

**RAPPORT DE VISITE D'APPRECIATION DE LA QUALITÉ  
CENTRE D'HEBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CHSLD)**

RÉGION : Montréal (06)

ÉTABLISSEMENT : CHSLD Manoir Fleury inc.

INSTALLATION VISITÉE : Manoir Fleury

DATE DE LA VISITE : Le 24 janvier 2007

DATE DU RAPPORT : Le 19 février 2007

**ÉQUIPE DE VISITE**

ENTITÉ REPRÉSENTÉE

NOM DU REPRÉSENTANT  
OU DE LA REPRÉSENTANTE

Ministère de la Santé et des  
Services sociaux :

Madame Lyne Chamberland

Agence de la santé et des  
services sociaux :

Madame Francine St-Georges

Association nationale :  
Nom : Conseil pour la  
protection des malades

Madame Sarah Trudeau

Association régionale :  
Nom : Table régionale de  
concertation des aînés de l'Île de  
Montréal

Monsieur Henri Gervais

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	2
<b>PARTIE I.....</b>	<b>3</b>
LE DÉROULEMENT DE LA VISITE .....	3
LA PRÉSENTATION SOMMAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT .....	3
<b>PARTIE II.....</b>	<b>5</b>
1. L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL : .....	5
1.1 Les éléments positifs .....	5
1.2 Les éléments à améliorer .....	5
1.3 Les recommandations .....	6
2. LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES : .....	10
2.1 Les éléments positifs .....	10
2.2 Les éléments à améliorer .....	11
2.3 Les recommandations .....	12
3. L'ENVIRONNEMENT HUMAIN : .....	14
3.1 Les éléments positifs .....	14
3.2 Les éléments à améliorer .....	15
3.3 Les recommandations .....	15
4. L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE : .....	16
4.1 Les éléments positifs .....	16
4.2 Les éléments à améliorer .....	16
4.3 Les recommandations .....	17
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>18</b>
<b>ANNEXES :</b>	
ANNEXE 1 : LISTE DES RECOMMANDATIONS	
ANNEXE 2 : FICHE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ (à suivre)	
<b>ADDENDUM :</b>	
COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT	

## INTRODUCTION

Le présent rapport découle d'une démarche qui s'inscrit dans le contexte des visites ministérielles d'appréciation de la qualité dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Il témoigne des observations faites dans les installations et des informations recueillies lors des rencontres tenues avec les résidents, les familles, le personnel et l'équipe de direction. Ce rapport traite particulièrement des thèmes suivants :

- l'environnement organisationnel ;
- les services, les activités et les fournitures ;
- l'environnement humain ;
- l'environnement physique.

Les éléments positifs et les éléments à améliorer qui ont été retenus sont décrits pour chacun de ces thèmes. Des recommandations sont également formulées afin de faciliter ou d'assurer la mise en œuvre des orientations ministérielles qui encadrent ce secteur d'activité.

Ce rapport n'a pas la prétention de dresser un portrait exhaustif de la qualité des soins, des services et des activités offerts dans les milieux d'hébergement et de soins de longue durée. Il se limite à rendre compte des éléments appréciés dans le milieu au moment de la visite. Ces éléments sont définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et portent exclusivement sur la mise en œuvre d'un milieu de vie de qualité.

## PARTIE I

### LE DÉROULEMENT DE LA VISITE :

L'équipe de visite a été accueillie par le propriétaire du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Manoir Fleury inc., trente minutes plus tard, ce qui a modifié quelque peu le déroulement de la journée. Les personnes désignées pour les différentes rencontres se sont présentées, tel qu'il avait été convenu. Elles ont démontré une excellente collaboration pour la réalisation de la journée. Elles se sont montrées disponibles, ouvertes à la réflexion concernant les pratiques pour un milieu de vie de qualité. Ces personnes sont aussi soucieuses de l'amélioration des services.

Les personnes souhaitées étaient présentes à la rencontre-bilan.

### LA PRÉSENTATION SOMMAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT :

Dans cette section, l'ensemble des données factuelles transmises par l'établissement est présenté.<sup>1</sup>

Le Centre d'hébergement et de soins de longue durée Manoir Fleury inc. est une résidence privée, non conventionnée.

La résidence compte 25 chambres au permis. Une entente régionale de service au programme 54 (désengorgement des urgences) est conclue pour six (6) lits. Trois (3) de ces lits étaient occupés lors de la visite.

Le centre dispose de seize (16) chambres simples et de neuf (9) chambres doubles, dont quelques-unes ont une toilette privée.

Le propriétaire du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Manoir Fleury inc. dirige le centre. Aucune formation pour le personnel de ce centre concernant l'approche *Milieu de vie* n'a été donnée en 2005-2006.

Le centre comprend une unité de vie située sur trois (3) étages. Les résidents avec déficits cognitifs sont regroupés au sous-sol. Les résidents et leur famille témoignent de la qualité des services offerts et d'une approche *Milieu de vie* de type familial.

Le centre a ciblé des priorités afin d'améliorer les services à la clientèle dont :

- La sécurité, le confort et le bien-être des résidents.
- Les rénovations à compléter d'ici 2008 :
  - agrandir les portes des salles de toilette ;
  - changer le mécanisme d'appel aux chambres ;
  - enlever les seuils de porte des cages d'escalier.
- Visite relative au processus de l'agrément prévue en 2008.

### Les protocoles et les programmes :

Les protocoles et les programmes suivants ont été adoptés et des rapports de prévalence ont été réalisés :

- Protocole sur l'application des mesures de contrôle adopté en 2004. Un rapport sur l'utilisation des mesures de contrôle est transmis au conseil d'administration et il indique 6 (six) contentions au 31 mars 2005.
- Protocole sur la prévention des chutes adopté en 2006. Un rapport sur le nombre de chutes est transmis au conseil d'administration. Le nombre de chutes est répertorié dans un registre.

<sup>1</sup> Données extraites de la Partie I de la grille d'appréciation de la qualité qui est remplie par l'établissement.

- Protocole sur la prévention des infections adopté en 2006. Un rapport sur le nombre d'infections est transmis au conseil d'administration. Celui-ci n'indique aucune infection répertoriée pour l'année 2005-2006.
- Mesures en place pour assurer la surveillance de l'influenza, des maladies respiratoires, de la gastro-entérite, des infections urinaires par sonde et des infections des tissus mous ou de la peau.
- Protocole sur la prévention des lésions de pression adopté en 2006. Un rapport sur la prévalence des lésions de pression est transmis au conseil d'administration.
- Protocole sur la gestion de la douleur adopté en 2006.

Toutefois, le programme suivant n'est pas réalisé :

- Programme pour les personnes de moins de 65 ans.

#### **Les visites des organismes :**

- Aucune visite relative au processus de l'agrément en 2005-2006.
- Aucune visite du Curateur public du Québec en 2005-2006.
- Aucune visite du Protecteur du citoyen en 2005-2006.
- Visite de l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ) en 2002.

#### **La gestion de la qualité des services et des risques :**

Aucune plainte de résident n'a été reçue en 2005-2006.

#### **Les services médicaux :**

Les services médicaux sont disponibles sur appel, 24 heures sur 24. Un médecin est responsable de la clientèle du centre. De plus, le résident peut continuer à être suivi par son médecin de famille.

#### **Le projet de loi 90 (2002, C.33) :**

Formation prévue pour 2007 afin de sensibiliser et d'informer les employés.

## PARTIE II

### 1. L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL :

*Ce thème présente les résultats témoignant de la mise en place et de l'utilisation des mesures, des outils, de la politique, des lois ou des règlements qui sont de nature à contribuer, à soutenir ou à structurer la qualité des services assurés aux résidents hébergés dans cette installation.*

*Dans cette partie, les critères suivants sont appréciés :*

- l'accueil et l'intégration du résident ;
- le plan d'intervention interdisciplinaire ;
- la révision de la situation du résident ;
- le code d'éthique ;
- le traitement d'une plainte du résident ;
- le protocole d'application des mesures de contrôle ;
- les règles de divulgation des accidents et des incidents ;
- la prévention des infections ;
- le comité des usagers et des résidents ;
- la gestion des attitudes et des comportements des employés.

#### 1.1 Les éléments positifs :

##### **L'accueil et l'intégration du résident :**

- Le résident et ses proches reçoivent de l'information écrite et verbale sur les services offerts au moment de l'accueil et lors de son intégration.

##### **Le code d'éthique :**

- Les intervenants connaissent le code d'éthique.

##### **Le traitement d'une plainte du résident :**

- Les résidents ne craignent pas de signaler leurs insatisfactions à l'équipe de soins.

##### **Les règles de déclaration des accidents et des incidents :**

- Les intervenants connaissent leurs obligations à déclarer tout accident et incident.

##### **La gestion des attitudes et des comportements des employés :**

- Lors de l'observation, l'équipe de visite a constaté un personnel poli, courtois et souriant.
- Les attitudes et les comportements inacceptables des employés sont déclarés, un suivi est assuré par le responsable et les comportements sont corrigés.

#### 1.2 Les éléments à améliorer :

##### **L'accueil et l'intégration des résidents :**

- Les informations sur le commissaire aux plaintes et à la qualité des services et sur le comité des usagers ne sont pas communiquées aux résidents et à leurs proches lors de l'admission.

##### **Le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) :**

- Aucun PII n'est rempli. Les plans de soins infirmiers sont remplis, mais l'équipe de soins ne différencie pas le plan de soins infirmiers de celui du plan d'intervention interdisciplinaire.
- L'opinion du résident est peu considérée.

**La révision de la situation du résident :**

- Le PII n'est pas révisé.

**Le code d'éthique :**

- Le code d'éthique n'est pas remis aux résidents, il n'est pas affiché et il n'est pas connu des familles.
- Le propriétaire souligne que la révision du code d'éthique fait partie de ses priorités.

**Le traitement d'une plainte du résident :**

- Les groupes rencontrés expriment ne pas connaître la procédure pour porter plainte ni le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Quant à ce dernier, il ne diffuse pas d'informations sur les droits et les obligations des résidents. Par conséquent, le résident ne sait pas à qui et comment porter plainte.

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

- Le protocole d'application des mesures de contrôle n'a pas été révisé depuis 2004.
- La contention n'est pas exceptionnelle et de dernier recours. Les mesures alternatives aux contentions ne sont pas connues.
- Il n'y a pas de consentement écrit. La famille donne un consentement verbal et elle ne reçoit pas les informations lui permettant de prendre une décision libre et éclairée.
- Il n'y a pas de grille d'observation et d'analyse des comportements perturbateurs. Il n'y a pas non plus une grille de surveillance pour assurer la sécurité de la personne qui est sous contention.

**Les règles de déclaration des accidents et des incidents :**

- Les résidents et les familles ne sont pas toujours informés lors d'accidents et d'incidents.

**Le comité des usagers et des résidents :**

- Il n'y a pas de comité des usagers.

**1.3 Les recommandations :**

**L'accueil et l'intégration du résident :**

**CONSIDÉRANT :**

- Que selon les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, les établissements doivent développer un processus structuré d'accueil couvrant les périodes de préadmission et d'admission ainsi qu'un processus structuré guidant l'accompagnement durant toute la durée du séjour du résident;

**NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.1 S'assure que l'information donnée aux résidents et à ses proches soit complète.**

**Le plan d'intervention interdisciplinaire :**

**CONSIDÉRANT :**

- Que selon l'article 102 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), l'établissement doit élaborer un plan d'intervention pour chaque résident.
- Que le plan d'intervention doit identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services fournis.
- Que selon l'article 104 de la LSSSS, le résident a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou celui de son bien-être.
- Que le résident a le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention.
- Que le résident a le droit d'être consulté lors de la révision de son plan d'intervention.
- Que le plan d'intervention doit être révisé conformément à l'échéancier établi et toujours lorsque des faits nouveaux le justifient.

**NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.2        **Prene les mesures nécessaires afin que les PII soient remplis pour l'ensemble des résidents, avec la participation de ces derniers ou de leur représentant, lors de leur élaboration.**
- R.3        **Prene les mesures nécessaires afin de s'assurer que la révision du PII soit effectuée en concertation avec le résident ou son représentant et conformément à l'échéancier établi ou lorsque des faits nouveaux le justifient.**

**Le code d'éthique :**

**CONSIDÉRANT :**

- Que l'article 233 de la LSSSS prévoit que tout établissement doit se doter d'un code d'éthique indiquant les droits des usagers et les pratiques attendues des employés.
- Que l'établissement doit remettre le code d'éthique à tout résident hébergé.

**NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.4        **Prene les moyens pour faire connaître le code d'éthique aux résidents et aux familles.**
- R.5        **Remette un code d'éthique à chaque résident hébergé dans ce centre.**

**Le traitement d'une plainte du résident :**

**CONSIDÉRANT :**

- Que l'article 33 de la LSSSS prévoit la publication de la procédure d'examen des plaintes par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Que le commissaire aux plaintes et à la qualité des services doit appliquer la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers et leur prêter assistance ou s'assurer que leur soit prêtée assistance au besoin.



**NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.6** Prenne les dispositions nécessaires afin que les résidents, les proches, les intervenants et le comité des usagers connaissent l'identité du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- R.6.1** Prenne les dispositions nécessaires pour que les résidents et les familles connaissent la procédure à suivre pour porter plainte.

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

**CONSIDÉRANT :**

- Que l'article 3 de la LSSSS précise que le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit.
- Que selon l'article 4 de la Charte des droits et libertés, toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.
- Que selon l'article 10 du Code civil, toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

**NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.7** Révise et mette à jour le protocole d'application des mesures de contrôle.
- R.8** S'assure de la mise en place des mesures alternatives avant l'utilisation des mesures de contrôle.
- R.9** Prenne les moyens pour faire connaître et appliquer les règles établies dans le protocole d'application des mesures de contrôle.

**Les règles de déclaration des accidents et des incidents :**

**CONSIDÉRANT :**

- Que l'article 8 de la LSSSS prévoit le droit de l'utilisateur d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services.
- Que tout usager a le droit de connaître les mesures prises pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

**NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.10** S'assure de mettre en place un mécanisme de communication pour que les résidents et les familles soient informés de tout accident et incident les concernant

**Le comité des usagers et de résidents :**

**CONSIDÉRANT :**

- Que l'article 209 de la LSSSS prévoit que tout établissement doit mettre sur pied un comité des usagers.
- Que l'article 211 de la LSSSS prévoit que le directeur général de l'établissement doit favoriser le bon fonctionnement du comité des usagers et du comité de résidents.
- Que la direction de l'établissement a l'obligation d'informer, par écrit, chaque usager de l'existence de ces comités dans son établissement.
- Que les résidents sont avantagés de connaître le nom de chaque représentant de ces comités pour les accompagner dans la défense de leurs droits.

**NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.11** S'acquitte d'être conforme à l'article 209 de la LSSSS, en mettant sur pied un comité des usagers.
- R.12** Prenne les moyens pour faire connaître le nom des membres, leurs rôles et leurs fonctions, et ce, pour le comité des usagers.

## 2. LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES :

*Ce thème présente les résultats témoignant de l'accessibilité et de la qualité des services, des activités et des fournitures assurés aux résidents hébergés dans cette installation.*

*Dans cette partie, les critères suivants sont appréciés :*

- l'alimentation ;
- les services de soutien ou d'assistance ;
- la vigilance ;
- les soins infirmiers ;
- les services spécialisés ;
- les médicaments ;
- l'encadrement clinique ;
- la continuité des services ;
- les équipements et les aides techniques ;
- les activités ;
- le transport ;
- l'intervenant-accompagnateur.

### **2.1 Les éléments positifs :**

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

- La clientèle apprécie le goût, la diversité, la variété et la quantité des aliments.
- L'équipe de visite tient à souligner l'atmosphère de la salle à manger. Elle est agréable et calme lors du repas. Les odeurs des aliments rappellent celles de la maison. Le personnel est attentif à ce que le résident s'alimente correctement.
- La flexibilité de l'horaire des repas permet de respecter les habitudes de vie du résident et ce dernier dispose de suffisamment de temps pour s'alimenter.
- Le résident peut obtenir des collations lorsqu'il le désire.

#### **Les services de soutien et d'assistance :**

- L'accompagnement requis lors des activités de la vie quotidienne est obtenu rapidement, et ce, peu importe le moment de la journée.
- Les résidents et les familles soulignent que majoritairement les résidents ont un bain à chaque jour.

#### **La vigilance (surveillance attentive) :**

- Une surveillance constante du personnel permet de répondre aux besoins particuliers et ponctuels des résidents.

#### **Les médicaments :**

- Le pharmacien et le médecin évaluent et révisent la médication lors de rencontres prévues aux quinze (15) jours.

#### **La continuité des services :**

- Les outils pour assurer la continuité des services sont disponibles : le rapport interservices, le cahier de communication et le plan de soins infirmiers. Selon les membres du personnel, ces outils permettent la continuité des services d'une équipe à l'autre et d'un jour à l'autre.
- Le tableau du système de mesures d'autonomie fonctionnelle (SMAF) est rempli pour chaque résident et sera affiché dans les prochaines semaines.

**Les activités :**

- Les activités spirituelles répondent aux besoins de la clientèle.

**2.2 Les éléments à améliorer :**

**L'alimentation :**

- L'équipe de visite a observé que le système de distribution des repas est effectué au plateau alimentaire et ne permet pas au résident de faire des choix.
- Une salle à manger au sous-sol est disponible pour l'ensemble de la clientèle. Cette salle à manger, sans fenêtre, est utilisée majoritairement par la clientèle avec déficits cognitifs qui est regroupée au sous-sol.
- Il n'y a pas de salle à manger aux deux (2) autres étages et les résidents s'alimentent dans leur chambre.
- Les plateaux alimentaires sont amenés aux étages par un monte-charge pouvant contenir deux (2) plateaux à la fois. Le temps pour distribuer les plateaux alimentaires est long et les résidents se plaignent de la froideur des aliments.

**Les services de soutien et d'assistance (les activités de la vie quotidienne) :**

- Le résident et sa famille doivent défrayer les coûts pour les produits d'incontinence.

**Les soins infirmiers :**

- Une infirmière est présente dix (10) heures par semaine et une infirmière auxiliaire est présente de jour et de soir. La nuit, des préposés aux bénéficiaires sont présents. La direction affirme que du personnel infirmier est accessible 24 heures sur 24.
- L'équipe de visite a observé l'admission d'un résident ayant des problèmes de santé importants. Son état nécessitait une surveillance et un suivi pour le gavage. Sa trachéotomie était fermée depuis 48 heures. La chambre et le matériel nécessaire n'étaient pas prêts et nous avons observé que l'équipe de soins semblait très nerveuse.

**Les services spécialisés :**

- Le résident doit payer pour les services des professionnels dont il a besoin.

**Les médicaments :**

- Le résident et sa famille ne sont pas toujours informés des changements de médication et des effets secondaires des médicaments.

**L'encadrement clinique :**

- Aucun encadrement clinique n'est disponible. Le propriétaire ne peut confirmer que les interventions réalisées respectent une prestation de services de qualité.

**Les équipements et les aides techniques :**

- L'équipe de visite a observé une résidente avec un fauteuil roulant trop petit pour elle, non adapté à sa grandeur.
- Le propriétaire signale qu'il y a un manque de lits électriques.

#### Les activités :

- Les résidents, les familles et le propriétaire expriment qu'il y a peu d'activités récréatives et sociales le soir et la fin de semaine.
- Selon les résidents et les familles, les activités récréatives et sociales sont peu adaptées aux résidents avec déficits cognitifs.
- Il n'y a pas de calendrier d'activités affiché dans la résidence.

#### Le transport :

- Les familles doivent accompagner leur parent pour les rendez-vous de santé. Ils ne savent pas que d'autres transporteurs, tels qu'un taxi ou un autobus adaptés, sont disponibles.

#### L'intervenant-accompagnateur :

- Aucun intervenant-accompagnateur n'est assigné. L'ensemble des groupes rencontrés méconnaît le rôle et les fonctions de l'intervenant-accompagnateur.

### 2.3 Les recommandations :

#### CONSIDÉRANT :

- Que selon les principes directeurs contenus dans les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* :
  - les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement ;
  - l'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle ;
  - la qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie ;
  - l'intervenant doit agir en interdisciplinarité dans une équipe de travail.
- Que les modalités d'accueil des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* préconisent :
  - l'assignation d'un intervenant comme personne référence qui assure la personnalisation des services.

#### NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :

- R.13 Procède à la mise en place d'un système de distribution des repas qui permet au résident de faire des choix et d'avoir des aliments chauds.
- R.14 S'assure que les activités récréatives et sociales soient adaptées aux besoins de la clientèle avec déficits cognitifs et qu'elles soient en plus grand nombre le jour, le soir et la fin de semaine.
- R.15 Assure l'accessibilité à du personnel infirmier afin de pouvoir répondre aux besoins spécifiques des résidents.
- R.16 Assure l'accessibilité à des services spécialisés, afin de pouvoir répondre aux besoins spécifiques des résidents.
- R.17 S'assure que le résident et sa famille soient informés des changements de médication ainsi que de leurs effets secondaires.
- R.18 Prend les moyens afin de mettre en place une structure d'encadrement clinique.
  - R. 18.1 Que la personne soit responsable du personnel et de la qualité des services offerts à la clientèle.

- 
- R.19 Informe les résidents et leurs familles des divers moyens de transport disponibles pour leurs rendez-vous médicaux.
- R.20 Désigne un intervenant-accompagnateur pour chaque résident.

### 3. L'ENVIRONNEMENT HUMAIN :

*Ce thème présente les résultats témoignant du respect des valeurs et des principes fondamentaux qui doivent gouverner l'organisation des services.*

*Dans cette partie, les critères suivants sont appréciés :*

- l'intégration du résident ;
- le maintien des relations ;
- l'identité, l'autonomie et l'autodétermination ;
- l'intimité ;
- la dignité et le respect du résident ;
- la confidentialité ;
- le dynamisme du milieu.

#### **3.1 Les éléments positifs :**

##### **L'intégration du résident :**

- Les intervenants connaissent le résident en ce qui a trait à ses capacités, ses forces, son potentiel et ses besoins. Le personnel souligne les fêtes, telles que Noël, le Jour de l'An, la Saint-Valentin et l'anniversaire des résidents.

##### **Le maintien des relations :**

- Les relations familiales et sociales sont encouragées. Les familles disent être bien acceptées. Des échanges et des contacts sont facilités avec les membres de la communauté.

##### **L'identité, l'autonomie et l'autodétermination :**

- La souplesse du cadre organisationnel permet au résident de réaliser ses activités de la vie quotidienne selon ses habitudes de vie.
- Le résident peut décorer sa chambre selon ses goûts et peut garder des objets ou des meubles personnels tout en respectant les règles de sécurité.
- Les portes de sortie sont codées et les résidents peuvent circuler librement et de façon sécuritaire. Ils peuvent également recevoir des invités quand ils le désirent.
- L'opinion du résident est considérée et le personnel consulte le résident avant de faire des changements à son horaire de vie.
- Le personnel, dans l'exécution de ses tâches, favorise le maintien des capacités des résidents.

##### **L'intimité :**

- Les intervenants frappent avant d'entrer dans les chambres et ferment les portes avant une intervention.
- Le résident peut choisir une personne du sexe de son choix pour l'hygiène. De plus, le résident peut vivre sa sexualité respectueusement.

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

- Lors des interventions à deux (2) personnes, le personnel regarde, parle et demeure en interaction avec le résident.
- Le milieu est calme et chaleureux. Le personnel fait preuve d'empathie et de compréhension à l'endroit du résident.

#### **Le dynamisme du milieu :**

- L'équipe de visite a observé que les intervenants faisaient des efforts pour stimuler les résidents. Le personnel a des interventions chaleureuses et stimulantes avec les résidents en dehors des interventions prévues.

### **3.2 Les éléments à améliorer :**

#### **L'identité, l'autonomie et l'autodétermination :**

- L'équipe de visite a observé que le résident et sa famille ne pouvaient pas donner un consentement libre et éclairé pour toute intervention ou décision concernant le résident, et ce, principalement pour les mesures de contrôle.

#### **L'intimité :**

- Il n'y a pas de rideau séparateur dans les chambres doubles. Un membre des familles nous a rapporté qu'un résident était changé de culotte devant un autre résident qui prenait son repas.

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

- L'équipe de visite a noté que certains employés utilisent les surnoms et le tutoiement pour s'adresser à certains résidents.

#### **La confidentialité :**

- L'équipe de visite a entendu des intervenants qui discutaient de problèmes concernant les résidents dans les corridors et dans la salle à manger.

### **3.3 Les recommandations :**

#### **CONSIDÉRANT :**

- Que selon l'article 3 de la LSSSS, dans toute intervention, l'usager doit être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins.
- Que selon les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination.

#### **NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.21** Prendre les moyens afin d'assurer en tout temps l'intimité des résidents.
- R.22** S'assurer que le personnel communique avec le résident de manière respectueuse, en exigeant une tolérance zéro pour le tutoiement et les surnoms.
- R.23** S'assurer que le personnel respecte les règles de confidentialité.
- R.24** S'assurer que le résident ou son représentant reçoive toute l'information nécessaire pour qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé pour toute intervention ou décision le concernant.



## 4. L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE :

*Ce thème présente les résultats témoignant de la capacité de l'habitat à contribuer à la qualité de vie des résidents hébergés dans cette installation.*

*Dans cette partie, les critères suivants sont appréciés :*

- les lieux physiques ;
- l'aménagement des lieux ;
- les biens et meubles ;
- la chambre du résident ;
- la conformité aux normes ou aux exigences de sécurité ;
- l'utilisation des locaux.

### 4.1 Les éléments positifs :

#### **Le bâtiment extérieur et le terrain :**

- Le bâtiment extérieur est propre et bien entretenu.

#### **Les lieux intérieurs :**

- Les chambres, les corridors et les salles communes sont propres. L'équipe de visite a remarqué qu'il y avait un bon contrôle des odeurs sur les étages.

#### **La chambre du résident :**

- Les chambres privées sont grandes et les espaces de rangement sont suffisants.
- La température de la chambre est confortable.
- La fenestration permet à un résident en fauteuil roulant de voir à l'extérieur.

#### **L'utilisation des locaux :**

- Les locaux et les espaces communs sont utilisés par les résidents, ils sont accessibles et bien aménagés.

### 4.2 Les éléments à améliorer :

#### **Les balcons et les aires extérieures :**

- Les balcons sont étroits. En effet, un résident en fauteuil roulant ne peut y accéder. Les rampes des balcons sont trop basses. Le propriétaire nous a dit qu'une résidente était tombée d'un balcon dernièrement.

#### **L'entretien sanitaire :**

- L'équipe de visite a observé que des produits dangereux, tels que de la peinture, de l'eau de javel et du savon à lessive n'étaient pas gardés sous clé.
- L'équipe de visite a observé que le personnel déposait le linge souillé dans des sacs verts sur le plancher des corridors. Des sacs verts contenant des déchets étaient aussi placés à cet endroit.
- La sortie à l'arrière de la résidence est encombrée et plusieurs boîtes électriques sont accessibles.

#### **L'aménagement des lieux :**

- Le mécanisme d'appel est bruyant.
- Les toilettes sont très étroites, les chaises roulantes et les marchettes ne peuvent y entrer.
- Il n'y a pas de pièces communes et de salle à manger au deuxième et au troisième étage.

#### **Les biens et les meubles :**

- Les fauteuils de la salle à manger n'ont pas d'appui-bras et de coussins.
- Les tables dans les chambres ne sont pas adaptées.

#### **La chambre du résident :**

- Le propriétaire utilise des chambres privées pour loger deux (2) résidents. De plus, il n'y a qu'une seule cloche d'appel pour les chambres doubles.
- Le deuxième résident ne peut avoir de fauteuil dans la chambre, car elle est trop petite.

#### **La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité :**

- Les corridors sont encombrés toute la journée par les chariots, ce qui augmente le risque d'accidents et gêne la circulation des résidents en fauteuil roulant.
- Des seuils de portes élevés sont présents devant les escaliers de chaque étage.
- Le poste infirmier situé à l'étage des résidents avec déficits cognitifs n'est pas barré et les médicaments sont accessibles.

### **4.3 Les recommandations :**

#### **CONSIDÉRANT :**

- Que selon les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui assure sa sécurité et son confort.

#### **NOUS RECOMMANDONS QUE L'ÉTABLISSEMENT :**

- R.25** S'assure que l'aménagement des lieux soit conforme à un milieu de vie de qualité, notamment que :
- R.25.1** Le mécanisme d'appel soit moins bruyant.
  - R.25.2** L'environnement physique soit adapté, personnalisé et aménagé de manière à éviter les barrières architecturales.
  - R.25.3** L'entretien sanitaire soit réalisé de façon à prévenir les situations de dangerosité.
  - R.25.4** Les meubles répondent aux besoins spécifiques des résidents.
- R.26** Respecte les normes de sécurité dans le milieu de vie.
- R.26.1** En évitant l'encombrement des corridors.
  - R.26.2** En protégeant les résidents contre l'accessibilité aux boîtes électriques, aux produits dangereux et aux médicaments.
- R.27** Se conforme aux normes d'aménagement concernant les chambres doubles, les balcons et leurs rampes.

## CONCLUSION

Les membres de l'équipe de visite tiennent à remercier les membres de la direction et le personnel du Centre d'hébergement et de soins de longue durée Manoir Fleury inc. pour leur collaboration. Leur disponibilité et leur efficacité à organiser les différentes rencontres ont été grandement appréciées. L'équipe tient également à souligner leur ouverture à partager leurs perceptions de la qualité des services dans leur établissement. Enfin, des remerciements particuliers vont aux résidents et aux parents pour leur contribution à cette opération.

*Le présent rapport a été lu et approuvé par tous les membres de l'équipe de visite.*

# **Annexes**

---

# **Annexe 1**

## **Liste des recommandations**

**LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ  
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE 2006-2007**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : Centre d'hébergement et de soins de longue durée Manoir Fleury inc.

N° DE PERMIS : 24396608

NOM DE L'INSTALLATION : Manoir Fleury

RÉGION : Montréal

RECOMMANDATION	THÈME (1)	PRIORITÉ (2)	ADRESSÉE À (3)
R.1 S'assurer que l'information donnée aux résidents et à ses proches soit complète.	1	1	1
R.2 Prendre les mesures nécessaires afin que les PII soient remplis pour l'ensemble des résidents, avec la participation de ces derniers ou de leur représentant, lors de leur élaboration.	2	1	1
R.3 Prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer que la révision du PII soit effectuée en concertation avec le résident ou son représentant et conformément à l'échéancier établi ou lorsque des faits nouveaux le justifient.	3	1	1
R.4 Prendre les moyens pour faire connaître le code d'éthique aux résidents et aux familles.	4	1	1
R.5 Remettre un code d'éthique à chaque résident hébergé dans ce centre.	4	1	1
R.6 Prendre les dispositions nécessaires afin que les résidents, les proches, les intervenants et le comité des usagers connaissent l'identité du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.	5	1	1
R.6.1 Prendre les dispositions nécessaires pour que les résidents et les familles connaissent la procédure à suivre pour porter plaintes.	5	1	1
R.7 Réviser et mettre à jour le protocole d'application des mesures de contrôle.	6	1	1
R.8 S'assurer de la mise en place des mesures alternatives avant l'utilisation des mesures de contrôle.	6	1	1

THÈMES (1)			
A) L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL :	B) LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES :	C) L'ENVIRONNEMENT HUMAIN :	D) L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE :
1. L'accueil et l'intégration du résident.	11. L'alimentation.	23. L'intégration du résident.	30. Le bâtiment extérieur et le terrain sont bien entretenus.
2. Le plan d'intervention interdisciplinaire.	12. Les services de soutien ou d'assistance (les activités de la vie quotidienne).	24. Le maintien des relations.	31. Les balcons et les aires extérieures sont adaptés en fonction des besoins des résidents.
3. La révision de la situation du résident.	13. La vigilance (surveillance attentive).	25. L'identité, l'autonomie et l'autodétermination.	32. Les lieux intérieurs sont bien entretenus.
4. Le code d'éthique.	14. Les soins infirmiers.	26. L'intimité.	33. L'entretien sanitaire de l'établissement est réalisé de façon à prévenir les situations de dangerosité.
5. Le traitement d'une plainte du résident.	15. Les services spécialisés.	27. La dignité et le respect du résident.	34. L'aménagement des lieux.
6. Le protocole d'application des mesures de contrôle.	16. Les médicaments.	28. La confidentialité.	35. Les biens et meubles.
7. Les règles de divulgation des accidents et des incidents.	17. L'encadrement clinique.	29. Le dynamisme du milieu.	36. La chambre du résident.
8. La prévention des infections.	18. La continuité des services.		37. La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité.
9. Le comité des usagers et des résidents.	19. Les équipements et les aides techniques.		38. L'utilisation des locaux.
10. La gestion des attitudes et des comportements des employés.	20. Les activités.		
	21. Le transport.		
	22. L'intervenant accompagnateur.		

LÉGENDE (Priorité) : 1 = Excessivement importante / 2 = Très importante / 3 = Importante  
(Adressée à) : 1 = Établissement / 2 = Agence / 3 = MSSS / 4 = Autres

RECOMMANDATION		THÈME (1)	PRIORITÉ (2)	ADRESSÉE À (3)
R.9	Prendre les moyens pour faire connaître et appliquer les règles établies dans le protocole d'application des mesures de contrôle.	6	1	1
R.10	S'assurer de mettre en place un mécanisme de communication pour que les résidents et les familles soient informés de tout accident et incident les concernant.	7	1	1
R.11	Se conformer à l'article 209 de la LSSSS, en mettant sur pied un comité des usagers.	9	1	1
R.12	Prendre les moyens pour faire connaître le nom des membres, leurs rôles et leurs fonctions, et ce, pour le comité des usagers.	9	1	1
R.13	Procéder à la mise en place d'un système de distribution des repas qui permet au résident de faire des choix et d'avoir des aliments chauds.	11	1	1
R.14	S'assurer que les activités récréatives et sociales soient adaptées aux besoins de la clientèle avec déficits cognitifs et qu'elles soient en plus grand nombre le jour, le soir et la fin de semaine.	20	1	1
R.15	Assurer l'accessibilité à du personnel infirmier, afin de pouvoir répondre aux besoins spécifiques des résidents.	14	1	1
R.16	Assurer l'accessibilité à des services spécialisés afin de pouvoir répondre aux besoins spécifiques des résidents.	15	1	1
R.17	S'assurer que le résident et sa famille soient informés des changements de médication ainsi que de leurs effets secondaires.	16	1	1
R.18	Prendre les moyens afin de mettre en place une structure d'encadrement clinique.	17	1	1
R. 18.1	Faire en sorte que la personne soit responsable du personnel et de la qualité des services offerts à la clientèle.	17	1	1
R.19	Informers les résidents et leurs familles des divers moyens de transport disponibles pour leurs rendez-vous médicaux.	21	1	1
R.20	Désigner un intervenant-accompagnateur pour chaque résident.	22	2	1

THÈMES (1)			
A) L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL :		B) LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES :	
1.	L'accueil et l'intégration du résident.	11.	L'alimentation.
2.	Le plan d'intervention interdisciplinaire.	12.	Les services de soutien ou d'assistance (les activités de la vie quotidienne).
3.	La révision de la situation du résident.	13.	La vigilance (surveillance attentive).
4.	Le code d'éthique.	14.	Les soins infirmiers.
5.	Le traitement d'une plainte du résident.	15.	Les services spécialisés.
6.	Le protocole d'application des mesures de contrôle.	16.	Les médicaments.
7.	Les règles de divulgation des accidents et des incidents.	17.	L'encadrement clinique.
8.	La prévention des infectieux.	18.	La continuité des services.
9.	Le comité des usagers et des résidents.	19.	Les équipements et les aides techniques.
10.	La gestion des attitudes et des comportements des employés.	20.	Les activités.
		21.	Le transport.
		22.	L'intervenant accompagnateur.
C) L'ENVIRONNEMENT HUMAIN :		D) L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE :	
23.	L'intégration du résident.	30.	Le bâtiment extérieur et le terrain sont bien entretenus.
24.	Le maintien des relations.	31.	Les balcons et les aires extérieures sont adaptés en fonction des besoins des résidents.
25.	L'identité, l'autonomie et l'autodétermination.	32.	Les lieux intérieurs sont bien entretenus.
26.	L'intimité.	33.	L'entretien sanitaire de l'établissement est réalisé de façon à prévenir les situations de dangerosité.
27.	La dignité et le respect du résident.	34.	L'aménagement des lieux.
28.	La confidentialité.	35.	Les biens et meubles.
29.	Le dynamisme du milieu.	36.	La chambre du résident.
		37.	La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité.
		38.	L'utilisation des locaux.

LÉGENDE (Priorité) : 1 = Excessivement importante / 2 = Très importante / 3 = Importante  
(Adressée à) : 1 = Établissement / 2 = Agence / 3 = MSSS / 4 = Autres

RECOMMANDATION		THÈME (1)	PRIORITÉ (2)	ADRESSÉE À (3)
R.21	Prendre les moyens afin d'assurer en tout temps l'intimité des résidents.	26	1	1
R.22	S'assurer que le personnel communique avec le résident de manière respectueuse, en exigeant une tolérance zéro pour le tutoiement et les surnoms.	27	1	1
R.23	S'assurer que le personnel respecte les règles de confidentialité.	28	1	1
R.24	S'assure que le résident ou son représentant reçoive toute l'information nécessaire pour qu'il puisse donner un consentement libre et éclairé pour toute intervention ou décision le concernant.	25	1	1
R.25	S'assurer que l'aménagement des lieux soit conforme à un milieu de vie.	34	1	1
R.25.1	Faire en sorte que le mécanisme d'appel soit moins bruyant.	34	1	1
R.25.2	Faire en sorte que l'environnement physique soit adapté, personnalisé et aménagé de manière à éviter les barrières architecturales.	34	1	1
R.25.3	Faire en sorte que l'entretien sanitaire soit réalisé de façon à prévenir les situations de dangerosité.	33	1	1
R.25.4	Faire en sorte que les meubles répondent aux besoins spécifiques des résidents.	35	1	1
R.26	Respecter les normes de sécurité dans le milieu de vie.	37	1	1
R.26.1	Éviter l'encombrement des corridors.	37	1	1
R.26.2	Protéger les résidents contre l'accessibilité aux boîtes électriques, aux produits dangereux et aux médicaments.	37	1	1
R.27	Se conformer aux normes d'aménagement concernant les chambres doubles, les balcons et leurs rampes.	31	2	1

THÈMES (1)	
<b>A) L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL :</b> 1. L'accueil et l'intégration du résident. 2. Le plan d'intervention interdisciplinaire. 3. La révision de la situation du résident. 4. Le code d'éthique. 5. Le traitement d'une plainte du résident. 6. Le protocole d'application des mesures de contrôle. 7. Les règles de divulgation des accidents et des incidents. 8. La prévention des infections. 9. Le comité des usagers et des résidents. 10. La gestion des attitudes et des comportements des employés.	<b>B) LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES :</b> 11. L'alimentation. 12. Les services de soutien ou d'assistance (les activités de la vie quotidienne). 13. La vigilance (surveillance attentive). 14. Les soins infirmiers. 15. Les services spécialisés. 16. Les médicaments. 17. L'encadrement clinique. 18. La continuité des services. 19. Les équipements et les aides techniques. 20. Les activités. 21. Le transport. 22. L'intervenant accompagnateur.
<b>C) L'ENVIRONNEMENT HUMAIN :</b> 23. L'intégration du résident. 24. Le maintien des relations. 25. L'identité, l'autonomie et l'autodétermination. 26. L'intimité. 27. La dignité et le respect du résident. 28. La confidentialité. 29. Le dynamisme du milieu.	<b>D) L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE :</b> 30. Le bâtiment extérieur et le terrain sont bien entretenus. 31. Les balcons et les aires extérieures sont adaptés en fonction des besoins des résidents. 32. Les lieux intérieurs sont bien entretenus. 33. L'entretien sanitaire de l'établissement est réalisé de façon à prévenir les situations de dangerosité. 34. L'aménagement des lieux. 35. Les biens et meubles. 36. La chambre du résident. 37. La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité. 38. L'utilisation des locaux.

**LÉGENDE** (Priorité) : 1 = Excessivement importante / 2 = Très importante / 3 = Importante  
 (Adressée à) : 1 = Établissement / 2 = Agence / 3 = MSSS / 4 = Autres



---

# **Addendum**

---

**Commentaires de  
l'établissement**

