R22-</b> S'assurer que les intervenants maîtrisent les notions relatives aux contentions physiques et chimiques, y compris les motifs qui justifient leur utilisation; qu'ils s'approprient le contenu et les objectifs du protocole; que les résidents et leurs proches soient informés de l'existence du protocole, de son contenu et de ses objectifs	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R23-</b> Comblent les postes vacants au sein du comité des usagers, d'ici 3 mois et informer les résidents et les familles de sa composition, de son rôle et de ses fonctions selon la législation en vigueur	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R24-</b> Réviser le processus de traitement des plaintes et informer le personnel de l'identité de la commissaire locale à la qualité	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>R25-</b> Que l'équipe de direction s'approprie et applique les orientations ministérielles sur un milieu de vie de qualité	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

(1) THÈMES		
<b>A) QUALITÉ ET ACCESSIBILITÉ</b>	<b>B) L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</b>	25) L'intimité
1) L'information transmise lors de la période d'accueil	14) La connaissance du résident	26) L'adaptation des lieux
2) Les activités de la vie quotidienne (AVQ)	15) L'identité, l'autonomie et l'autodétermination	<b>D) LES MESURES, MÉCANISMES, OUTILS</b>
3) Alimentation	16) La qualité de l'information transmise	27) Le plan d'intervention
4) Les activités récréatives et sociales	17) La prise en compte de l'opinion du résident	28) La révision
5) Accès aux activités spirituelles	18) Le maintien de la capacité du résident	29) Le protocole d'application des mesures de contrôle
6) Les soins infirmiers	19) La possibilité pour le résident de décorer sa chambre	30) Le code d'éthique
7) Les services spécialisés	20) La possibilité pour le résident de recevoir dans sa chambre	31) Le comité des usagers
8) Les médicaments	21) L'intimité	32) Les plaintes
9) Le personnel clinique est suffisant	22) La dignité et le respect	33) Gestion des attitudes et comportements des employés
10) Le personnel d'encadrement est suffisant		<b>E) LA QUALITÉ DU MILIEU</b>
11) Un intervenant responsable d'accompagner le résident	<b>C) L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE</b>	34) La qualité de l'environnement
12) La continuité des interventions	23) L'affichage ou la documentation	
13) La surveillance assurée par le personnel	24) La sécurité	

(2) DÉLAI : 1 = Court (0-1 an) / 2 = Moyen (1-3 ans) / 3 = Long (+ de 3 ans)

(3) ADRESSÉE : 1 = Établissement / 2 = Agence / 3 = MSSS / 4 = Autres

## ANNEXE 2

### **Commentaires au directeur ou à la directrice de l'établissement**

- ⇒ Les commentaires demandés à l'établissement visent à lui permettre de faire connaître aux autorités compétentes ses réactions au rapport produit.
- ⇒ Ce document accompagne le rapport à chacune des étapes du processus visant à améliorer les mesures à être prises pour assurer l'accès et la qualité des services aux usagers.
- ⇒ À ce titre, l'Agence et le Ministère prendront en considération les éléments apportés lors de la confection du plan d'action et de son suivi.
- ⇒ En ce qui concerne le rapport lui-même, seuls les correctifs relatifs aux commentaires, de nature statistique, financière ou factuelle, ont été apportés. Vous retrouverez en ombragé les amendements qui ont été intégrés au rapport.
- ⇒ Aucun amendement concernant l'appréciation réalisée par l'équipe de visite n'a été intégré au rapport lui-même.

*Service de la coordination*

*Visites d'appréciation de la qualité des services*



Le 26 mai 2006

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Monsieur Vital Simard, coordonnateur  
Visites d'appréciation de la qualité des services  
Ministère de la santé et des services sociaux du Québec  
Direction générale des services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 6<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

**OBJET** : Rapport de la visite d'appréciation de la qualité des services du 11 avril 2006 au pavillon Rosemont de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Monsieur,

Dès réception du rapport du MSSS, le 24 mai 2006, concernant l'objet mentionné en rubrique, la direction et les intervenants concernés de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) en ont pris connaissance. Nous confirmons que ce rapport reflète la discussion avec le groupe ministériel. Cependant, nous désirons apporter certaines précisions et demander que soient amendées certaines informations de nature factuelle.

Il faut préciser que la démarche qui s'inscrit dans le cadre des visites ministérielles d'appréciation de la qualité en milieux d'hébergement et de soins de longue durée en est une en fonction d'un milieu de vie en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Tel que stipulé, dans votre rapport à la page 3, dernier paragraphe, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont est un établissement public de soins généraux et spécialisés qui détient 524 lits de santé physique ... et 108 lits d'hébergement *transitoire*<sup>1</sup>. Nous croyons qu'il aurait lieu d'adapter la démarche d'évaluation à un milieu transitoire – carrefour vers un milieu de vie.

#### **Amendements demandés**

##### **2. Déroulement de la visite**

###### Page 4, 1<sup>er</sup> paragraphe

Les 75 lits d'hébergement permanent, localisés au Centre d'accueil Judith Jasmin, ne font plus partie de l'HMR. Il y a eu convention de cession, le 19 décembre 2004, entre l'HMR et le CSSS de la Pointe-de-Île.

... 2

---

<sup>1</sup> À notre unité d'hébergement transitoire, la durée moyenne de séjour est de 87 jours et le nombre d'admissions par période est de 33. L'âge moyen des résidents est de 78,6 ans.

En révisant notre dossier, nous nous interrogeons sur certaines données 2004-2005 transmises pour lesquelles, il y a eu erreur.

*Page 4, 2<sup>e</sup> paragraphe*

Pour dispenser les soins directs, l'équipe compte sur 68 postes E.T.C. dont :

De jour : 35.5 postes

De soir : 24 postes

De nuit : 8.5 postes.

3. Accessibilité et qualité des services

*Page 4, dernier paragraphe*

... et que l'on prévoyait l'ajout de 8.2 postes (ajout de 14 676 heures travaillées) ...

Idem texte de la recommandation R6, page 5 du rapport et liste des recommandations en annexe.

### **Les recommandations visant à corriger les lacunes observées**

Nous croyons que les recommandations suivantes nécessitent des précisions (P).

**R4 :** *Établir à l'intérieur du plan d'action des activités spécifiques afin de maintenir la mobilité du résident.*

**P :** Nous sommes étonnés de cette recommandation, car l'information à cet effet a été transmise lors de la visite. En effet, depuis septembre 2005, l'ajout d'un poste de technicien en réadaptation physique à raison de quatre jours semaine a été créé pour nous aider à évaluer la mobilité des résidents et à développer des plans de réadaptation à la marche pour chacun des résidents ayant un potentiel. De plus, un rehaussement du poste d'ergothérapeute à quatre jours par semaine a été fait.

**R9 :** *Sensibiliser le personnel sur la qualité de l'information à transmettre au résident afin qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé en regard de toute intervention ou décision le concernant.*

**P :** Pour nous, cette recommandation est en contradiction avec ce que vous notez à la page 6, 3<sup>e</sup> paragraphe. Nous nous interrogeons donc sur sa pertinence. « À partir du formulaire de consentement général obtenu en courte durée, l'information transmise au résident lui permet ou à son représentant de donner un consentement en regard des interventions ou décisions le concernant.»



**R21** : Poursuivre l'implication du résident dans l'élaboration et la révision du plan d'intervention pour l'ensemble de la clientèle hébergée.

**P** : Nous constatons une contradiction en ce qui concerne cet élément à la page 9. Le texte du 1<sup>er</sup> paragraphe vient en contradiction avec le texte du 2<sup>e</sup> paragraphe.

**R24** : Réviser le processus de traitement des plaintes et informer le personnel de l'identité de la commissaire locale à la qualité.

**P** : Si l'on se réfère à la page 9, avant-dernier paragraphe, nous considérons qu'il y a eu une mauvaise compréhension, car les plaintes sont déposées par l'usager ou la famille directement à la commissaire. Des feuillets d'information sont disponibles dans les présentoirs aux unités.

#### **En conclusion**

Nous notons que les recommandations sont adressées exclusivement à l'établissement alors que quelques-unes d'entre elles devraient être adressées à d'autres instances (Agence, MSSS). À titre d'exemple, mentionnons l'environnement physique qui nécessite un réaménagement pour répondre aux exigences, mais que l'établissement seul ne peut assumer.

Nous vous remercions de nous avoir donné l'opportunité de faire le point sur ce rapport et soyez assuré que les intervenants de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont se sont appliqués à mettre en place les correctifs appropriés portant sur les lacunes observées.

Veillez accepter, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Le directeur général adjoint,



Gilles Thomassin pour  
Carole Deschambault  
Directrice générale