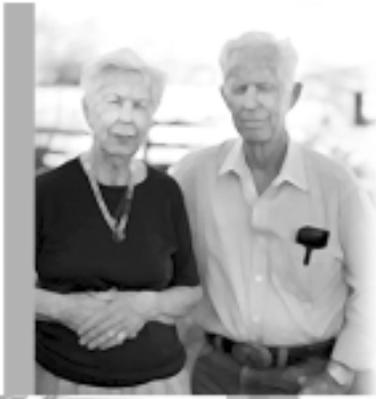




# Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD

Visites  
d'appréciation  
de la qualité  
des services



# Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD

Visites  
d'appréciation  
de la qualité  
des services

Juin 2004

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction des communications  
1075, chemin Sainte-Foy, 16<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2004  
Bibliothèque nationale du Canada, 2004  
ISBN 2-550-42858-7

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

## REMERCIEMENTS

La concrétisation de la démarche d'appréciation de la qualité des services offerts en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) a été menée à bien en raison de la qualité exceptionnelle des personnes qui ont visité les divers centres d'hébergement. Leur attitude respectueuse, généreuse et engagée en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de vie des résidents, leur capacité à collaborer avec différents partenaires et à s'adapter à diverses situations ainsi que leur compréhension et leur flexibilité face à une démarche innovatrice ont permis d'assurer la crédibilité des visites et la possibilité de les mener à terme.

Les directions générales des différents établissements visités ont été des acteurs importants dans la réussite de cette activité. L'accueil manifesté aux équipes d'appréciation lors des visites puis les commentaires exprimés lors de la réception des rapports et des recommandations font foi de leur préoccupation et de leur volonté d'offrir des services de qualité aux personnes hébergées dans leurs établissements.

Enfin, la collaboration de l'ensemble des personnes qui exercent un rôle dans le milieu et celle des résidents, de leurs familles et des bénévoles démontrent que tous se mobilisent devant un projet collectif qui vise l'amélioration de la qualité.

### Équipe de coordination ministérielle

M. Vital Simard, chef de service à la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie, coordonnateur des visites d'appréciation

M<sup>me</sup> Josée Cliche, agente de recherche,

M. Jacques Marier, agent de recherche

M<sup>me</sup> Anne Monat, ergothérapeute experte-conseil

M<sup>me</sup> Madeleine Gagnon, agente de secrétariat

M<sup>me</sup> Hélène Jobin, agente de secrétariat

### Membres représentant le ministère de la Santé et des Services sociaux

M<sup>me</sup> Aline Bégin, agente de recherche à la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie au MSSS

M<sup>me</sup> Lucie Desmeules, coordonnatrice des soins infirmiers, Hôpital Jeffery Hale au Saint-Brigid's Home inc.

M. Marcel Ouellet, coordonnateur de la Villa Prévost de Sainte-Claire au Centre de santé de Bellechasse

M. Robert Vallières, directeur général par intérim, Centre de réadaptation alcoolisme et toxicomanie Chaudière-Appalaches

M. Louis-Philippe Mayrand, directeur général du CLSC-CHSLD Grande-Rivière

## Membres représentant le Conseil pour la protection des malades

M<sup>me</sup> Francine Beaudet, avocate  
M. Sylvain Bernier, coordonnateur du  
comité des bénéficiaires, à l'Hôpital  
Douglas  
M<sup>me</sup> Dominique Demers, avocate

M<sup>me</sup> Bianca Laliberté, avocate  
M<sup>me</sup> Susy Landreville, avocate

## *Membres représentant les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*

M. Denis R. Boudreau, région de la  
Côte-Nord  
M<sup>me</sup> Johanne Buisson, région de la  
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine  
M. Marc Chouinard, région de  
Lanaudière  
M. Jean Désy, région des Laurentides  
M. René Dumont, région du Bas-Saint-  
Laurent  
M<sup>me</sup> Carole Durand, région de la  
Capitale nationale  
M. Denis Grenier, région de la Mauricie-  
Centre-du-Québec  
M<sup>me</sup> Diane Laboissonnière, Baie-James.

M. Jacques Lamontagne, région de la  
Montérégie  
M<sup>me</sup> France Massicotte Dagenais, région  
de l'Estrie  
M<sup>me</sup> Gail McDonald, région de  
l'Outaouais  
M. Ronald McNeil, région de Montréal  
M<sup>me</sup> Guylaine Morin, région de la  
Chaudière-Appalaches  
M. Daniel Proulx, région de Laval  
M<sup>me</sup> Hélène Soucy, région du Saguenay-  
Lac-Saint-Jean  
M<sup>me</sup> Denise Stewart, région de l'Abitibi-  
Témiscamingue

## Membres représentant les Tables régionales de concertation des aînés

M. Gérald Arsenault, région de la  
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine  
M<sup>me</sup> Suzanne Couture-Bordeleau, région  
de l'Abitibi-Témiscamingue  
M<sup>me</sup> Huguette Dumay, région des  
Laurentides

Mme Liliane Lecompte, région de Laval  
M<sup>me</sup> Andrée Martel, région de  
Lanaudière  
M. Jean-Guy Martin, région de  
Chaudière-Appalaches

M. Raymond Gervais, région de la  
Capitale nationale  
M<sup>me</sup> Alma Henry, région de la Côte-Nord

M<sup>me</sup> Maxima Migneault, région du  
Saguenay-Lac-Saint-Jean  
M<sup>me</sup> Lorraine Paquin, région de la  
Montérégie

M. Gilles Larocque, région de Montréal

M<sup>me</sup> Colette Parent, région de  
l'Outaouais

M. Gilles Lebel, région de la Mauricie et  
du Centre-du-Québec

M<sup>me</sup> Lise Perreault, région de l'Estrie

M. Marcel Lebel, région du Bas-Saint-  
Laurent

M. Jacquelin Vézina, Nord-du-Québec

## AVANT-PROPOS

Les visites d'appréciation de la qualité ont mis en lumière les éléments contribuant à la mise en place d'un milieu de vie de qualité et ont permis de mieux comprendre les problèmes communs à plusieurs établissements.

Par les observations et les rencontres avec les résidents, les parents, les bénévoles, les proches, la direction et le personnel, les équipes d'appréciation ont pu pour chacune des installations :

- ✚ apprécier les mêmes thèmes ;
- ✚ déterminer les points forts et les points faibles ;
- ✚ formuler des recommandations.

Les principaux commentaires recueillis auprès des établissements visités témoignent que la démarche, d'abord appréhendée, s'est révélée positive et constructive. Les personnes qui ont effectué les visites sont unanimes à reconnaître l'exigence de la démarche, mais mentionnent que l'expérience a été à la fois stimulante, intéressante, dynamique et très enrichissante tant sur le plan personnel que professionnel.

Les visites d'appréciation de la qualité des services en centres d'hébergement et de soins de longue durée ont permis :

- ✚ d'indiquer la volonté ministérielle d'améliorer la qualité de vie des personnes hébergées ;
- ✚ de susciter ou de consolider une mobilisation des établissements afin de réaliser la mise en place du concept milieu de vie ;
- ✚ de documenter le besoin de soutien et de suivi pour assurer l'intégration des orientations ministérielles en cette matière ;
- ✚ de souligner l'importance d'assurer un leadership à tous les niveaux, et ce, tant sur les plans local et régional que sur le plan national ;
- ✚ d'observer que le personnel (personnes agissant directement ou indirectement, professionnels et gestionnaires) est, dans l'ensemble, dédié à son travail, mais exprime de la détresse ou de l'essoufflement ;
- ✚ de constater un niveau de tolérance élevé chez les personnes âgées.

À la suite de ces visites, les attentes quant au suivi à assurer et aux actions concrètes à poser sont élevées. Elles ne peuvent être satisfaites que par une action concertée et soutenue de l'ensemble des « acteurs » en cause ou préoccupés par la situation des personnes âgées en perte d'autonomie.

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Page</b>
REMERCIEMENT	
AVANT-PROPOS	i
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION	

---

### **PARTIE I: LA VISITE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE VIE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE**

---

1.	CONTEXTE	3
2.	BUT	3
3.	OBJECTIFS	4
4.	MÉTHODOLOGIE	4
4.1	La grille d'appréciation de la qualité des services et des milieux de vie	4
4.2	Les équipes d'appréciation	6
4.3	Le choix des établissements visités	7
4.4	La visite de l'établissement	8
4.5	Le rapport de visite de l'établissement	9
4.6	L'appréciation de la performance de l'établissement	9
4.7	Le traitement des données	10
4.7.1	Grille d'appréciation de la qualité des services – partie I	10
4.7.2	Grille d'appréciation de la qualité des services – partie II	10
4.7.3	Grille d'appréciation de la qualité des services – partie III	11

---

### **PARTIE II : L'ANALYSE DES RÉSULTATS**

---

5.	DONNÉES FACTUELLES DES ÉTABLISSEMENTS VISITÉS	13
5.1	Les établissements visités	13
5.2	Le taux d'occupation	13
5.3	Le budget	13
5.4	Le clientèle	13
5.5	La répartition des chambres et capacité	14
5.6	Le services de soins infirmiers et d'assistance	14
5.7	Les services professionnels	14
5.8	L'encadrement clinique	15
5.9	La durée de séjour	15
5.10	Les protocoles, programmes, instances et outils cliniques	15

	<b>Page</b>
6. APPRÉCIATION DE LA SITUATION AU REGARD DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN MILIEU DE VIE DE QUALITÉ	16
6.1 La mise en application des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité	18
6.1.1 Le droit à l'information	19
6.1.2 La participation du résident et de ses proches aux soins	20
6.1.3 L'autonomie, l'identité et l'intégrité du résident	21
6.1.4 L'intimité	22
6.1.5 La dignité et le respect	23
6.1.6 La sécurité	24
6.2 L'accessibilité, la qualité des services et des activités	27
6.2.1 Les services de base, soins et activités de la vie quotidienne	28
6.2.2 Les services spécialisés	30
6.2.3 Les services alimentaires	32
6.2.4 Les activités récréatives, sociales et spirituelles	34
6.3 Les mesures, mécanismes, outils ou instances qui facilitent la mise en œuvre contribuant à un milieu de vie de qualité	35
6.3.1 Le plan d'intervention individualisé	36
6.3.2 La politique relative à l'utilisation de la contention physique et chimique	39
6.3.3 Le code d'éthique	41
6.3.4 Le comité des résidents	44
6.3.5 Le personnel d'encadrement clinique	47
6.3.6 Le personnel clinique	49
6.3.7 La prévention des accidents et des incidents	51
6.3.8 Les plaintes	52
6.3.9 Le rendement de l'employé	54
6.3.10 Le milieu de vie	57
7. Appréciation de l'ENVIRONNEMENT HUMAIN ET L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	60
7.1 L'environnement humain	61
7.2 L'environnement physique	69
7.2.1 Les lieux communs ou semi-privés	71
7.2.2 L'information aux résidents et à ses proches	72
7.2.3 Le maintien de l'autonomie du résident	73
7.2.4 Le maintien de l'identité de la personne	77
7.2.5 L'intimité et la socialisation de la personne	78
7.2.6 Le confort du résident	79
7.2.7 La sécurité du résident	80
8. APPRÉCIATION GÉNÉRALE	82

---

---

## **PARTIE III : LES RECOMMANDATIONS**

---

---

A)	La mise en application des correctifs demandés aux établissements	89
B)	Le comité des résidents	90
C)	Les mécanismes d'examen des plaintes et de gestion de la qualité	90
D)	La mise en application d'une organisation et de prestation de services s'appuyant sur des principes caractérisant un milieu de vie de qualité	91
E)	L'amélioration des attitudes et des compétences du personnel	93
F)	L'appropriation par les administrateurs et les gestionnaires du concept milieu de vie	94
G)	Le regroupement des diverses clientèles permettant d'assurer aux résidents des conditions de vie adaptées à leur problématique et à leur âge	95
H)	L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité aux soins, aux services et aux activités récréatives, sociales et spirituelles	95
I)	La révision et l'accélération des projets de rénovation ou de relocalisation des CHSLD	96
J)	La mission des CHSLD	98
k)	La mise en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux	99
L)	La poursuite des visites dans tous les CHSLD et son élargissement à tous les milieux de vie substitut, et ce, pour toutes les clientèles vulnérables	100
M)	Le processus de reddition de comptes au regard des présentes recommandations	101
	<b>CONCLUSION : UN PROJET COLLECTIF</b>	<b>102</b>

### **LISTE DES ANNEXES**

<b>ANNEXE 1</b>	Communiqué de presse du ministre de la Santé et des Services sociaux, Monsieur Philippe Couillard	103
<b>ANNEXE 2</b>	Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD – Grille d'appréciation de la qualité	109
<b>ANNEXE 3</b>	Membres affectés à chaque équipe d'appréciation de la qualité et régions visitées par chacune des équipes	147
<b>ANNEXE 4</b>	Liste des établissements visités	151
<b>ANNEXE 5</b>	Table des matières du rapport de visite	155

# SOMMAIRE

## 1. CONTEXTE

En octobre 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux diffusait ses orientations intitulées « Pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD ». Celles-ci visaient à promouvoir la création d'un environnement favorable à répondre le mieux possible aux besoins des personnes vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

À peine ces orientations diffusées, le ministre était interpellé à l'Assemblée nationale sur la capacité des centres d'hébergement et de soins de longue durée d'assurer à leurs résidents un milieu de vie et des services de qualité. C'est ce qui l'a incité à demander la réalisation de visites afin d'apprécier le milieu de vie et les services assurés aux personnes vivant dans ces établissements. Par cette démarche, le ministre désirait mettre en lumière les solutions qui contribuent à la mise en place d'un milieu de vie de qualité et mieux comprendre les problèmes communs à plusieurs établissements.

## 2. MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

- ✚ 47 établissements comptant près de 5 989 résidents ont été visités :
  - 44 ont été choisis en raison d'une hypothèse de fragilité de l'organisation des services et trois pour la qualité reconnue de leur milieu de vie.
- ✚ Cinq équipes ont été constituées pour réaliser les visites d'appréciation de la qualité :
  - Elles étaient composées d'un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux et d'un représentant du Conseil pour la protection des malades, auxquels se sont joints, dans chacune des régions, un représentant des agences et un représentant de la Table de concertation des aînés.
- ✚ Les visites d'appréciation ont été effectuées selon une procédure standardisée.
  - L'établissement choisi en était informé 24 heures avant la visite. Il lui était demandé :
    - de compléter un questionnaire décrivant la situation factuelle de son établissement (nombre de place, budget, personnel, etc.) à être remis à la fin de la visite ;
    - de prendre les dispositions requises pour faciliter le déroulement de la journée de visite.
  - Trois groupes ont été rencontrés par l'équipe de visite :
    - le comité des usagers accompagné du résident, de la famille ou d'un bénévole intéressé ;

- des employés choisis au hasard et représentant les différentes catégories de personnel ;
  - les comités présents dans l'établissement (Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens [CMDP], Conseil des infirmiers, infirmières [CII], Comité des infirmières auxiliaires et infirmiers [CIAI] Conseil multidisciplinaire [CM]).
- Le même questionnaire était appliqué aux trois groupes. Il portait sur les thèmes suivants :
    - l'application des principes caractérisant un milieu de vie ;
    - l'accessibilité et la qualité des services et des activités ;
    - les mesures, les mécanismes, les protocoles ou les instances contribuant à un milieu de vie de qualité.
  - Une visite des lieux, des rencontres informelles avec les familles, les résidents et les bénévoles, ainsi que des observations sur l'organisation du travail ont été effectuées de manière à permettre aux équipes de visite d'apprécier sans intermédiaire l'environnement humain et physique.
  - La direction générale et des représentants du conseil d'administration étaient rencontrés en début et en fin de journée :
    - ces rencontres permettaient de convenir de la logistique de la journée et de connaître leur appréciation de la situation sur les mêmes thèmes que les trois autres groupes rencontrés.
  - Un rapport a été rédigé pour chacune des visites selon un modèle standardisé :
    - il était transmis à la direction de l'établissement concerné, afin qu'elle y annexe ses commentaires. Par la suite, il était acheminé au ministère ;
    - le ministère, après analyse, le transmettait à l'agence en lui demandant de convenir d'un plan de correctifs permettant de donner suite aux recommandations de l'équipe de visite et de lui transmettre, dans les 60 jours, le plan demandé.

### **3. APPRÉCIATION GÉNÉRALE DE L'ENSEMBLE DES MILIEUX DE VIE**

L'appréciation réalisée permet donc de connaître les perceptions des différents groupes rencontrés et des équipes de visite sur les mêmes thèmes, et ce, pour chacun des établissements visités.

Un regroupement en fonction des quatre catégories suivantes a été réalisé afin de comparer la qualité du milieu de vie assurée aux résidents vivant dans ces établissements :

- 🚩 Catégorie 1 | Objectifs rencontrés ou en voie de l'être (80 % à 100 %)
- 🚩 Catégorie 2 | Objectifs en majorité rencontrés (70 % à 80 %)
- 🚩 Catégorie 3 | Objectifs en partie rencontrés (60 % à 70 %)
- 🚩 Catégorie 4 | Objectifs peu rencontrés (moins de 60 %)

La classification des établissements varie selon que l'on procède à partir des pointages découlant des perceptions de l'un ou l'autre des groupes rencontrés ou des équipes de visite. En général, le comité des usagers et les résidents ont une appréciation inférieure à celle des deux autres groupes (employés, comités de l'établissement). Les observations des équipes de visite rejoignent habituellement les perceptions des usagers. Enfin, dans les établissements les plus performants, on remarque généralement une convergence entre la perception des différents groupes.

La classification des établissements, à partir de l'analyse des observations réalisées par les équipes de visite, est la suivante :

Appréciation	Nombre d'établissements (47)			
Équipes de visite	Catégorie 1 80 % -100 %	Catégorie 2 70 % - 79 %	Catégorie 3 60 % - 69 %	Catégorie 4 moins de 60 %
• Environnement physique et humain	9	12	13	13
• Environnement humain	12	18	11	6
• Environnement physique	8	4	16	19

#### 4. FAITS SAILLANTS

##### 4.1 Environnement humain

L'environnement humain a été apprécié en fonction de la qualité de la programmation (soins, services, activités récréatives, sociales et spirituelles), de l'organisation du travail et des attitudes et comportements du personnel et des gestionnaires.

Des écarts considérables ont été constatés entre les établissements visités. Certains, dans des conditions semblables, avec des contraintes plus ou moins similaires, ont réussi à intégrer le concept « milieu de vie » dans le quotidien et sont parvenus à offrir un environnement humain permettant aux résidents d'avoir une meilleure qualité de vie.

#### La programmation (soins, services et activités) et l'organisation du travail :

- Les services, l'aide et l'assistance dispensés sont axés sur les soins physiques et sur les services médicaux. La programmation et l'organisation du travail ne sont pas en général planifiées ou structurées de manière à rencontrer les goûts, les besoins ou les habitudes de vie des résidents.
- Les besoins psychologiques, sociaux et culturels du résident sont en général peu considérés.
- Les activités récréatives, sociales et spirituelles sont limitées, tant au niveau de la fréquence que du choix, et ce, de façon plus marquée le soir et les fins de semaine. Elles sont également peu adaptées pour une clientèle présentant des déficits cognitifs.
- La culture institutionnelle est encore présente dans plusieurs établissements.

#### Le personnel clinique :

- Le personnel est généralement préoccupé de donner les meilleurs services possibles.
- Dans l'ensemble, il est respectueux, poli et bien intentionné envers les résidents.
- Il manque de support et d'encadrement pour répondre efficacement aux besoins complexes de certains types de clientèles.
- Il est souvent laissé à lui-même pour prendre des décisions cliniques importantes.
- Il présente des difficultés découlant d'une formation insuffisante sur les besoins spécifiques des clientèles ou sur le concept de milieu de vie.
- Le haut taux de roulement, le manque de ressources et l'utilisation de plus en plus fréquente du personnel d'agences privées surtout le soir, la nuit et les fins de semaine et durant les vacances influencent la qualité et la continuité des services.
- Le manque de temps pour « écouter » les résidents est souligné par le personnel.

#### Les gestionnaires :

- Les gestionnaires sont dans l'ensemble motivés à assurer au personnel un projet mobilisateur et aux résidents un milieu de vie de qualité.
- Ils ont besoin de soutien ou de formation pour s'appropriier le concept milieu de vie et pour procéder à sa mise en œuvre dans leur établissement.
- Le besoin de ressources additionnelles est mentionné par les gestionnaires.

## 4.2. Environnement physique

L'appréciation de l'environnement physique a été réalisée de façon à vérifier le respect des conditions associées à un milieu de vie de qualité. Il est attendu que cet environnement :

- assure la sécurité des personnes ;
- tend à reproduire un milieu résidentiel ;
- élimine les contraintes architecturales de manière à favoriser le maintien de l'autonomie ;
- facilite la réalisation d'objectifs cliniques ;
- offre des composantes architecturales flexibles et adaptables ;
- offre des micro-milieus (îlots) ;
- crée un milieu de travail efficace.

Les visites ont démontré que :

- ✚ l'environnement physique a un impact significatif sur la qualité de vie des résidents et sur l'exécution des tâches à être réalisées par le personnel ;
- ✚ les aménagements physiques ne trouvent leur signification que s'ils s'inscrivent dans une philosophie de gestion et d'intervention appropriée ;
- ✚ en général, les aménagements physiques ne favorisent pas le maintien de l'autonomie fonctionnelle du résident dans ses activités de la vie quotidienne (AVQ) et la réalisation des objectifs cliniques ;
- ✚ plusieurs milieux ne sont pas adaptés pour les personnes présentant des déficits cognitifs ;
- ✚ certains établissements, où les lieux physiques ne sont pas adéquats, compensent par du personnel et un environnement humain plus chaleureux et plus familial, mais ne peuvent aller au-delà de certaines contraintes incontournables ;
- ✚ des efforts notables et significatifs sont réalisés afin de préserver l'intimité des résidents.

## 4.3. Adaptation des services selon les profils des personnes

Les besoins de soins et de services sont différents selon que les résidents ont moins de 65 ans, présentent des déficits cognitifs, des troubles de comportement, une déficience intellectuelle, une déficience physique ou une problématique multiple.

Les visites ont confirmé que :

- ✚ l'acquisition de connaissances spécifiques, une programmation particulière et un environnement adapté, est difficilement rencontrées par la majorité des établissements visités.

- ✚ La mixité des clientèles complexifie la mise en place d'un milieu de vie adéquat et la dispensation des services de qualité.

#### **4.4. Les droits des résidents**

Toute personne hébergée a droit, notamment, 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. L'appréciation a été réalisée de façon à vérifier le respect de l'ensemble de ces droits.

Les visites ont permis de constater :

- ✚ Un écart significatif existe entre la perception qu'ont les résidents et celle du personnel et de la direction quant à la connaissance même des droits des résidents ainsi que des moyens pour les faire respecter.
- ✚ Dans l'ensemble, des moyens sont présents afin de faire connaître les droits, les services et les mesures pour les faire respecter, mais ils ne donnent pas les résultats attendus.
- ✚ La direction et les divers groupes d'employés croient que les résidents connaissent leurs droits alors que ceux-ci mentionnent ne pas les connaître.
- ✚ Des efforts importants ont été réalisés dans le but de réduire au maximum les contentions physiques et chimiques, surtout depuis la publication des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. On observe par ailleurs que :
  - les efforts ne sont pas toujours faits pour obtenir le consentement du résident, de sa famille ou des proches ou de son représentant légal ;
  - il semble exister une confusion sur l'interprétation de ce que sont les mesures de contrôle exceptionnelles et de dernier recours.
- ✚ Les représentants des divers groupes rencontrés partagent l'avis que des mesures visant à préserver l'intégrité et l'identité de la personne sont mises en place et respectées.
- ✚ Comité des usagers :
  - plusieurs comités d'usagers sont formés de personnes vraiment impliquées ;
  - les avis contradictoires et la diversité des commentaires émis par les représentants des divers groupes concernant le comité des usagers reflètent une connaissance mitigée du mandat de ce comité ;
  - les modalités administratives qui assurent ou facilitent la réalisation de son rôle se sont révélées insuffisantes ;

- le haut taux de renouvellement de la clientèle, les fusions anciennes et futures d'établissements, la clientèle très âgée présentant de multiples diagnostics, incluant pour plusieurs des déficits cognitifs ou des problèmes de comportement, influencent grandement les modalités opérationnelles et l'efficacité de ce comité.

#### Mécanismes d'examen des plaintes

- l'écart des perceptions entre les résidents, les familles et les intervenants reflète une connaissance mitigée du mandat du commissaire local ;
- les modalités administratives assurant la réalisation de son rôle et de ses fonctions en lien avec la qualité de vie du résident sont peu connues et peu efficaces ;
- le haut taux de renouvellement de la clientèle, la clientèle très âgée présentant de multiples diagnostics, incluant pour plusieurs des déficits cognitifs ou des problèmes de troubles de comportement, et les craintes de représailles influencent grandement son utilisation ;
- la neutralité requise afin que le commissaire local à la qualité puisse remplir adéquatement ses fonctions n'est pas toujours assurée puisque celui-ci assume en général d'autres responsabilités dans l'organisation (par exemple, direction des soins infirmiers ou direction générale).

#### **4.5 L'imputabilité et la qualité des services**

La volonté exprimée d'améliorer la situation des résidents doit être accompagnée de la « détermination » requise pour que le concept de milieu de vie puisse gouverner l'organisation et la prestation des services. À cet effet, il a été constaté que :

-  Le processus de reddition de comptes et les mécanismes de vérification de la conformité tant aux plans national et régional qu'au plan local, n'ont pas eu un impact significatif sur la qualité de vie assuré aux résidents des établissements visités.
-  Il existe peu ou pas d'attentes et d'objectifs visant à assurer un milieu de vie de qualité aux résidents dans les plans stratégiques des établissements et dans les ententes de gestion convenues avec les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

## **5. Conditions incontournables à la mise en place d'un milieu de vie de qualité**

Quatre établissements ont fait consensus, tant auprès des groupes rencontrés que de l'équipe de visite, sur la qualité de leur milieu de vie. L'analyse de leur situation permet de circonscrire l'ensemble des conditions qui les distinguent :

- ✚ Le conseil d'administration et la direction générale de l'établissement se sont approprié le concept de milieu de vie, qui est devenu la priorité organisationnelle, l'ont traduite dans un projet mobilisateur et en ont assuré la pérennité.
- ✚ Les activités (soins, services, loisirs, etc.) sont :
  - organisées et dispensées selon un horaire qui tient compte des habitudes de vie des personnes ;
  - dispensées par du personnel compétent dont les attitudes et les comportements sont guidés par la préoccupation de répondre à l'ensemble des besoins biopsychosociaux et spirituels de chacun des résidents.
- ✚ Un soutien clinique et administratif est assuré au personnel afin d'éviter la démobilisation ou l'essoufflement et l'intégration des bonnes pratiques.
- ✚ La direction générale assure une vigie de qualité.

## **6. Recommandations nationales**

Les résultats obtenus témoignent de l'importance du « virage » à réaliser. Les cultures organisationnelles doivent être changées, les pratiques cliniques modifiées et l'environnement physique adapté, et ce, dans le cadre d'une transformation de l'organisation et de l'offre de service résolument tournées vers la communauté

29 recommandations sont formulées de façon à assurer aux résidents un milieu de vie et des services de qualité. Elles visent :

- ✚ La mise en application des correctifs demandés aux établissements.
- ✚ La planification d'un plan d'amélioration de la qualité des services qui soit mobilisateur et soutenu par la direction générale et le conseil d'administration.
- ✚ La mise en place d'une programmation et d'une organisation des services s'appuyant sur les principes caractérisant un milieu de vie de qualité.
- ✚ L'amélioration des compétences du personnel et leur disponibilité à assurer les services requis par les résidents.

- ✚ L'appropriation par les administrateurs et les gestionnaires des principes qui doivent gouverner un milieu de vie de qualité et leur application au quotidien.
- ✚ Le regroupement des clientèles permettant d'assurer aux résidents des conditions de vie adaptées à leur problématique et leur âge.
- ✚ L'amélioration des activités récréatives, sociales et spirituelles.
- ✚ La révision et l'accélération des projets de rénovation ou de relocalisation des centres d'hébergement et de soins de longue durée.
- ✚ Le renforcement du rôle du comité des usagers.
- ✚ L'amélioration des mécanismes de examen des plaintes et de gestion de la qualité.
- ✚ La détermination de la mission des CHSLD à titre de ressources habilitées à accueillir une clientèle en très grande perte d'autonomie.
- ✚ La poursuite des visites et son élargissement à tous les milieux de vie substituts, et ce, pour toutes les clientèles vulnérables.
- ✚ La mise en place d'un processus d'imputabilité et de reddition de comptes spécifique s afin d'assurer la réalisation des 29 recommandations formulées.

## **Conclusion**

Les visites d'appréciation ont eu un effet mobilisateur et suscité de l'espoir face à la détermination du ministère à mettre en place une organisation de services qui respecte les droits des résidents et qui répond à l'ensemble de leurs besoins psychologiques et physiques.

En continuité avec cette démarche, les organisations concernées se voient conviées à se concerter afin que soient assurés à toute personne requérant un milieu de vie substitut, un environnement et des services de qualité. Pour y parvenir, chacune de ces organisations devra être gouvernée par des cibles à atteindre bien identifiées, des actions à entreprendre bien articulées et des échéanciers de réalisation précis s'inscrivant dans une démarche de changement locale, régionale et nationale en évolution.

## INTRODUCTION

En janvier 2004, M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait que des équipes ministérielles procéderaient à des visites d'appréciation de la qualité des services offerts aux personnes hébergées en CHSLD. La démarche était essentiellement axée sur un objectif d'amélioration de la qualité des services et du milieu de vie.

Entre les mois de février et de mai 2004, 47 établissements ont été visités. Un rapport individuel concernant la situation spécifique de chacun de ces centres d'hébergement a été produit et transmis à l'agence et aux établissements pour que les correctifs requis puissent être apportés.

Le présent rapport expose les résultats qui se dégagent de l'ensemble des visites réalisées. Les grands constats qui y sont présentés témoignent des aspects, tant les plus satisfaisants que les moins satisfaisants, concernant la qualité des services et du milieu de vie qui prévaut dans l'ensemble des établissements visités. Ils prennent appui sur les Orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD ».<sup>1</sup>

La première partie du rapport décrit la démarche d'appréciation et la méthodologie utilisée. Par la suite sont présentés les résultats de l'appréciation en trois objets distincts :

- Les données factuelles fournies par l'établissement.
- Les appréciations des trois groupes rencontrés, soit :
  - le comité d'usagers accompagné de résidents, de membres de la famille et de bénévoles ;
  - les employés choisis aléatoirement ;
  - les différents comités représentant les corps d'emploi de l'établissement (Conseil multidisciplinaire [CM], Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens [CMDP], Conseil des infirmiers et infirmières [CII], Comité des infirmières auxiliaires et infirmiers [CIAI]).
- L'appréciation des équipes de visite.

Une synthèse de l'ensemble de ces résultats permet d'établir un portrait des acquis et des points à améliorer qui se dégagent des visites réalisées de même que des conditions incontournables à la mise en place d'un environnement humain et physique de qualité.

Enfin, attendu que les résultats des analyses réalisées sont de nature à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes hébergées dans l'ensemble des CHSLD du Québec, une série de recommandations sont formulées. Elles devraient être un phare qui guide la mise en œuvre des Orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD », et ce, afin d'atteindre l'objectif poursuivi « *l'amélioration de la qualité de vie des aînés* ».

---

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, 2003.

## PARTIE I

---

---

### LA VISITE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DE VIE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE

---

---

#### 1. CONTEXTE

En octobre 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux diffusait des orientations visant à promouvoir la création d'un environnement favorable à répondre, le mieux possible, aux besoins des personnes vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Intitulées « *Pour un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* », ces orientations réaffirment que toute décision, action ou intervention prise en matière de gestion d'organisation ou de prestation de services doit contribuer à :

- ✚ favoriser le respect des principales caractéristiques d'un milieu de vie de qualité (l'identité, la dignité, le respect, etc.) ;
- ✚ assurer, à tout résident, l'accès aux services requis par sa situation et la qualité de ceux-ci, et ce, de manière à tenir compte de ses besoins, de ses goûts, de ses habitudes et de ses valeurs ;
- ✚ promouvoir des mécanismes, des outils ou des mesures reconnus pour soutenir l'amélioration des services ou du milieu de vie ;
- ✚ adapter l'environnement physique aux besoins d'une clientèle en lourde perte d'autonomie de manière à permettre aux personnes d'évoluer dans un milieu de vie normalisant qui contribue à la poursuite de leur cheminement de vie.

À peine ces orientations diffusées, le ministre était interpellé à l'Assemblée nationale sur la capacité des centres d'hébergement et de soins de longue durée à assurer à leurs résidents un milieu de vie et des services de qualité. C'est ce qui l'a incité à demander que soient faites des visites permettant d'apprécier le milieu de vie et les services assurés aux personnes vivant dans ces établissements. Par cette démarche le ministre désirait mieux comprendre les problèmes communs à plusieurs établissements et mettre en lumière les solutions qui prévalent dans certains établissements connus pour la qualité de leur milieu de vie (Annexe 1 – communiqué de presse).

#### 2. BUT

Les démarches de visite visaient à soutenir et supporter les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et les établissements à vocation d'hébergement et de soins de longue durée, afin qu'ils puissent assurer la qualité de vie des personnes hébergées.

### 3. OBJECTIFS

Les objectifs des visites d'appréciation étaient les suivants :

- ✚ Connaître l'état d'avancement des travaux relatifs à la mise en œuvre des orientations ministérielles intitulées « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD ».
- ✚ Repérer les difficultés, les obstacles ou les problèmes appréhendés ou subis par les établissements pour qu'ils puissent assurer :
  - le respect de l'intégrité, de la dignité, de l'intimité, de la sécurité, du confort et de l'autodétermination des personnes hébergées ;
  - l'accès aux services requis et leur qualité.
- ✚ Déterminer les interventions requises sur les plans local, régional et provincial afin d'assurer une qualité de vie aux personnes hébergées.
- ✚ Déterminer les mesures, les projets, les modalités ou les expériences qui facilitent ou contribuent à la mise en place d'un milieu de vie de qualité.

### 4. MÉTHODOLOGIE

#### 4.1 La grille d'appréciation de la qualité des services et des milieux de vie

##### Élaboration

Une brève revue des grilles déjà existantes a d'abord été faite. Une rencontre a été tenue avec des représentants des associations d'établissements : l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), l'Association des CHSLD et des CLSC du Québec, l'Association des CHSLD de Montréal et le Conseil québécois d'agrément, afin de s'enquérir des outils dont disposaient ces organisations.

Enfin, nous avons sollicité et obtenu la collaboration du Curateur public, considérant l'expertise de cet organisme en matière de visites de CHSLD et celle du CHSLD Yvon Brunet qui a été un précurseur pour la mise en place du concept milieu de vie.

Une première version de la grille a été soumise, aux instituts de gériatrie de Sherbrooke et de Montréal, pour une validation sommaire.

Une dernière validation a été réalisée par M<sup>me</sup> Anne Monat, ergothérapeute-conseil, spécialiste de l'approche prothétique; cette spécialiste s'est jointe à l'équipe de coordination des visites pour le suivi de la démarche. À la suite de la première semaine de visite, des ajustements ont été apportés à la lumière des

commentaires des équipes ministérielles de visite et ont conduit à la version finale utilisée pour l'ensemble des visites (Annexe 2 – grille d'appréciation de la qualité).

## **Contenu**

*La grille d'appréciation est composée de quatre parties :*

### Partie I : Données de base

La partie 1 est remplie par l'établissement. Elle permet de recueillir une série de renseignements objectifs ou factuels relativement à son organisation administrative, clinique et budgétaire. Elle vise à connaître :

- ✚ la clientèle desservie ;
- ✚ le budget ;
- ✚ les protocoles ou programmes existants ;
- ✚ les services et leur accessibilité ;
- ✚ la formation offerte ;
- ✚ l'encadrement et le nombre de personnes professionnelles et non professionnelles affectées aux activités cliniques ;
- ✚ les mécanismes ou outils mis en place visant à assurer la gestion de la qualité, des services et des risques ;
- ✚ les visites entreprises par des organismes préoccupés ou mis en cause par la qualité des services.

### Partie II : Appréciation de la situation au regard de la mise en place d'un milieu de vie de qualité

La partie II vise à recueillir, de façon détaillée, les perceptions des usagers, des employés et des différents comités présents dans l'établissement (Conseil des infirmiers et infirmières [CII], Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens [CMDP], Conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires [CIIA], etc. ) à propos de :

- la mise en application des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité ;
- l'accessibilité et la qualité des services et des activités ;
- les mesures, les mécanismes, les outils ou les instances qui contribuent à un milieu de vie de qualité.

Partie III : Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique

La partie III permet de cibler et de recueillir les observations de l'équipe d'appréciation à propos de la qualité de l'environnement humain et de l'environnement physique.

Partie IV : Rencontre avec la direction générale, le conseil d'administration, le commissaire local et le médecin examinateur

La partie IV permet à la direction de témoigner de son évaluation, de la situation sur les trois mêmes thèmes traités dans la partie II, mais de façon générale.

## 4.2 Les équipes d'appréciation

### Composition

Chaque équipe était composée de deux membres permanents auxquels se joignaient deux membres régionaux (annexe 3 – membres affectés à chaque équipe d'appréciation de la qualité).

#### Membres permanents :

- Une personne désignée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à partir de l'un des deux critères suivants :
    - expertise en gestion d'un milieu d'hébergement et de soins de longue durée (MSSS), après consultation de l'Association des directeurs généraux des services de santé et services sociaux du Québec.
  - OU
  - expertise en milieu de vie, après consultation des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- Une personne désignée par le Conseil pour la protection des malades.

#### Membres régionaux :

- Une personne désignée par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de chaque région.
- Un aîné représentant la Table de concertation régionale des aînés de chaque région.

## **Nombre d'équipes**

Afin de satisfaire aux délais fixés, cinq équipes ont été constituées. La responsabilité de mener à terme un nombre déterminé de visites a été confiée à chacune d'elle.

Quarante-deux (42) personnes ont fait les visites :

- ✚ Membres permanents :
  - 5 représentants du MSSS ;
  - 5 représentants du Conseil pour la protection des malades.
- ✚ Membres régionaux :
  - 16 représentants des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ;
  - 16 représentants de la Table de concertation régionale des aînés.

### **4.3 Le choix des établissements visités (Annexe 4 – Liste des établissements)**

Les établissements ont été sélectionnés en collaboration avec l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à partir de l'un ou l'autre des critères suivants :

#### **Critères de sélection :**

- ✚ Faire partie des établissements présentant des difficultés selon les rapports du Curateur public.
- ✚ Faire partie des établissements considérés « fragiles » par l'agence régionale.
- ✚ Faire partie des établissements n'étant pas dans une étape active d'un processus d'agrément.
- ✚ Faire partie des établissements ne faisant pas l'objet d'une enquête de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, du Protecteur des usagers ou de l'agence de développement.
- ✚ Repérer trois établissements reconnus pour la qualité de leur milieu de vie.

#### **Objectifs :**

- ✚ Rejoindre au minimum 10 % des 43 000 personnes hébergées dans les CHSLD du Québec (CHSLD public, privé conventionné et privé non conventionné).
- ✚ Être représentatif des différentes catégories d'établissements et de toutes les régions sociosanitaires.

## **4.4 La visite de l'établissement**

### **Annonce de la visite**

- ✚ L'agence était avisée de l'établissement sélectionné par l'équipe de coordination ministérielle 48 heures avant la visite :
  - l'agence informait verbalement l'établissement 24 heures avant la visite, elle lui confirmait par écrit et lui transmettait la partie I de la grille d'appréciation.

### **Horaire de la journée**

- ✚ À 8 h 30, l'équipe rencontrait la direction pour convenir du déroulement de la journée.
- ✚ À 9 h, l'équipe se divisait en deux : équipe A et équipe B.
- ✚ *L'équipe A – procédait aux rencontres suivantes :*
  - de 9 h à 10 h, la rencontre de l'équipe de direction composée habituellement du président du conseil d'administration, du directeur général, du commissaire local et du médecin examinateur (partie IV de la grille à remplir).
  - de 10 h à 12 h, la rencontre du conseil des médecins, dentiste et pharmaciens, du conseil multidisciplinaire, du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires (partie II de la grille à remplir).
  - de 13 h 30 à 15 h 30, la rencontre d'un groupe d'employés, choisis aléatoirement par l'équipe de visite, représentant les différentes catégories d'emplois : préposés et préposées, infirmiers et infirmières, infirmiers auxiliaires, employés des services techniques, intervenants en loisirs (partie II de la grille).
- ✚ *L'équipe B*
  - de 9 h à 12 h 30 visitait les lieux et échangeait avec des résidents, leurs familles ou des bénévoles (partie III de la grille à remplir) ;
  - de 13 h 30 à 15 h 30 rencontrait le comité des usagers accompagné d'autres résidents, de familles et de bénévoles invités à participer à la rencontre (partie II de la grille à remplir).
- ✚ *L'équipe A et B*
  - de 15 h 45 à 17 h 45, les équipes procédaient à un bilan sommaire et poursuivaient des activités d'observation.
  - 17 h 45 rencontraient et échangeaient avec la direction afin :
    - de recueillir la partie I de la grille remplie ;
    - de présenter le bilan sommaire de la journée.

#### **4.5 Le rapport de visite de l'établissement**

Une table des matières qui permet de standardiser la rédaction des rapports de visites a été fournie aux membres de chacune des équipes.

Chaque visite a fait l'objet d'un rapport. Les commentaires des directions de chacun des établissements sur le contenu des rapports étaient annexés aux rapports de l'établissement. Par la suite, le représentant de l'agence l'acheminait au ministère.

Sur réception, l'équipe de coordination ministérielle :

- ✚ Analysait le contenu du rapport et la nécessité d'actions particulières à être posées.
- ✚ Transmettait le rapport à l'agence régionale en l'accompagnant des commentaires de l'établissement sous la signature du sous-ministre en titre.
- ✚ Dans la lettre de transmission, il était demandé de façon systématique à l'agence :
  - de convenir avec l'établissement d'un plan d'action requis par les recommandations ;
  - d'en faire parvenir une copie, dans les 60 jours, à la sous-ministre adjointe de la Direction générale des services sociaux ;
  - d'en assurer le suivi et la mise en place.

#### **4.6 L'appréciation du rendement de l'établissement**

L'ensemble des grilles utilisées pour entreprendre les visites et les rapports terminés ont fait l'objet d'analyse afin de dégager les principaux constats et recommandations consignés dans le présent rapport.

Les données consignées dans la grille ont été traitées de façon à pouvoir apprécier et comparer les performances de chaque établissement.

## 4.7 Le traitement des données

### 4.7.1 Grille d'appréciation de la qualité des services - partie I :

Les données recueillies dans cette section de la grille sont factuelles. Elles ont fait l'objet d'une compilation et d'une analyse comparative de base. Il est important de rappeler qu'il s'agit d'informations documentaires fournies par l'établissement. Ils seraient requis aux fins d'un traitement plus méthodique et analytique de procéder à une validation des informations consignées dans cette partie.

### 4.7.2 Grille d'appréciation de la qualité des services - partie II :

Les personnes rencontrées avaient le choix de réponses suivant, avec l'indication du pourcentage associé à leur choix :

<b>Choix de réponses</b>	<b>Pourcentage</b>
En totalité	(80 % - 100 %)
En grande partie	(60 % - 79 %)
Partiellement	(20 % - 59 %)
Très peu	( 0 % - 19 %)
Ne sait pas	

Les informations consignées dans cette partie sont, rappelons-le, les perceptions de chacun des groupes rencontrés. Pour pouvoir procéder à leur analyse, il a été convenu d'établir un pointage. Ainsi, pour chacun des choix de réponses, une cote a été accordé équivalente à toutes fins utiles au maximum de l'échelle qui y était associé. Les réponses « ne sait pas » et « pas de réponse » n'ont pas été considérées dans le calcul du pointage étant donné que les informations demandées pouvaient ne pas être connues du groupe rencontré ou encore ne pas avoir été répondu par manque de temps.

<b>Réponse</b>	<b>Cote</b>
En totalité	100
En grande partie	75
Partiellement	50
Très peu	25
Ne sait pas	0
Pas de réponse	0

### Calcul des résultats :

Chaque sous-section de la grille (déterminée par un nombre à une décimale, tel que 1.1 dans la grille) fait l'objet d'un pointage basé sur la moyenne arithmétique des points accordés aux réponses de cette sous-section, et ce, pour chaque groupe ayant procédé aux observations.

Par la suite, une moyenne arithmétique de l'ensemble des sous-sections a été calculée pour accorder un pointage à chaque section (identifiée par un nombre entier tel que 1) pour chaque groupe.

Enfin, une dernière moyenne arithmétique des trois sections a permis de donner à la partie II une note globale, pour chacun des groupes, de même que pour les trois groupes réunis.

Un cas particulier apparaît toutefois. En effet, il est arrivé que pour certaines questions, deux réponses aient été cochées. Dans ces cas, il a été convenu de retenir la moyenne des points des deux réponses pour noter cette question.

#### 4.7.3 Grille d'appréciation de la qualité des services - partie III :

Cette section de la grille permettrait de recueillir les perceptions de l'équipe de visite, et ce, à partir des observations et des rencontres informelles. Le choix de réponses était identique à celui de la partie II. Il a été convenu de procéder de la même façon pour traiter l'information qui y est consignée. Toutefois, l'absence de réponse et la réponse « ne sait pas » ont été considérés dans le calcul du pointage.

## **PARTIE II**

---

### **ANALYSE DES RÉSULTATS**

---

#### **5. DONNÉES FACTUELLES SUR LES ÉTABLISSEMENTS VISITÉS**

Dans ce chapitre sont présentés le cumulatif des données de chacun des établissements et une analyse sommaire de ces données à partir la partie I de la grille d'appréciation. Il est important de rappeler que cette partie de la grille a été complétée par l'établissement.

##### **5.1 Les établissements visités**

Le nombre d'installations d'établissements de longue durée qui a été visité s'élève à 47. On y dénombre 5 989 places.

##### **5.2 Le taux d'occupation**

À la 10<sup>e</sup> période de l'année 2003-2004, le taux d'occupation était de 95,4 %.

##### **5.3 Le budget**

Le budget moyen d'une place de longue durée dans les installations visitées serait de 50 510 \$. De ce montant, 61,3 % serait consacré à la composante clinique, soit 32 886 \$.

##### **5.4 La clientèle**

Dans les installations visitées, l'âge moyen des résidents est de 76,13 ans. On y dénombre 12,1 % de personnes de moins de 65 ans.

On note que 48,2 % des résidents qui vivent dans ces installations ne sont pas mobiles.

Le diagnostic principal a été fourni par 43 des 47 établissements visités. Par diagnostic principal, on entend celui qui a nécessité l'hébergement. Le pourcentage des résidents hébergés qui le sont en raison d'un déficit cognitif

s'élève à 35,2 % et 31,8 % sont hébergés en raison d'un problème de santé physique.

### **5.5 La répartition des chambres**

Le pourcentage des chambres qui sont à occupation double s'élève à 22,7 % (1 014), celles qui sont à occupation triple à 2,3 % (101), celles qui sont à occupation quadruple à 2,2 % (96) et 0,1 % sont des salles de 5 personnes et plus.

Plus de 45,8 % des résidents partagent leur chambre avec une autre personne. 11,9 % la partagent avec plus de deux personnes.

### **5.6 Les services de soins infirmiers et d'assistance**

Ce sont 57,1 % des heures-soins qui seraient dispensées en moyenne pendant le quart de travail de jour, 28,8 % pendant le quart de soir et 14,1 % pendant le quart de nuit.

Pour chacun de ces quarts de travail, les heures travaillées seraient de :

- ✚ 1,868 heures-soins le jour ;
- ✚ 0,941 heures-soins le soir ;
- ✚ 0,462 heures-soins la nuit ;
- ✚ total 3,271 heures.

Des préposés aux bénéficiaires donneraient 51,1 % de ces soins. Pendant le quart de travail de jour, ce pourcentage serait de 51,6 %, le soir de 53,1 % et la nuit de 45,1 %.

### **5.7 Les services spécialisés<sup>2</sup>**

Le nombre d'heures-soins par mois en services spécialisés qui est assuré en moyenne par résident s'élèverait à 4,073.

Les services spécialisés les plus accessibles dans les établissements sur les 19 établissements répertoriés lors des visites sont :

- ✚ Les médecins omnipraticiens avec un ratio de 1,81 poste équivalent temps complet, par 100 résidents.

---

3. Dans la grille d'appréciation, le terme « services spécialisés » n'est pas utilisé au sens de la nomenclature ministérielle. Il vise à identifier les services techniques ou professionnels autres que ceux dispensés aux résidents dans le cadre des activités courantes.

- ✚ Les intervenants en loisirs avec un ratio de 1,16 poste équivalent temps complet par 100 résidents.
- ✚ Les ergothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique avec un ratio de 0,82 poste équivalent temps complet par 100 résidents.

Les services spécialisés les moins accessibles dans les établissements visités sont :

- ✚ Les orthophonistes avec un ratio de 0,04 poste par 100 résidents.
- ✚ Les infirmières cliniciennes spécialistes avec un ratio de 0,07 par 100 résidents.
- ✚ Les psychologues avec un ratio de 0,09 par 100 résidents.

### **5.8 L'encadrement clinique**

On compterait en moyenne un poste d'encadrement pour 11,1 postes équivalents temps complet affectés aux soins infirmiers et assistance.

Ce taux d'encadrement varie en fonction du quart de travail :

- ✚ Le jour : la moyenne serait de 9,8 postes cliniques par poste d'encadrement ;
- ✚ Le soir : la moyenne serait de 15,9 postes cliniques par poste d'encadrement ;
- ✚ La nuit : la moyenne serait de 9,9 postes cliniques par poste d'encadrement.

### **5.9 La durée du séjour**

En 2002-2003, la durée moyenne de séjour en longue durée dans les installations visitées a été de 835,78 jours.

En 2002-2003, 3 587 résidents ont quitté, soit 64,1 % de l'ensemble des résidents. De ce nombre, 1 705 sont décédés et 1 882 ont été transférés dans un autre milieu.

### **5.10 Les protocoles, programmes, instances, outils cliniques**

La partie I de la grille d'évaluation de la qualité permet de vérifier la présence dans les établissements de vingt protocoles, programmes, instances ou outils aptes à contribuer à la qualité des services.

Seul le commissaire à la qualité est présent dans toutes les installations. Le plan d'intervention individualisé (45/47), le programme d'accueil (46/47) et le code d'éthique sont présents dans la quasi-totalité des établissements visités.

En contrepartie, les programmes spécifiques s'adressant aux personnes de moins de 65 ans (5/47), le tableau de bord permettant de connaître les délais d'attente pour qu'un résident puisse obtenir les services d'un professionnel (13/47) et les protocoles de prévention des chutes (13/47) sont les moins présents.

La grille d'appréciation permettait également de détailler sommairement le pourtour organisationnel ou opérationnel de ces programmes, protocoles ou outils. Pour chacun, les éléments indispensables en vue d'atteindre les objectifs poursuivis étaient identifiés. À partir de l'information consignée dans cette partie, nous notons que :

- ✚ Les politiques, les directives ou les consignes des établissements prévoient, de façon systématique, l'ensemble des éléments précisés dans la grille d'appréciation aptes à assurer un service d'accueil de qualité du résident (93,8 %) et un plan d'intervention individualisé adéquat (90,4 %).

- ✚ Les rapports sur l'utilisation de la contention (39,0 %), sur les chutes (38,1 %), les infections (30,6 %) et les lésions de pression (28,6 %) sont peu transmis au conseil d'administration.

## **6. APPRÉCIATION DE LA SITUATION AU REGARD DE LA MISE EN ŒUVRE D'UN MILIEU DE VIE DE QUALITÉ PAR LES TROIS GROUPES RENCONTRÉS**

Dans cette partie est présentée l'appréciation du milieu de vie vue sous l'angle de chacun des groupes rencontrés, soit :

- ✚ Les résidents, les familles et les bénévoles (groupe 1).
- ✚ Les comités de l'établissement (Conseil des médecins, des dentistes et pharmaciens CMDP, Conseil multidisciplinaire CM, Conseil des infirmiers et infirmières CII, Comité des infirmières auxiliaires et infirmiers CIAI, groupe 2).
- ✚ Les employés (groupe 3).

Pour chacun des thèmes appréciés sont présentés :

- ✚ Les critères d'appréciation ;
- ✚ Les résultats ;
- ✚ Les constats et l'analyse ;
- ✚ Les motifs invoqués ;
- ✚ Les synthèses des recommandations des équipes de visite.

Il est important de rappeler que la même grille d'appréciation a été utilisée pour chacun des trois groupes rencontrés. La convergence entre les perceptions exprimées par chacun constitue la pierre angulaire de l'analyse des résultats.

Dans ce chapitre est traitée l'appréciation de chacun des thèmes évalués à partir de la partie II de la grille, à savoir :

- ✚ Le respect des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité.
- ✚ L'accès à des services de qualité.
- ✚ Les mesures, les mécanismes, les outils et les instances qui facilitent la mise en œuvre d'un milieu de vie de qualité.

Le traitement des données permet de regrouper les établissements en fonction de quatre catégories :

- ✚ Catégorie 1 : objectifs rencontrés ou en voie de l'être 80 % à 100 %
- ✚ Catégorie 2 : objectifs en majorité rencontrés 70 % à 79 %
- ✚ Catégorie 3 : objectifs en partie rencontrés 60 % à 69 %
- ✚ Catégorie 4 : objectifs peu rencontrés moins de 60 %

**TABLEAU 1 : Classement des établissements en fonction de l'appréciation des groupes rencontrés**

Appréciation des groupes (ND = donnée non disponible)	Nombre d'établissements (47)			
	Catégorie 1 80 à 100 %	Catégorie 2 70 à 79 %	Catégorie 3 60 à 69 %	Catégorie 4 moins de 60 %
<b>1. Appréciation générale</b>				
1.1 Résidents (1 établissement ND)	4	11	13	18
1.2 Comité d'établissements (4 ND)	17	14	7	5
1.3 Employés (1 établissement ND)	9	22	8	7
1.4 Appréciation moyenne des trois groupes	4	11	26	6
<b>2. Appréciation détaillée</b>				
<b>2.1 Principes milieux de vie</b>				
• Résidents (groupe 1)	12	13	11	10
• Comités-établissement (groupe 2)	20	18	6	0
• Employés (Groupe 3)	18	18	8	2
<b>2.2 Accessibilité et qualité des services</b>				
• Résidents (groupe 1)	8	7	12	19
• Comités-établissement (groupe 2)	16	14	9	5
• Employés (Groupe 3)	19	12	7	8
<b>2.3 Mécanismes, outils et protocoles</b>				
• Résidents (groupe 1)	2	9	9	26
• Comités-établissement (groupe 2)	15	10	7	12
• Employés (Groupe 3)	5	14	16	11

L'analyse qui suit dans cette section présente les perceptions de chacun des trois groupes rencontrés sur les différents thèmes. Elle permet d'expliquer les écarts observés dans le Tableau 1.

## **6.1 La mise en application des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité**

### **Les droits des résidents**

Les droits qui ont fait l'objet de l'appréciation de la qualité pour la mise en application des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité sont :

- ✚ Le droit à l'information ;
- ✚ Le droit à la participation du résident ou de ses proches aux soins ;
- ✚ Le droit à l'autonomie, à l'identité, à l'intégrité de la personne ;
- ✚ Le droit à l'intimité ;
- ✚ Le droit à la dignité et au respect ;
- ✚ Le droit à la sécurité et au confort.

### **Les orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD »**

Les principes directeurs retenus dans les orientations ministérielles « *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* » qui guident les choix organisationnels et les modalités de prestation des soins et services aux personnes hébergées dans des centres privés ou publics précisent que :

*« Toute personne hébergée a droit, notamment, 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.*

*Le milieu doit reconnaître la diversité des êtres humains, leur richesse et leurs particularités. Le point de vue de la personne hébergée a la primauté, cette dernière (ou, le cas échéant, son représentant) décide des choses la concernant et, pour ce faire, elle est soutenue et guidée. Sentant qu'elle est importante et qu'elle a une valeur personnelle, quelle que soit sa condition physique, cognitive ou mentale, elle conserve plus longtemps le goût et la volonté de se réaliser et de vivre pleinement ».*

### 6.1.1 Le droit à l'information

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ **L'utilisateur de même que ses proches ou son représentant légal connaît :**
  - ses droits ;
  - les moyens pour faire respecter ses droits ;
  - les services qui lui sont accessibles ;
  - son état de santé ;
  - les effets secondaires des médicaments ;
  - la personne du milieu dont la responsabilité sera de l'accompagner tout au long de son séjour.

#### **Résultats**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
56,7 %	71,5 %	66,4 %

#### **Constats et analyse**

L'analyse des résultats de la grille d'appréciation et de l'ensemble des rapports de visite a permis de faire les constats exprimés ci-dessous :

- ✚ Un écart significatif existe entre la perception qu'ont les résidents, le personnel et la direction en ce qui concerne autant la connaissance même des droits des résidents que des moyens pour les faire respecter. La direction et les divers groupes d'employés croient que les résidents connaissent leurs droits alors que ceux-ci mentionnent ne pas les connaître. Par ailleurs, dans l'ensemble, des moyens existent afin de faire connaître les droits et les services et les moyens pour les faire respecter (par exemple, pochette d'information remise à l'arrivée de la personne).
- ✚ La perception des trois groupes rencontrés est partagée quant à la faible connaissance à propos des effets des médicaments.
- ✚ La perception des trois groupes rencontrés est partagée quant à la faible connaissance du rôle de la personne accompagnatrice. À cet égard, la fonction nouvellement inscrite de la personne accompagnatrice ainsi que l'absence de description de la tâche de celle-ci peuvent expliquer le faible résultat.
- ✚ L'écart de perception des différents groupes rencontrés et la faible satisfaction des résidents quant au respect du droit à l'information démontrent une absence de communication et d'intégration entre les différents paliers de l'organisation.

Bien que des mécanismes visant à promouvoir l'information puissent exister, ils sont inopérants et ne sont pas intégrés dans la vie quotidienne.

Ainsi :

- le code d'éthique et le processus de plaintes existent. Par contre, ils sont peu connus des employés, des familles et des bénévoles ;
- dans l'ensemble, les comités des résidents éprouvent des difficultés de fonctionnement ; ils connaissent peu ou alors ils ne connaissent pas leur mandat légal, et ils sont peu représentatifs des divers groupes de clientèle, etc. ;
- le mandat du commissaire local à la qualité est peu connu.

### 6.1.2 La participation du résident et de ses proches aux soins

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ L'information que les professionnels transmettent permet un véritable choix à l'utilisateur, à ses proches ou à son représentant au regard de toute intervention ou décision à son sujet.
- ✚ L'opinion de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant est respectée pour tout changement à son sujet (par exemple, heure des bains, des repas etc.).

#### **Résultats**

Groupe I	Groupe II	Groupe III
60,6 %	77,7 %	76,9 %

#### **Constats et analyse**

- ✚ Une divergence importante existe quant à la perception qu'ont les résidents, les employés et la direction sur les moyens mis en place pour que le résident puisse faire un choix éclairé sur toute décision à son sujet. Cette même divergence est constatée quant au respect de cette décision même si la participation a été sollicitée.
- ✚ Bien qu'une volonté de la part des employés et un souci de respecter les opinions et les préférences des personnes pour les décisions à leur sujet soient présents, le résident ne considère pas que son opinion est respectée et, si elle l'est, il ne le sait pas.
- ✚ L'écart de perception des différents groupes rencontrés et la faible satisfaction des résidents quant au respect du droit de participer aux décisions à son sujet

démontrent une absence de liens entre les différents paliers de l'organisation ainsi qu'une absence de rétroaction et de communication entre les employés et les résidents.

### **Motifs invoqués**

- ✚ Même si l'établissement a la volonté de tenir compte de l'opinion de la personne, une organisation du travail trop rigide, qui manque de souplesse, ne semble pas permettre d'actualiser la personnalisation de la demande.
- ✚ Un manque de personnel rend l'atteinte de cet objectif plus ardu et en conséquence, la situation requiert une volonté très déterminée de la part de la direction pour atteindre cet objectif.

#### *6.1.3 L'autonomie, l'identité, l'intégrité du résident*

### **Critères d'appréciation**

- ✚ **Pour le résident, il est possible :**
  - de recevoir qui il veut dans sa chambre et quand il le veut ;
  - de choisir les mets en fonction de ses goûts et de sa culture ;
  - d'aménager son temps en respectant ses habitudes de vie ;
  - d'assumer certaines responsabilités dans l'établissement ;
  - de décorer et d'aménager sa chambre ;
  - d'exercer son droit de recevoir de la visite ;
  - de pratiquer sa religion.

### **Résultats**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
79,8 %	84,5 %	83,1 %

### **Constats et analyse**

- ✚ Les représentants des divers groupes rencontrés partagent l'avis que des mesures visant à préserver l'intégrité et l'identité de la personne sont mises en place et respectées. Ainsi, le résident peut recevoir dans sa chambre qui il veut et quand il le veut et il peut pratiquer sa religion. Il a aussi la possibilité de décorer et d'aménager sa chambre selon ses goûts.
- ✚ Par ailleurs, bien qu'il y ait concordance de perception, les activités plus spécifiques du respect de l'autonomie et de l'autodétermination obtiennent quant à elles de faibles résultats. Ainsi, l'aménagement du temps, selon ses préférences et la capacité à assumer des responsabilités dans l'établissement,

offrent une pauvre performance. Ces activités touchent l'organisation du travail et démontrent le caractère institutionnel de l'organisation. Ainsi, le respect du rythme et des habitudes de vie est peu mis en place.

- ✚ Les mesures qui permettent l'identité et l'intégrité de la personne sont en grande partie satisfaites.

#### 6.1.4 L'intimité

##### **Critères d'appréciation**

- ✚ Les soins de base et les activités de la vie quotidienne (AVQ) sont donnés de façon à assurer l'intimité de la personne.
- ✚ La vie privée de l'usager est respectée (par exemple, frapper avant d'entrer dans sa chambre, ne pas déplacer ses affaires personnelles sans son consentement, ne pas poser de questions indiscrettes, etc.).
- ✚ L'usager peut être seul quand il le désire.
- ✚ Le caractère privé de sa chambre est assuré par des moyens appropriés.
- ✚ L'usager peut garder dans sa chambre des objets personnels.
- ✚ L'usager peut vivre sa sexualité.

##### **Résultats**

Groupe I	Groupe II	Groupe III
76,5 %	81,8 %	81,5 %

##### **Constats et analyse**

- ✚ Des efforts notables et significatifs de la part de la direction et une volonté du personnel pour préserver l'intimité des résidents ont permis une concordance dans les perceptions et une perception positive chez les résidents quant au respect de ce droit.
- ✚ Par ailleurs, les barrières architecturales représentent ici un obstacle de première importance. En raison de la réalité des chambres à occupation double, triple, quadruple et plus, il est difficile d'assurer l'intimité même avec des demi rideaux, surtout lorsqu'il y a des allées et venues de façon régulière. De plus, il est peu possible pour le résident d'exercer sa sexualité. Les endroits sont souvent restreints pour favoriser la socialisation, recevoir de la visite des familles ou des proches.
- ✚ La désuétude des lieux et l'absence de locaux dans certains établissements ne permettent pas les rencontres des résidents avec la famille et ne leur permettent pas non plus d'être seuls quand ils le désirent.

### 6.1.5 La dignité et le respect

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ Les interactions verbales et non verbales du personnel sont axées sur l'utilisateur et non sur la tâche.
- ✚ La manière dont le personnel s'adresse à l'utilisateur est respectueuse (madame, monsieur, nom de famille, pas de surnom, etc.).
- ✚ L'utilisateur est traité avec politesse et courtoisie (se présenter, saluer, poser des questions, expliquer toute intervention à faire, etc.).
- ✚ Le vouvoiement est exigé par l'établissement sauf exception notée dans le plan d'intervention.
- ✚ Même en présence de plusieurs employés, les interactions verbales et non verbales demeurent axées sur l'utilisateur.
- ✚ Les informations à propos de l'utilisateur ne sont pas révélées verbalement ou autrement par le personnel sauf si celui-ci en a l'autorisation.
- ✚ Le personnel ne discute pas des comportements d'un utilisateur dans les lieux publics (cafétéria, corridor, etc.).
- ✚ L'utilisateur peut choisir une personne du sexe de son choix pour certaines interventions spécifiques (hygiène quotidienne, transfert, etc.).

#### **Résultats**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
74,6 %	79,8 %	79,3 %

#### **Constats et analyse**

- ✚ Une homogénéité existe entre les différentes perceptions, et ce, autant sur le plan des résultats qui sont plus élevés que sur celui des résultats qui sont faibles.
- ✚ Dans l'ensemble, les résidents sont traités avec respect et courtoisie, la direction exige le vouvoiement dans la majorité des établissements et bien que cet usage ne soit pas généralisé, des efforts louables et constants sont faits à cette fin.
- ✚ Le résident est satisfait du fait qu'il puisse, dans l'ensemble choisir une personne du sexe de son choix pour les soins d'hygiène et de base.

- ✚ Par ailleurs, un manque de discrétion et de confidentialité est observé. Les employés communiquent peu avec les résidents, mais parlent entre eux de l'état de santé de la personne ou se révèlent différents types d'information à son sujet, même en sa présence.
- ✚ Dans l'ensemble, le personnel demeure axé sur la tâche même en présence du résident, ce qui engendre des lacunes sur le plan relationnel.
- ✚ Les moyens de communication, et ce, particulièrement avec les personnes ayant des déficits cognitifs sont peu connus, voire absents.

### 6.1.6 La sécurité

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ Les mesures sont prises pour permettre aux résidents de circuler à l'intérieur de la résidence :
  - librement ;
  - de façon sécuritaire.
- ✚ L'entretien sanitaire de l'établissement est adéquat :
  - chambre ;
  - unité ;
  - aires de vie (cafétéria, salon).
- ✚ À l'extérieur :
  - le personnel maintient une surveillance vigilante des résidents ;
  - le personnel déclare tout accident ou incident lié de près ou de loin au vécu de l'utilisateur.

#### **Résultats**

Groupe I	Groupe II	Groupe III
75,0 %	82,8 %	78,4 %

#### **Constats et analyse**

- ✚ Dans l'ensemble, il existe peu de divergences de perception entre les différents groupes rencontrés.
- ✚ Les résidents sont satisfaits des mesures prises pour leur permettre de circuler librement et de façon sécuritaire à l'intérieur de la résidence.
- ✚ Par ailleurs, selon les groupes de résidents, le personnel ne surveillerait pas suffisamment et adéquatement les résidents.

De l'ensemble des rapports d'appréciation de la qualité au regard des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité, il se dégage les observations exprimées ci-dessous :

- ✚ De façon générale, les bonnes intentions et la bonne volonté sont présentes en ce qui concerne les différents acteurs en cause : les gestionnaires et les administrateurs ont le souci d'offrir une qualité de service et une qualité de vie à leur clientèle respective.
- ✚ De façon générale, le personnel est dévoué, généreux, dédié à la clientèle des personnes hébergées et il les traite avec respect et courtoisie.
- ✚ Une pénurie de ressources humaines (personnel clinique et ressources spécialisées) est observée particulièrement le soir, la nuit et la fin de semaine.
- ✚ Le recours à des employés d'agences privées crée de multiples problèmes : méconnaissance du résident qui provoque chez lui un sentiment d'insécurité, non-respect des règles de fonctionnement de l'établissement, telles que le vouvoiement obligatoire, etc.
- ✚ En général, le personnel d'assistance manque de formation, en ce qui a trait aux différents types de clientèle qui présentent des diagnostics multiples.
- ✚ Le concept milieu de vie est mal connu, il demeure imprécis et n'est pas intégré dans l'organisation.
- ✚ Un manque de communication est observé entre les différents paliers administratifs.
- ✚ Dans un bon nombre d'établissements, la culture institutionnelle est encore bien ancrée. L'organisation du travail est axée sur la tâche avec un horaire rigide qui respecte difficilement l'histoire de vie du résident. Cette organisation du travail détermine l'horaire de la journée. Ainsi, tel qu'il a été mentionné dans un des rapports d'appréciation : « Le résident vit où le personnel travaille alors que le personnel devrait travailler où le résident vit ».
- ✚ Le contexte de l'environnement physique, c'est-à-dire les infrastructures architecturales impose souvent des contraintes importantes qui ne favorisent ni la mise en place d'un milieu de vie de qualité ni le respect des droits des résidents.
- ✚ Pour l'application de certains principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité, la situation demeure fragile, instable, et incertaine. Pour certains aspects particuliers, elle requiert une intervention obligatoire à court ou à moyen terme.

## **Recommandations des équipes de visite**

Dans les rapports d'appréciation, plusieurs recommandations ont été formulées pour que les établissements prennent les mesures nécessaires à une meilleure application des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité. Ces recommandations sont prises en compte dans les plans d'action convenus ou à être convenus entre les agences et les établissements à la suite du dépôt des rapports d'appréciation<sup>3</sup>.

- ✚ Mettre au point un plan de formation sur le concept milieu de vie :
  - en collaboration avec les représentants des différents groupes d'employés.
  
- ✚ Organiser une campagne de sensibilisation sur les droits des résidents.
  
- ✚ Adopter une attitude proactive dans la transmission de l'information au résident, à sa famille ou à son représentant, et ce, avec la préoccupation de satisfaire les besoins du résident.
  
- ✚ Réviser l'organisation du travail qui :
  - devra être déterminée par les besoins des résidents ;
  - favorisera la participation des membres du personnel, représentatifs de tous les titres d'emploi ;
  - favorisera le respect de l'autonomie et de l'autodétermination en fonction des habitudes de vie et des routines spécifiques des résidents (par exemple, les heures des repas et des couchers, l'horaire du bain, etc.).
  
- ✚ Faire connaître les mécanismes qui assurent la qualité des soins et des services : gestion des risques, revue de la médication, évaluation de l'état nutritionnel.
  
- ✚ Améliorer le processus d'examen des plaintes :
  - par une meilleure connaissance du processus et des recours possibles ;
  - par une plus grande visibilité ;
  - par son lien avec le comité des résidents ;
  - par l'information disponible sur les Centres d'aide et d'accompagnement aux plaintes (CAAP).
  
- ✚ Adopter ou réviser, faire connaître et appliquer le code d'éthique :
  - le code d'éthique est appuyé sur le concept milieu de vie ;
  - le code d'éthique véhicule les valeurs organisationnelles et les comportements attendus ;
  - le code d'éthique est disponible et accessible ;
  - le code d'éthique est intégré au quotidien ;

---

4. Cette remarque s'applique à tous les thèmes qui seront traités dans le rapport sous ce titre.

- le code d'éthique est accompagné d'un processus d'évaluation et de suivi en assurant son respect.
- ✚ Assurer le fonctionnement optimal du comité des résidents :
  - en lui donnant une formation sur son rôle et son mandat ;
  - en offrant un soutien régulier et constant de ressources internes ou externes ;
  - en établissant des liens formels entre le comité des résidents et le commissaire local à la qualité des services.
- ✚ Améliorer le rôle du commissaire local à la qualité :
  - son indépendance, sa visibilité et son lien avec le comité des résidents.
- ✚ Favoriser le respect de l'intimité du résident :
  - l'élimination des chambres à occupation triple, quadruple et plus.
- ✚ Favoriser le respect de l'autonomie fonctionnelle du résident :
  - le dynamisme du milieu de vie et la mise en place d'activités concrètes ;
  - l'intégration du personnel et des bénévoles dans les activités avec les résidents.

## **6.2 L'accessibilité, la qualité des services et des activités**

Cette section permet d'apprécier les perceptions des trois groupes rencontrés relativement aux :

- ✚ Services de base : soins et activités de la vie quotidienne (AVQ) ;
- ✚ Services spécialisés ;
- ✚ Services alimentaires ;
- ✚ Activités récréatives, sociales et spirituelles.

En général, le comité des résidents a une perception de satisfaction inférieure à ceux des autres groupes (10 points de différence et plus) surtout pour :

- (70,5 %) les services de base : soins et AVQ (écart de 14 points d'avec le groupe II)
- (54,2 %) les services spécialisés (écart de 16 points d'avec le groupe III)

En contrepartie, les trois groupes sont unanimes sur l'accessibilité :

- ✚ des services alimentaires (moyenne 77,6 %) ;
- ✚ des activités récréatives, sociales et spirituelles (moyenne 68,5 %).

### 6.2.1 Les services de base : soins et activités de la vie quotidienne

#### **Les orientations ministérielles à propos du concept milieu de vie**

« Pour constituer un milieu de vie de qualité, l'intervention en CHSLD doit se traduire par une approche qui soit globale, adaptée, positive, personnalisée, participative et interdisciplinaire ».

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ Les résidents obtiennent rapidement l'aide ou l'assistance requise pour obtenir et mener à bien les soins.
- ✚ Les intervenants connaissent la problématique et les besoins des résidents.
- ✚ Les soins, l'aide ou l'assistance donnés aux résidents répondent à l'ensemble des besoins de la personne.
- ✚ La connaissance ou le point de vue des intervenants qui donnent les services de base sont pris en considération et ils sont partagés avec les autres membres lors à la réunion d'équipe.
- ✚ Les changements dans la condition du résident sont décelés et traités promptement.
- ✚ La continuité des interventions requises pour l'utilisateur est maintenue d'une équipe à l'autre, d'un jour à l'autre.

#### **Résultats**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
70,5 %	84,4 %	79,7 %

#### **Constats**

Le délai d'attente pour obtenir l'aide et une assistance est beaucoup plus grand le soir, la nuit et la fin de semaine. Les résidents disent que le personnel ne connaît pas toujours leurs besoins et qu'ils se partagent peu l'information. Souvent leur point de vue est peu considéré. Les soins, l'aide et l'assistance donnés sont davantage axés sur les soins physiques et les services médicaux, en laissant pour compte les dimensions psychologique, sociale et culturelle du résident. Cependant, même si le personnel se dit très attentif à déceler des changements dans la condition du résident et à traiter cette condition rapidement, le résident ne perçoit pas ce même empressement.

Le groupe des intervenants s'entend pour dire qu'il y a lieu d'améliorer la continuité des interventions requises auprès du résident, d'une équipe à l'autre, d'un jour à l'autre.

### **Motifs invoqués**

- ✚ Le manque de personnel clinique surtout le soir, la nuit et la fin de semaine.
- ✚ La routine de travail des employés axée sur la tâche, par exemple : l'heure de la sieste obligatoire, l'heure d'aller à la toilette, l'heure de se lever, de se coucher, de manger, etc.
- ✚ Le manque de réunions d'équipe, d'outils de communication efficaces pour assurer le suivi individualisé d'intervention.
- ✚ Le roulement du personnel et la présence d'employés venant d'agences privées sont considérables et affectent de façon importante la connaissance des besoins et des approches propres aux résidents surtout pour ceux qui présentent des déficits cognitifs.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Évaluer l'efficacité des outils de communication en lien avec l'actualisation du plan d'intervention individualisé (PII) et, s'il y a lieu, améliorer l'efficacité des outils.
- ✚ Garantir que tous les intervenants utilisent les outils de communication mis à leur disposition.
- ✚ Vérifier les rôles et les responsabilités (imputabilité) quant au respect des actions et des interventions en lien avec le plan d'intervention individualisé (PII) de chaque résident.
- ✚ Adapter l'approche des intervenants en améliorant le « savoir-faire » auprès des résidents, surtout auprès de ceux qui présentent des déficits cognitifs.

## 6.2.2 Les services spécialisés<sup>4</sup>

### **Les orientations ministérielles à propos du concept milieu de vie**

« Le processus de résolution des problèmes est axé sur la participation active des membres de l'équipe à toutes les étapes de l'élaboration du plan d'intervention. Le travail d'équipe interdisciplinaire favorise une approche globale, permet une compréhension intégrée de la personne et met à profit des savoirs qui autrement seraient fragmentés ».

### **Critères d'appréciation**

- ✚ Le résident obtient facilement et rapidement les services spécialisés dont il a besoin.
- ✚ Les professionnels qui donnent des services aux résidents connaissent les autres interventions professionnelles en lien avec les besoins de cet usager.
- ✚ Des procédures spécifiques sont appliquées afin d'assurer le contrôle de la qualité des services spécialisés.
- ✚ La revue de la médication que prennent les résidents est faite.

### **Résultats**

Groupe I	Groupe II	Groupe III
54,2 %	68,8 %	64,8 %

### **Constats**

- ✚ Tous s'entendent au sujet de l'absence ou de l'insuffisance des services spécialisés dont le résident a besoin, de la difficulté et de la lenteur avec lesquelles, il y a accès. Cependant, même si le groupe de professionnels s'entend sur une certaine présence de services spécialisés, le groupe de résidents et les familles n'a toutefois que très peu de contacts directs avec plusieurs d'entre eux ou ils ne les connaissent pas.
- ✚ Les ressources spécialisées les plus accessibles sont en général :
  - médecin omnipraticien ;
  - intervenant en loisirs ;
  - ergothérapeute ;
  - thérapeute en réadaptation physique

---

4. Dans la grille d'appréciation, le terme « services spécialisés » n'est pas utilisé au sens de la nomenclature ministérielle. Il vise à identifier les services techniques ou professionnels autres que ceux dispensés aux résidents dans le cadre des activités courantes.

- ✚ Les ressources spécialisées les moins accessibles sont en général :
  - orthophonie ;
  - infirmière clinicienne spécialisée ;
  - psychologue.
  
- ✚ Le manque de services spécialisés affecte la qualité des réunions interdisciplinaires et, par le fait même, le plan d'intervention individualisé du résident.
  
- ✚ Le contenu du plan d'intervention individualisé (PII) demeure axé sur les soins et les services médicaux.
  
- ✚ Il y a une diminution du développement ou du suivi de programmes spécifiques ou spécialisés requis pour les différents types de clientèles :
  - programme de dysphagie ;
  - programme de positionnement ;
  - programme d'autonomie fonctionnelle ;
  - programme favorisant la réduction du recours exceptionnel des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques ;
  - programme pour les résidents présentant des déficits cognitifs ;
  - programme pour les jeunes adultes ;
  - programme de détection des problèmes auditifs ;
  - etc.
  
- ✚ Le manque de services de réadaptation affecte l'autonomie fonctionnelle du résident.
  
- ✚ Les groupes rencontrés étaient très peu au fait de l'existence de procédures spécifiques pouvant assurer le contrôle de la qualité des services spécialisés.
  
- ✚ En majorité, les établissements ne disposent pas d'un tableau de bord ou d'un outil leur permettant de connaître les délais pour obtenir les services d'un professionnel.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ D'autres façons de faire doivent être mises au point relativement à la dispensation des services spécialisés, et ce, telles que stipulées dans le document *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* : « Toutes les possibilités doivent être explorées : ententes avec d'autres établissements, partage de ressources professionnelles itinérantes, achat de services auprès de professionnels oeuvrant dans le privé, vidéo conférence pour accès à l'expertise professionnelle à distance, etc. ».

- ✚ Le rôle de consultant et de formateur auprès des équipes pourrait être privilégié envers les personnes qui interviennent directement avec le résident.
- ✚ Instaurer des mécanismes mesurant l'efficacité et l'efficience des services spécialisés en lien avec le temps de présence.
- ✚ Assurer la mise au point de mécanismes pour mesurer les attentes et la satisfaction des résidents au regard des soins et des services spécialisés qui sont offerts.

### 6.2.3 Les services alimentaires

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ Le temps dont dispose l'utilisateur pour sa période de repas est suffisant.
- ✚ L'utilisateur peut manger à l'intérieur d'une plage horaire normale.
- ✚ L'utilisateur est satisfait de la nourriture : goût, température et quantité.
- ✚ Les menus sont préparés en respectant un cycle de plusieurs semaines.
- ✚ Des menus saisonniers et des menus de fêtes sont offerts aux résidents.
- ✚ Les problèmes de dénutrition ou de malnutrition de l'utilisateur sont pris en considération.
- ✚ Des mécanismes spécifiques permettent de mesurer la satisfaction des résidents.
- ✚ Une évaluation de l'état nutritionnel est effectuée.

#### **Résultats**

Groupe I	Groupe II	Groupe III
72,0 %	80,2 %	80,6 %

#### **Constats**

- ✚ Il y a un écart important de satisfaction des résidents par rapport aux intervenants au regard :
  - du manque de temps dont ils disposent pour leurs périodes de repas. C'est le souper surtout qui est précipité dans le temps ;
  - le trop grand écart de temps entre la fin du souper et le début du déjeuner (écart pouvant aller jusqu'à 16 heures). La plage horaire normale n'est pas respectée ;
  - le manque de vigilance à déceler des problèmes de dénutrition ou de malnutrition ;
  - le manque de mécanismes assurant la mesure de la satisfaction des résidents.

- ✚ Les résidents et les intervenants ne se déclarent que partiellement satisfaits au regard :
  - du goût et de la température des repas servis, certains souhaitant la nourriture en vrac ;
  - du respect de la préparation du cycle des menus échelonné sur plusieurs semaines.
- ✚ Les résidents et les intervenants se déclarent relativement satisfaits pour l'évaluation nutritionnelle.

### **Motifs invoqués**

- ✚ L'organisation du travail est axée sur la tâche. À titre d'exemple :
  - les résidents sont lavés et habillés avant le déjeuner, ce qui retarde le début du repas ;
  - le personnel quitte pour dîner à midi : il faudrait que les résidents aient presque fini de manger et soient installés pour la sieste ;
  - le souper doit se terminer tôt parce que les employés de la cuisine doivent quitter.
- ✚ L'activité repas est perçue par les intervenants comme un soin et non pas comme une activité biopsychosociale.
- ✚ L'évaluation de l'état nutritionnel a été confondue avec le choix de menus. À l'admission, une technicienne en diététique peut remplir avec la famille et le résident les fiches-menus pour un cycle de trois ou quatre semaines.

L'évaluation nutritionnelle est en lien avec la détection des problèmes de dénutrition ou de malnutrition des résidents.

- ✚ Les nouvelles techniques (par exemple, la liaison froide, les menus standardisés qui n'offrent plus deux choix de menus), l'absence de cuisinette donnant accès à la possibilité d'offrir un autre choix de menus ou des collations au besoin sont des facteurs qui contribuent au manque de satisfaction des résidents.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Redéfinir le sens de l'activité repas en lien avec le concept milieu de vie.
- ✚ Établir et faire respecter la plage horaire et la durée des repas pour les résidents.
- ✚ Établir des mécanismes pour déceler, évaluer et assurer le suivi des problèmes de dénutrition et de malnutrition.

- ✚ Instaurer des mécanismes mesurant la satisfaction des résidents lucides et des résidents présentant des déficits cognitifs.

#### 6.2.4 Les activités récréatives, sociales et spirituelles

##### **Critères d'appréciation**

- ✚ Le résident a accès à des activités qui correspondent à ses goûts, à ses centres d'intérêt et à ses capacités physiques et cognitives.
- ✚ Des mécanismes spécifiques mesurent les attentes et la satisfaction des résidents au regard des activités organisées.

##### **Résultats**

Groupe I	Groupe II	Groupe III
65,9 %	69,1 %	70,4 %

##### **Constats**

- ✚ Les résidents et les intervenants considèrent que les activités sont peu nombreuses ; quoiqu'elles soient assez adaptées à leurs goûts, centres d'intérêt et capacités physiques, elles le sont beaucoup moins au regard de leurs capacités cognitives.
- ✚ Ce sont souvent les mêmes résidents (lucides) qui participent aux activités (donc un petit nombre).
- ✚ Il y a à peu près absence d'activités le soir et surtout les fins de semaine.
- ✚ Le choix des activités est très restreint et peu stimulant.
- ✚ Plusieurs résidents prennent des médicaments qui les rendent apathiques.
- ✚ Peu d'activités sont offertes en petits groupes ou en individuel.
- ✚ Il y a peu de formation pour répondre aux besoins spécifiques des différents types de clientèle.
- ✚ Il y a absence de mécanismes qui permettent de mesurer efficacement les attentes et la satisfaction de l'ensemble des résidents au regard des activités organisées et souhaitées.

## **Motifs invoqués**

- ✚ Le manque d'expertise de la plupart des intervenants en loisirs pour intervenir auprès des différents types de clientèle, particulièrement ceux atteints de déficits cognitifs.
- ✚ Le manque de ressources en loisirs.
- ✚ La difficulté à recruter des bénévoles surtout pour la clientèle présentant des déficits cognitifs.

## **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Élaborer une programmation écrite d'activités adaptées aux résidents hébergés et plus particulièrement, en ce qui concerne ceux qui présentent des déficits cognitifs.
- ✚ Donner aux intervenants en loisirs une formation sur l'adaptation des activités de loisirs en lien avec les capacités et les incapacités des résidents.
- ✚ Encourager la participation des intervenants en loisirs à la réunion interdisciplinaire pour personnaliser et adapter la programmation des activités récréatives et sociales qui s'adressent au résident.
- ✚ Mettre au point des mécanismes efficaces pour mesurer les attentes et la satisfaction des différents types de clientèle au regard des activités organisées et souhaitées.
- ✚ Favoriser le recrutement et la formation de bénévoles.
- ✚ Favoriser l'ouverture sur la communauté en encourageant la participation de groupes du milieu (écoles, garderies, âge d'or, etc.).

### **6.3 Les mesures, les mécanismes, les outils ou les instances facilitant la mise en œuvre d'un milieu de vie de qualité**

**Cette section apprécie les perceptions des groupes rencontrés en regard des critères suivants :**

- ✚ Le plan d'intervention ;
- ✚ La politique des contentions physique et chimique ;
- ✚ Le code d'éthique ;
- ✚ Le comité des résidents ;

- ✚ Le personnel d'encadrement ;
- ✚ Le personnel clinique ;
- ✚ La prévention des accidents et incidents ;
- ✚ Les plaintes ;
- ✚ Le rendement de l'employé ;
- ✚ Le milieu de vie.

*Les écarts :*

En général, le comité des résidents a une perception de satisfaction inférieure. (10 points de différence et plus) surtout pour :

- (55,4 %) Le plan d'intervention (écart de 22 points par rapport au groupe II)
- (74,8 %) *La Politique de l'utilisation des contentions physique et chimique* (écart de 12 points par rapport au groupe II)
- (38,4 %) Le code d'éthique (écart de 26 points par rapport au groupe II)
- (64,8 %) La prévention des accidents et incidents (écart de 14 points par rapport au groupe II et au groupe III)
- (54,1 %) Les plaintes (écart de 23 points par rapport au groupe II)
- (51,6 %) Le rendement de l'employé (écart de 34 points par rapport au groupe II)

**En général, les trois groupes sont unanimes à propos :**

- ✚ Des difficultés de fonctionnement du comité des résidents – moyenne 43,5 % ;
- ✚ Du manque de personnel d'encadrement – moyenne 62,5 % ;
- ✚ Du manque de personnel clinique – moyenne 53,1 % ;
- ✚ De la considération modérée que les résidents ont à se sentir comme chez eux dans l'établissement – moyenne : 68 %.

### 6.3.1 Le plan d'intervention individualisé

#### **Orientations ministérielles à propos du concept milieu de vie**

« La mise au point du plan d'intervention est une opération qualitative de convergence entre le résident et son mode de vie. C'est une occasion exceptionnelle de définir le type d'échanges et de liens que la personne ou ses proches veulent développer ou préserver dans son mode de vie... » Le plan d'intervention est individualisé et contribue à l'adaptation continue et réciproque du résident et de son milieu. Son élaboration et sa révision effectuées en interdisciplinarité permettent de détecter l'apparition de nouveaux problèmes et de revoir périodiquement la concordance entre le résident et son milieu. Il en découle

une meilleure coordination et une meilleure continuité des interventions entre les différents services de l'établissement et les divers types d'interventions. L'atteinte des objectifs associés au plan d'intervention sera facilitée par :

- une équipe multidisciplinaire travaillant en interdisciplinarité ;
- L'ouverture à un assouplissement des pratiques de travail ».

### **Critères d'appréciation**

- ✚ Les résidents ont un plan d'intervention individualisé ;
- ✚ Les résidents et leurs proches ou leur représentant légal participent à son élaboration et aux décisions ;
- ✚ Les plans d'intervention sont révisés régulièrement, et ce, en concertation avec l'usager et ses proches.

### **Résultats**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
55,4 %	77,2 %	67,9 %

### **Constats**

En général, pour la majorité des centres visités, le plan d'intervention individualisé semble davantage correspondre à un plan de soins et de services médicaux dans lequel ne sont pas toujours intégrées les dimensions psychosociales du résident en lien avec ses habitudes de vie ; celles-ci doivent être respectées.

***Il existe donc une confusion ou une incompréhension à propos des notions suivantes :***

- ✚ Plan de soins ;
- ✚ Plan d'intervention sans objectifs spécifiques communs ;
- ✚ Plan d'intervention individualisé seulement pour des cas spéciaux ;
- ✚ Plan de travail ;
- ✚ Plan d'intervention individualisé à partir de la collecte de données à l'admission ;
- ✚ Plan d'assistance.

***Il existe aussi une confusion ou une incompréhension à propos des modalités suivantes :***

- ✚ Réunions de cas ;
- ✚ Réunions de révision de profils ;
- ✚ Réunions de soins ;
- ✚ Réunions multidisciplinaires ;
- ✚ Réunions interdisciplinaires.

La participation des membres de la famille et des proches ne semble ni formalisée ni comprise par tous de la même façon. En majorité, les résidents ou leurs proches disent ne pas avoir participé à l'élaboration et à la révision de leur plan d'intervention individualisé. La constitution de l'équipe, la révision périodique du plan d'intervention individualisé et sa pertinence varient d'un établissement à l'autre.

### **Motifs invoqués**

- ✚ La pénurie de ressources spécialisées ou sa très faible présence en temps ;
- ✚ Le nombre élevé de décès ou de transferts au cours de l'année ;
- ✚ Les familles sont invitées à la réalisation du plan d'intervention individualisé et à leur réévaluation, mais ne s'y engagent pas toujours, principalement quand la famille est satisfaite ;
- ✚ Le manque de temps.

### **Analyse**

Les avis contradictoires et la diversité des commentaires qu'ont faits les représentants des divers groupes en ce qui concerne le plan d'intervention individualisé reflètent une connaissance mitigée de cet outil et des modalités cliniques et administratives qui s'y rattachent.

Il semble exister une confusion sur la définition même du PII ainsi que sur les modalités relatives au processus de révision.

L'élaboration et la révision d'un PII, en collaboration avec le résident, la famille ou ses proches constituent l'un des éléments essentiels à la création d'un mode de vie de qualité qui place les résidents au centre de l'ensemble des préoccupations.

Il ressort :

- ✚ Que la notion du PII doit être mieux comprise ;
- ✚ Que son processus d'élaboration doit être formalisé ;
- ✚ Que des modalités cliniques et administratives assurant l'évaluation, la réévaluation et le suivi du PII devront être uniformisées ;
- ✚ Que des équipes regroupant diverses catégories de professionnels doivent être mises en place pour y arriver.

## **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Préparer un document de référence qui permettra d'assurer la définition, de même que les modalités cliniques et administratives du PII devant être réalisé avec le résident, sa famille ou ses proches et en équipe interdisciplinaire.
- ✚ Assurer la diffusion et la formation du document de référence.
- ✚ Renforcer l'interdisciplinarité par l'ajout de ressources professionnelles.

### **6.3.2 La politique relative à l'utilisation de la contention physique et chimique**

#### **Orientations ministérielles relatives aux mesures de contrôle**

Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, telles que contention, isolement et substances chimiques, lesquelles ont été publiées en 2002, ont permis de préciser une philosophie d'intervention, les règles de l'éthique et les principes directeurs devant guider les pratiques à cet égard.

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ L'utilisation des mesures de contrôle est exceptionnelle et de dernier recours ;
- ✚ Les motifs justifiant l'utilisation de la contention physique et chimique sont connus ;
- ✚ Les efforts nécessaires sont faits pour obtenir le consentement d'un proche ou de son représentant légal lorsque cela est possible.

#### **Résultats**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
74,8 %	87,2 %	86,1 %

#### **Constats**

Pour la majorité des centres visités, les mesures d'utilisation des contentions ont fait l'objet d'un travail important auprès des responsables et des intervenants et le protocole est appliqué avec rigueur :

- ✚ L'utilisateur et ses proches sont avisés avant les faits et les raisons qui justifient le recours à une mesure de contention leur sont clairement expliquées.

- ✚ Le personnel a reçu une formation sur l'application des contentions et sur leur usage exceptionnel.
- ✚ Certains centres ont mis au point des indicateurs à propos du taux d'utilisation des contentions et en ont fait un suivi.
- ✚ Une autorisation écrite est demandée aux proches ou aux représentants légaux.
- ✚ Plusieurs centres appliquent des choix de remplacement efficaces en ce qui a trait à l'utilisation des contentions physiques et chimiques :
  - Il s'agit de l'utilisation de l'approche prothétique élargie, de la constitution d'îlots, des portes électromagnétiques, des bracelets, etc.
- ✚ Plusieurs centres révisent actuellement ou sont sur le point de terminer le protocole sur les mesures de contrôle des contentions.
- ✚ Pour d'autres, malgré l'existence d'un protocole, l'utilisation des contentions n'est pas exceptionnelle et n'est pas une mesure de dernier recours parce que :
  - Les motifs qui justifient le recours à la contention physique et surtout à la contention chimique ne sont pas toujours connus (par exemple, agitation contre sécurité).
  - Les efforts ne sont pas toujours faits pour obtenir le consentement du résident, de sa famille ou des proches ou de son représentant légal.
  - Il semble exister une confusion sur l'interprétation de ce que sont les mesures de contrôle exceptionnelles et de dernier recours. Ainsi, un nombre minimum de contentions répertoriées par l'établissement peut refléter « l'oubli » de considérer par exemple les demi-portes, les ridelles de lit, les tablettes de fauteuil gériatrique comme des contentions.
  - Le « décontentionnement » suscite beaucoup d'inquiétude chez les intervenants qui exercent leurs activités sur le « terrain ». Ils ont peur des répercussions à tous les niveaux, ils craignent les chutes, les blessures, le manque de protection de l'utilisateur – surtout durant les périodes pendant lesquelles la clientèle est sans surveillance.
- ✚ Les valeurs ne sont pas toujours partagées face à l'utilisation des contentions. Le personnel craint les chutes, les professionnels de réadaptation visent le maintien de la mobilité. Ainsi, les acquis ne sont pas maintenus dans les unités. « La contention devient une habitude pour assurer la sécurité de l'utilisateur ».
- ✚ Les barrières architecturales telles que l'encombrement des chambres souvent trop petites, l'étroitesse des corridors ou la dénivellation des planchers des corridors par exemple, augmentent les risques d'accidents et entraînent l'utilisation des contentions.

- ✚ Dans certains centres, la cohabitation de différents types de clientèle suscite l'ajout de demi-portes pour isoler les résidents qui présentent des déficits cognitifs et de l'errance invasive.
- ✚ Dans quelques établissements, certaines plages horaires laissent les résidents sans surveillance.

## **Analyse**

Des efforts importants ont été faits dans le but de réduire au minimum les contentions physiques et chimiques en raison des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle des contentions.

Plusieurs établissements sont encore à élaborer ou poursuivent leur démarche de révision ou de mise en place du protocole sur les mesures de contrôle des contentions.

## **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Assurer le suivi et le maintien dans le temps du protocole sur les mesures de contrôle des contentions, de l'isolement et des substances chimiques.

### *6.3.3 Le code d'éthique*

## **Orientations ministérielles à propos du concept milieu de vie**

« Le code d'éthique constitue l'assise sur laquelle doit se fonder toutes les décisions cliniques, organisationnelles et de gestion respectant les principes directeurs inscrits dans les orientations ministérielles ».

## **Critères d'appréciation**

- ✚ Le code d'éthique est connu ;
- ✚ Le code d'éthique gouverne l'approche et la philosophie d'intervention et il est appliqué dans le centre d'hébergement ;
- ✚ Le code d'éthique est expliqué aux résidents, aux familles et à leurs proches ou à son représentant légal ;
- ✚ Des mesures sont prises pour en assurer le respect ;
- ✚ Des mesures sont prises pour en assurer le non-respect

## Résultats

Groupe I	Groupe II	Groupe III
38,4 %	64,2 %	56,7 %

## Constats

Pour une majorité d'établissements :

- ✚ Des avis contradictoires entre les différents groupes sont observés en ce qui a trait à la connaissance, à la compréhension, à la diffusion et au respect du code d'éthique.
- ✚ La difficulté d'harmoniser et d'adapter leurs actions et les moyens dont ils disposent avec les caractéristiques et les besoins évolutifs de la clientèle et de les adapter à celles-ci persistent.
- ✚ Une vigilance peut être sollicitée de la part de certains centres, mais les mesures de sanctions ne sont pas systématisées en cas de non-respect.
- ✚ Certains centres possèdent, diffusent et utilisent un code d'éthique mais celui-ci n'est pas connu des résidents et de leurs proches. Ces derniers l'ont reçu à l'admission mais ils n'ont pas été sensibilisés à son contenu.

Pour une minorité d'établissement :

- ✚ Le code d'éthique fait partie du guide d'accueil du nouvel employé et des modalités d'évaluation durant la période de probation et en cours d'emploi.
- ✚ Pour assurer son respect, certains établissements offrent de la formation aux nouveaux employés et de la formation continue aux plus anciens.
- ✚ Des séances régulières d'information aux résidents, à leurs proches et aux bénévoles assurent une bonne diffusion et une bonne compréhension. Des mesures sont prises pour en assurer la connaissance et le respect : sondage auprès des résidents et des proches, retour en réunions cliniques, semaines de promotion annoncées.
- ✚ Il est pris en considération en matière d'appréciation de la contribution personnelle et professionnelle des employés.
- ✚ Il s'intègre et s'applique grâce par une gestion participative.

- ✚ Le code d'éthique gouverne l'approche, la philosophie d'intervention et la souplesse de l'organisation du travail appliquée dans l'établissement ; il est expliqué aux résidents, à leurs familles et aux proches. Les mesures sont prises pour en assurer le respect. Il est visible, lisible et affiché aux endroits stratégiques de chaque étage.

### **Motifs invoqués**

Les dirigeants et les intervenants sont confrontés à un certain nombre de contraintes et réalités qui les empêchent d'appliquer certaines valeurs inhérentes au code d'éthique. Ce sont :

- ✚ Les unités de soins de longue durée (USLD) en centre hospitalier de courte durée (le personnel est teinté de l'influence des soins aigus, le même personnel dessert les deux milieux).
- ✚ Les barrières architecturales (chambres multiples, peu d'espace privé ou semi-privé).
- ✚ Le manque de ressources professionnelles et de gestion pour entreprendre, mettre en place et assurer la gestion du changement occasionné par l'application du code d'éthique.

### **Analyse**

- ✚ Le code d'éthique qui gouverne le concept milieu de vie et la philosophie d'intervention demeure un concept imprécis pour plusieurs des groupes rencontrés.
- ✚ L'intégration véritable d'un code d'éthique exige que la direction générale et ses gestionnaires soient porteurs des valeurs sous-jacentes et qu'ils s'assurent, par une gestion participative, de son application au quotidien.
- ✚ Pour plusieurs CHSLD, le code d'éthique, lorsqu'il est affiché ou distribué, n'exerce pas beaucoup d'influence sur la démarche organisationnelle et de gestion. Il n'est pas utilisé pour promouvoir une vision commune à tous les employés et partagée par l'ensemble de ceux-ci. Ces derniers ne se sentent pas partie prenante du processus, ce qui crée de la démotivation et une démotivation. Ainsi, les intervenants restent axés sur la tâche et sur la routine institutionnelle : le résident doit se conformer et s'adapter à des horaires rigides.

- ✚ Il y a lieu de se soucier du degré de compréhension et d'appropriation du code d'éthique par tous les employés, de ses répercussions dans l'organisation du travail et de son application au quotidien auprès de la clientèle hébergée.
- ✚ L'application réelle du code d'éthique doit orienter toutes les décisions cliniques, organisationnelles et de gestion et se mesurer par des critères observables dans le vécu du résident au quotidien.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Désigner une équipe de gestion du projet milieu de vie, en lien avec la direction générale, le conseil d'administration (CA) et les gestionnaires qui, entre autres, devront :
  - poursuivre la révision ou la mise à jour du code d'éthique ;
  - s'assurer, auprès de tous les employés et bénévoles de l'accessibilité, de la compréhension, de l'appropriation et de l'application au quotidien du code d'éthique par des critères observables et mesurables appliqués auprès du résident ;
  - s'assurer de la diffusion et de l'accessibilité du code d'éthique auprès du résident et des familles et faire en sorte que ce code soit compris par ceux-ci ;
  - offrir à certains gestionnaires et directions une formation de soutien sur le code d'éthique, sur ses répercussions cliniques et organisationnelles et sur l'importance de la gestion participative et du leadership qui sont indispensables pour assurer l'application au quotidien du code auprès de la clientèle hébergée.
- ✚ La direction générale doit prévoir un plan d'action pour adapter les pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'application du code d'éthique dans un concept de milieu de vie.

#### **6.3.4 Le comité des résidents**

##### **Critères d'appréciation**

- ✚ Les rencontres du comité sont régulières.
- ✚ L'influence du comité sur la qualité de vie des résidents est significative.
- ✚ Le comité assure des liens de communication adéquats et suffisants avec les résidents et leurs proches.
- ✚ Les rencontres sont faites en cours d'année avec : le conseil d'administration, la direction générale, le conseil multidisciplinaire, le conseil des infirmiers et infirmières, le commissaire local et autres.
- ✚ La direction soutient le comité des résidents : local, logistique, personnes ressources et autres.

- ✚ La direction ou le conseil d'administration prennent des mesures tangibles à la suite des recommandations du comité des résidents.
- ✚ Le comité des résidents remplit adéquatement le mandat qui lui est dévolu : renseigner les résidents sur leurs droits, promouvoir la qualité des conditions de vie et évaluer le degré de satisfaction, défendre les droits et l'intérêt des résidents et accompagner ou assister les démarches de plainte ou d'insatisfaction.
- ✚ La composition du comité est représentative des résidents.
- ✚ Le comité estime avoir l'indépendance nécessaire à la réalisation de son mandat.

### Résultats

Groupe I	Groupe II	Groupe III
50,5 %	38,7 %	41,2 %

### Constats

Pour une très grande majorité d'établissements :

- ✚ Les rencontres des comités sont régulières mais leur fréquence varie (d'une fois par mois à une fois aux six mois).
- ✚ La direction soutient le comité des résidents avec un local et des personnes-ressources.
- ✚ Une méconnaissance du mandat, de la mission et du mode de fonctionnement du comité des résidents existe.
- ✚ Le comité a peu d'influence sur la qualité de vie de la clientèle.
- ✚ Ses liens fonctionnels avec la direction, les comités, le conseil d'administration (CA), les résidents et leurs proches sont ou peu connus ou mal compris.
- ✚ Les fusions d'établissements amènent une gestion plus complexe du comité des résidents.

Dans une minorité d'établissements :

- ✚ Le comité des résidents est très dynamique. Il a une influence significative sur la qualité de vie des résidents.
- ✚ Les membres se réunissent à une fréquence d'une fois par mois.

- ✚ Le président siège au conseil d'administration de l'établissement et, au besoin, il rencontre le directeur général et les chefs d'unité.
- ✚ Le comité remplit adéquatement son mandat, renseigne les résidents sur leurs droits, à l'aide de dépliants, de revues, d'un petit journal ou organise des conférences.
- ✚ L'engagement du conseil d'administration et celui du directeur général semblent être des facteurs très importants de réussite quant aux rôles et responsabilités attendus du comité des résidents.

### **Analyse**

La surestimation de l'influence du comité des résidents, les avis contradictoires et la diversité des commentaires qu'émettent les représentants des divers groupes en ce qui a trait au comité des résidents reflètent une connaissance mitigée du mandat de ce comité. De plus, les modalités administratives assurant l'exercice des rôles et fonctions du comité en lien avec la qualité de vie des résidents ne sont pas très efficaces.

Le haut taux de renouvellement de la clientèle, les fusions d'établissements anciennes et futures, la clientèle très âgée présentant de multiples diagnostics comprenant pour plusieurs des déficits cognitifs ou des problèmes de santé mentale influent grandement sur les modalités opérationnelles et sur l'efficacité de ce comité.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Assurer la réalisation du mandat, des rôles et des responsabilités du comité des résidents.
- ✚ Maintenir une certaine continuité et un certain suivi des demandes que fait le comité des résidents.
- ✚ Écrire et diffuser un document référence pour les CHSLD sur les rôles, les responsabilités et le mandat du comité des résidents.
- ✚ Nommer un gestionnaire ou un professionnel dont l'établissement se tiendrait responsable pour aider le comité des résidents à assumer son mandat.
- ✚ Prévoir de nouvelles modalités pour assurer la représentativité des résidents au comité des résidents.

### 6.3.5 Le personnel d'encadrement clinique

#### **Orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » :**

« Le rôle du gestionnaire :

- Être porteur de la vision « milieu de vie » de son établissement et être garant de son suivi.
- Favoriser une organisation du travail facilitant l'atteinte des résultats liés au plan d'intervention.
- Assumer un rôle de mobilisateur et favoriser des conditions de travail optimales pour les intervenants.
- Collaborer avec les équipes de façon à coordonner et à harmoniser les divers points de vue et solutions et à intégrer les décisions dans le fonctionnement global de l'établissement.
- Assurer une cohérence entre les pratiques, les modes d'organisation et l'aménagement des lieux physiques, et en fonction des besoins et des attentes des clientèles, ce qui commande une volonté de connaître la clientèle.
- Développer des règles de fonctionnement souples et conviviales.
- Développer des mécanismes d'évaluation de la satisfaction de la clientèle afin de s'assurer d'une amélioration continue de la qualité.
- De gérer les contradictions, inévitables dans un processus de changement, liées à la mise en œuvre de l'approche adoptée dans un contexte institutionnel ».

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ Le personnel d'encadrement est suffisant (le jour, le soir, la nuit et la fin de semaine).

#### **Résultats**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
57,0 %	65,8 %	64,6 %

#### **Constats**

Pour une très grande majorité d'établissements :

- ✚ le personnel d'encadrement est suffisant de jour ;
- ✚ le personnel d'encadrement clinique est insuffisant surtout le soir, la nuit et la fin de semaine (sauf pour deux centres) ;

- ✚ le personnel d'encadrement assure difficilement ses rôles de soutien et d'encadrement.

### **Motifs invoqués**

- ✚ Le personnel d'encadrement est responsable d'un nombre de plus en plus grand de résidents et par le fait même de plusieurs employés et familles.
- ✚ Il peut travailler sur plusieurs sites assez distants les uns des autres.
- ✚ Il assume de plus en plus de tâches connexes. Par exemple, les gestionnaires sont sollicités à propos de plusieurs dossiers, participent à plusieurs réunions, ce qui réduit considérablement leur temps de présence en ce qui a trait à l'encadrement clinique et administratif des employés et des programmes.
- ✚ Le manque de ressources professionnelles rajoute d'autres tâches au personnel d'encadrement. Par exemple :
  - l'absence de travailleur social ajoute la gestion du dossier d'accueil-transfert des résidents ;
  - l'absence d'ergothérapeute ajoute la gestion du dossier autonomie fonctionnelle ;
  - etc.
- ✚ La difficulté d'assurer son rôle d'agent de changement pour mettre en place le projet milieu de vie particulièrement le jour, le soir, la nuit et la fin de semaine.

### **Analyse**

- ✚ Les différents types de clientèle présentent des besoins de plus en plus complexes et nécessitent des interventions de plus en plus spécifiques et rigoureuses.
- ✚ Le nombre de résidents et de familles sous leur responsabilité a grandement augmenté.
- ✚ Le manque de personnel et de ressources professionnelles, l'absentéisme, les accidents de travail, bref, la gestion des ressources humaines est très exigeante.
- ✚ Le personnel d'encadrement est de moins en moins présent dans les unités de vie pour apprécier les compétences et les attitudes attendues des employés et pour mesurer l'efficacité des programmes et protocoles cliniques.

- ✚ Le personnel clinique manque de soutien et d'encadrement pour satisfaire efficacement les besoins complexes de certains types de clientèle. Il est souvent laissé à lui-même pour prendre des décisions importantes sur le plan clinique.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Améliorer l'encadrement clinique surtout le soir et la nuit.
- ✚ Augmenter le temps présence du personnel cadre dans chacune des installations.
- ✚ Assurer le soutien et l'encadrement nécessaires au personnel clinique pour le soir et la nuit.
- ✚ Assouplir les routines de travail pour favoriser le respect de l'autonomie et de l'autodétermination des résidents en fonction de leurs habitudes de vie.

#### 6.3.6 Le personnel clinique

##### **Critères d'appréciation :**

Le personnel clinique est suffisant (le jour, le soir, la nuit et la fin de semaine).

##### **Résultats :**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
52,4 %	55,5 %	51,5 %

##### **Constats**

Pour une très grande majorité d'établissements :

- ✚ Le personnel clinique est insuffisant surtout le soir, la nuit et la fin de semaine.
- ✚ Les équipes de travail sont en équilibre fragile et l'organisation, axée sur une série de tâches à accomplir, prend le pas sur le milieu de vie qui doit respecter les habitudes de vie du résident.
- ✚ L'essoufflement des intervenants est, entre autres, expliqué par l'alourdissement de la clientèle, par la diminution de la durée de séjour des résidents et par le manque de personnel.

- ✚ Le manque de ressources amène celles-ci à devoir donner la priorité à certaines activités au détriment d'autres jugées aussi essentielles. Cette situation oblige à mettre en veilleuse les habitudes de vie du résident. Par exemple, les collations ne sont plus distribuées, le nombre de fois où les culottes d'incontinence doivent être changées est diminué faute de temps ou alors elles sont changées à heures fixes, certains résidents sont confinés dans le fauteuil gériatrique et ne sont plus levés.
- ✚ Le personnel clinique ne répond pas toujours efficacement et rapidement aux demandes spontanées des résidents.
- ✚ L'intervention est axée davantage sur le curatif plutôt que sur le préventif ou le maintien des acquis.
- ✚ Le personnel se sent incompetent, insatisfait, voudrait en faire plus ; comme il vit beaucoup de frustrations, finalement il se démotive.
- ✚ Le haut taux de roulement du personnel, le manque de ressources et l'utilisation de plus en plus du personnel venant d'agences ou l'obligation de s'assujettir au temps supplémentaire surtout le soir, la nuit, la fin de semaine et durant les vacances influent la qualité et la continuité des services.

## **Analyse**

Pour quelques centres, certaines solutions ont diminué les conséquences du manque de ressources. Ainsi :

- ✚ La réunion d'équipe, incluant les professionnels, qui se fait hebdomadairement permet des échanges sur les besoins des résidents, sur les changements de situation clinique, sur le réajustement rapide de l'organisation du travail et sur l'uniformisation de l'approche.
- ✚ La flexibilité dans la diffusion de l'information et dans la communication de renseignements à propos des résidents se fait à tous les niveaux.
- ✚ Le langage entre les intervenants fait preuve de cohésion. L'écoute et la rapidité de réaction au changement sont observées. La vigilance exercée quant à la continuité des services ainsi que la stabilité du personnel, les réunions et le cahier de communication contribuent à la mise en place d'un milieu de vie.
- ✚ L'efficacité des mécanismes, outils ou instances en place a des répercussions significatives sur les résultats auprès de la clientèle et par le fait même, sur l'ensemble des ressources.

## **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Effectuer un diagnostic sur la situation d'absentéisme qui a cours dans plusieurs CHSLD.
- ✚ Établir un plan d'action visant le recrutement du personnel clinique et l'amélioration de la qualité de vie au travail.
- ✚ Assurer la présence « infirmière » sur place 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- ✚ Réviser l'organisation du travail pour permettre une meilleure répartition des tâches et des responsabilités à l'égard des divers genres de clientèle. Il faut éviter l'absence de personnel dans les unités de vie.

### *6.3.7 La prévention des accidents et incidents*

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ Le processus de prévention des accidents et incidents est satisfaisant ;
- ✚ Le suivi donné à la prévention des accidents et incidents est satisfaisant ;
- ✚ Les mesures prises sont satisfaisantes.

#### **Résultats :**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
64,8 %	78,6 %	78,2 %

#### **Constats**

Pour une majorité d'établissements :

- ✚ L'utilisation du registre local d'accidents et d'incidents est améliorée et plus efficace.
- ✚ Le suivi des programmes est assuré par les responsables des soins infirmiers et par la direction générale.
- ✚ Des mesures assurent que l'information sur les obligations du personnel au regard de la prévention des accidents et des incidents est transmise à celui-ci.
- ✚ En majorité, les résidents et les familles disent ne pas connaître les mesures qui sont prises pour prévenir les incidents et les accidents.

Pour une minorité d'établissements :

- ✚ Ils sont en voie de se conformer en cours d'année à la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (2002, chapitre 71).
- ✚ La prévention est une nouvelle notion soulevée par la gestion des risques.

### **Analyse**

- ✚ Une amélioration marquée a été observée conformément au suivi du protocole de prévention des accidents et des incidents.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Poursuivre l'implantation de ce protocole.
- ✚ Assurer le suivi rigoureux par la direction des soins et la direction générale.
- ✚ Assurer le suivi rigoureux de tous les établissements par les agences.

#### 6.3.8 Les plaintes

### **Critères d'appréciation**

- ✚ Le processus d'examen des plaintes est satisfaisant.
- ✚ Le suivi donné aux plaintes est satisfaisant.
- ✚ Les mesures prises sont satisfaisantes.

### **Résultats :**

<b>Groupe I</b>	<b>Groupe II</b>	<b>Groupe III</b>
54,1 %	77,4 %	71,9 %

## **Constats**

Pour une très grande majorité d'établissements :

- ✚ Presque tous les représentants des divers groupes ignorent les coordonnées du commissaire local à la qualité ainsi que son mandat.
- ✚ Le processus de traitement des plaintes est peu connu, peu structuré et peu efficace.
- ✚ Les « insatisfactions » sont confondues avec les « plaintes » et sont plutôt traitées par les infirmières.
- ✚ Le nom du commissaire local à la qualité ainsi que les mécanismes et mesures associés à la démarche manquent de visibilité à l'intérieur des établissements.
- ✚ Même si le nombre de plaintes n'est pas élevé, cette réalité ne reflète pas le degré d'insatisfaction « chronique » observé et entendu à l'égard par exemple du partage des chambres, des activités de loisirs, des menus, de certains services spécialisés.
- ✚ Certains groupes de résidents et leurs proches disent que se plaindre ne donnerait rien ou affirment qu'ils ont peur des représailles.
- ✚ Le pourcentage de temps que le commissaire local utilise pour exercer son rôle est souvent insuffisant.

Pour une minorité d'établissements :

- ✚ Le processus d'examen des plaintes est connu, structuré et fonctionnel.
- ✚ Les mesures ont permis d'améliorer les services à l'ensemble des résidents de l'établissement.
- ✚ Le rapport des plaintes confirme les points améliorés.

## **Analyse**

- ✚ L'écart des perceptions entre les résidents, les familles et les intervenants reflète une connaissance mitigée du mandat du commissaire local à la qualité. De plus, les modalités administratives qui assurent la réalisation de son rôle et de ses fonctions en lien avec la qualité de vie du résident sont peu connues et peu efficaces.

- ✚ Le haut taux de renouvellement de la clientèle, ainsi que l'âge très avancé de la clientèle présentant de multiples diagnostics, y compris pour plusieurs résidents des déficits cognitifs ou des problèmes de santé mentale, influent grandement sur l'utilisation du processus des plaintes par les résidents.
- ✚ Les familles s'impliquent peu ou ont peur des représailles.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ S'assurer que la nomination du commissaire local à la qualité de l'établissement permettra à celui-ci de faire preuve d'impartialité et voir à ce que les différents mécanismes de ce processus en garantisse l'efficacité.
- ✚ Faire connaître le rôle et le mandat du commissaire local par des séances d'information locales et régionales.
- ✚ Allouer assez de temps à la réalisation du mandat du commissaire local à la qualité.
- ✚ Assurer la mise en place des mécanismes pour garantir sa « visibilité » : affiches (nom – processus), journal local, séances d'information aux résidents, aux familles et employés, information à ce sujet dans chacune des chambres.
- ✚ Prévoir un lien direct avec la direction générale, aux réunions du conseil d'administration (CA).
- ✚ Promouvoir le rôle de l'intervenant responsable d'accompagner l'utilisateur et sa famille tout au long du séjour de cet usager.

#### *6.3.9 Le rendement de l'employé*

### **Critères d'appréciation**

- ✚ Le responsable intervient rapidement dès qu'un employé manifeste un comportement insatisfaisant.
- ✚ Le responsable intervient rapidement dès qu'un employé ne respecte pas le plan d'intervention d'un usager.
- ✚ Le responsable s'assure que le comportement ou le rendement insatisfaisant seront corrigés dans les délais les plus brefs.
- ✚ Appliquer des mesures disciplinaires, dont le degré de sévérité est gradué, si le problème persiste.

## Résultats

Groupe I	Groupe II	Groupe III
51,6 %	85,9 %	80,6 %

Il existe un écart important entre la perception du groupe des résidents et les représentants des deux autres groupes.

## Constats

Des visites effectuées, il ressort que certaines pratiques sont en place pour améliorer le rendement de l'employé :

- ✚ Plusieurs établissements exercent une vigilance adéquate pour assurer que les comportements des intervenants sont satisfaisants ;
- ✚ À certains endroits l'obligation de respecter la consigne « tolérance 0 » transmise par la direction générale en ce qui concerne les attitudes du personnel à l'égard de la clientèle est connue de certains groupes de résidents et familles.
- ✚ Les mesures disciplinaires prises pour s'assurer que le personnel se conforme au plan d'intervention ou aux règles établies par la direction sont appliquées rigoureusement.
- ✚ La procédure est claire, graduée et connue de tous.
- ✚ Même si l'on estime que le suivi et l'aboutissement de la procédure peuvent être longs, les employés, les résidents et les familles rencontrés disent avoir l'assurance que le problème est traité adéquatement.
- ✚ Les intervenants récalcitrants ou fautifs sont rapidement pris en charge.
- ✚ Dans un établissement, le personnel a instauré ce qu'il appelle une « escouade angélique ». Par l'intermédiaire d'une ligne téléphonique, un membre du personnel appelle pour souligner la détresse de l'un des leurs et signaler une bonne action.

À la suite de quoi, le membre du personnel en cause reçoit une carte personnalisée de la part de son « ange gardien », des fleurs, un encouragement, de l'information sur les ressources d'aide en cas de besoin. La philosophie préconisée « milieu de vie pour les résidents et les employés » encourage de telles initiatives.

Par ailleurs, il est également noté que :

- ✚ Les avis divergent sur les mesures prises pour corriger un comportement ou un rendement jugé comme étant insatisfaisant.
- ✚ Des mesures disciplinaires sont imposées, mais la gradation du processus par rapport aux problèmes qui pourraient persister n'est pas bien définie.
- ✚ Certains chefs d'unités seraient plus tolérants que d'autres. Il y a une perception d'iniquité dans le traitement de certaines situations.
- ✚ Souvent, le comité des résidents ne peut se prononcer sur ce point : d'autres prétendent que le responsable intervient peu rapidement dès qu'un employé manifeste un comportement insatisfaisant.
- ✚ Dans certaines installations, selon l'avis des résidents, les employés se protègent entre eux et, au besoin, il y aurait même de l'intimidation entre employés.
- ✚ Si l'intervention du responsable est précoce, les mesures disciplinaires sont rarement appliquées.

### **Analyse**

- ✚ L'écart des perceptions entre les représentants des résidents et les autres groupes d'employés suggère que les modalités administratives en ce qui a trait à la définition même d'un comportement insatisfaisant ne sont pas clairement définies. Le tutoiement, l'infantilisation, le ton familier, le langage non verbal (mélanger la nourriture en purée), la communication non engagée des intervenants (on ne parle pas au résident) jusqu'aux gestes brusques, aux paroles disgracieuses allant jusqu'à l'intimidation sont encore trop présents. La procédure de gestion du rendement de l'employé et l'utilisation des mesures disciplinaires graduées en fonction du degré de gravité ne sont pas définies, implantées et gérées uniformément.
- ✚ Il y a presque unanimité entre les représentants des divers groupes sur le manque de soutien et d'encadrement, surtout le soir, la nuit et les fins de semaine. Même s'ils sont plus présents de jour, les gestionnaires sont impliqués dans plusieurs dossiers les éloignant de plus en plus de leurs tâches de soutien et d'encadrement (de supervision clinique et administrative sur le terrain).
- ✚ Lorsque les syndicats sont mobilisés et engagés dans le projet « milieu de vie », ils contribuent à améliorer la qualité de vie des résidents.

- ✚ Il y a un manque de travail concerté entre la direction des ressources humaines et les syndicats et la direction générale en lien avec la gestion de la mise en place du projet « milieu de vie ».
- ✚ La définition des tâches en lien avec les titres d'emploi n'est pas toujours précise. L'imputabilité n'est pas toujours définie et elle apporte de la confusion sur le plan des responsabilités respectives.
- ✚ le pourcentage de temps accordé à la tâche de gestion peut être insuffisant.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Mettre en place un plan structuré de développement des ressources humaines cliniques et de gestion en collaboration étroite avec la direction des ressources humaines (DRH), les exécutifs syndicaux et la direction visant l'application au quotidien des compétences et attitudes attendues des intervenants en lien avec des critères observables qui traduisent l'application du concept milieu de vie.
- ✚ Mettre au point une procédure de gestion du rendement au quotidien, pour reconnaître et valoriser le rôle des employés de même que les compétences et les attitudes auxquelles l'on s'attend de leur part.
 

« Le personnel clinique a besoin d'encadrement afin d'être mieux supporté dans sa recherche d'amélioration de la qualité des services ».

« Impliquer et valoriser le personnel par une politique sur l'appréciation du personnel ».
- ✚ Appliquer des mesures disciplinaires dont le degré de gravité est gradué pour les manquements.

#### *6.3.10 Le milieu de vie*

### **Orientations ministérielles à propos du concept de milieu de vie**

« La mise en place de milieux d'hébergement offrant des soins et services de qualité dans un contexte épanouissant pour les résidents et leurs proches ».

### **Critères d'appréciation**

- ✚ Considérez-vous que les résidents se sentent comme chez eux dans votre établissement ?

## Résultats :

Groupe I	Groupe II	Groupe III
69,1 %	65,6 %	69,2 %

## Constats

- ✚ Pour les dirigeants, les professionnels et le personnel, ce sentiment ne peut être augmenté qu'en ayant un plus grand nombre de chambres simples, une clientèle regroupée et un plan fonctionnel et technique (PFT) pour refaire à neuf.
- ✚ Les résidents souhaitent un plus grand nombre d'occasions pour socialiser, avoir plus de temps pour parler au personnel et de meilleures pratiques visant la prévention.
- ✚ Avouant se sentir chez eux, les résidents admettent par ailleurs qu'ils s'ennuient. Ils souhaiteraient de meilleures conditions de vie, des lieux physiques plus accueillants et pouvant permettre d'y vivre avec son conjoint ainsi qu'une atmosphère plus « vivante ».
- ✚ Ils expriment leur reconnaissance envers les membres du personnel qui leur prodiguent des soins de qualité.
- ✚ Les représentants des divers groupes ont déploré le fait que les résidents des unités de soins de longue durée (USLD) demeurent dépendants de l'organisation du travail et de certaines règles de fonctionnement appliquées en centre hospitalier (CH).
- ✚ La clientèle affirme se sentir bien et en sécurité et qu'on leur « prodigue de bons soins ».
- ✚ Certains intervenants affirment :
  - « Le résident vit où le personnel travaille alors que le personnel devrait travailler où vit le résident ».
  - « Les soins prolongés ne sont pas une priorité ».
  - « La compréhension des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité repose davantage sur le gros bon sens des intervenants que sur la connaissance des orientations ministérielles ».

## **Analyse**

- ✚ Les différentes mesures mises en œuvre dans le but d'assurer un milieu de vie de qualité ne sont pas encore intégrées au sein de plusieurs installations. Le concept « milieu de vie » en lui-même est encore flou et la notion de milieu de soins est encore très présente. D'importantes réflexions restent à faire sur cette question au sein de bon nombre d'installations.
- ✚ Le leadership et la gestion participative instaurés par l'équipe de direction favorisent grandement la définition, le développement et la mise en œuvre d'un milieu de vie de qualité.
- ✚ Certains centres se retrouvent actuellement avec une mixité de clientèle, des résidents avec des problèmes chroniques et sévères et d'autres présentant des comportements agressifs, violents et perturbateurs. Les milieux sont contraints d'isoler ces résidents par :
  - des demi-portes vitrées et barrées de l'extérieur ;
  - des chaînes pour bloquer l'entrée des chambres aux résidents perturbateurs ;
  - etc.
- ✚ D'autres centres ont pris le virage. Ils sont conscients que cette décision implique une gestion du changement qui s'échelonnera sur quelques années. Même si la volonté d'agir est largement partagée, les moyens mis à la disposition des gestionnaires sont souvent très modestes et même les ressources sont absentes.

## **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Préparer un document qui assurera la définition d'un milieu de vie de qualité et saura le traduire en critères observables et mesurables.
- ✚ Assurer la diffusion et la formation des gestionnaires sur les caractéristiques cliniques, organisationnelles et de gestion d'un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées.
- ✚ Former un comité « qualité de vie » pour chaque établissement.
- ✚ Faire connaître les mécanismes qui assurent le respect et la protection des droits des résidents :
  - le code d'éthique ;
  - le processus d'examen des plaintes ;
  - le comité des résidents ;

- le commissaire local à la qualité des services et de la protection des résidents.
- ✚ Donner une formation sur les programmes et les protocoles qui garantissent une prestation de services de qualité :
  - utilisation des contentions ;
  - gestion des risques ;
  - prévention des chutes ;
  - prévention des infections ;
  - prévention des incidents et des accidents ;
  - etc.
- ✚ Mettre en place des processus qui permettront de mesurer la satisfaction des résidents au regard des :
  - services d'animation et de loisirs ;
  - services cliniques ;
  - services alimentaires ;
  - services de réadaptation ;
  - etc.

## **7. APPRÉCIATION DE L'ENVIRONNEMENT HUMAIN ET PHYSIQUE PAR LES ÉQUIPES DE VISITE**

Dans ce chapitre sera traitée l'appréciation du milieu de vie telle que perçue par les équipes de visite. Il est important de rappeler que cette appréciation a été réalisée à partir de la partie III de la grille.

Les équipes de visite ont complété cette partie à partir :

- ✚ des observations :
  - des lieux physiques ;
  - des comportements et attitudes du personnel ;
  - de l'information disponible ou affichage ;
  - de l'activité repas.
- ✚ des rencontres et des échanges informels avec les familles, les résidents ou les bénévoles sur place sans intermédiaire.

Pour chacun des thèmes appréciés sont présentés :

- ✚ les critères d'appréciation ;
- ✚ les constats ;
- ✚ les motifs invoqués ;
- ✚ l'analyse ;
- ✚ la synthèse des recommandations formulées par les équipes de visite.

Tout comme pour l'appréciation du milieu de vie réalisée à partir de la perception des trois groupes rencontrés, les établissements ont été regroupés en quatre catégories.

- Catégorie 1 : Objectifs rencontrés ou en voie de l'être (de 80 % à 100 %)
- Catégorie 2 : Objectifs en majorité rencontrés (de 70 % à 80 %)
- Catégorie 3 : Objectifs en partie rencontrés (de 60 % à 70 %)
- Catégorie 4 : Objectifs peu rencontrés (moins de 60 %)

**TABLEAU 2 : Classement des établissements selon les équipes de visite d'appréciation**

Appréciation de l'équipe de visite	Catégorie 1 80 % à 100 %	Catégorie 2 70 % à 80 %	Catégorie 3 60 % à 70 %	Catégorie 4 Moins de 60 %
• Environnement humain et physique (cote globale)	9	12	13	13
• Environnement humain	12	18	11	6
• Environnement physique	8	4	16	19

## 7.1 L'environnement humain

### Les orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » :

*L'un des principes directeurs inscrits dans les orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » précise que :*

*« La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité qui lui prodigue des services de qualité. C'est lorsqu'elle ne peut plus vivre dans son milieu naturel que la personne adulte en perte d'autonomie a recours à un hébergement qui devient, généralement, son dernier chez-soi. Elle doit donc y retrouver un milieu de vie stable et familier, significatif et supportant. Elle doit se sentir intégrée à la vie de la communauté, selon les ressources et les possibilités, et continuer d'évoluer, ce qui suppose que ce milieu soit le plus possible en lien avec sa vie antérieure ».*

### Critères d'appréciation

#### Assistance du personnel à l'utilisateur : 70,1 %

- Le personnel est attentif aux besoins d'accompagnement du résident.
- Le personnel assiste l'utilisateur qui requiert un soutien pour la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (AVQ).
- L'approche et les attitudes des intervenants.

#### **Le milieu est animé et dynamisant : 71,1 %**

- Les résidents circulent librement dans la résidence.
- Les résidents sont invités à socialiser.
- Les résidents ont des activités dans les locaux communs ou dans les unités.
- Les résidents profitent de la présence de bénévoles, de proches ou des familles.

#### **Le milieu est respectueux : 74,5 %**

- Le personnel s'adresse aux résidents par le nom de famille choisi par ceux-ci précédé de mademoiselle, madame, monsieur.
- Le personnel vouvoie les résidents.
- Le personnel répond avec diligence aux demandes ou aux attentes de l'usager.
- Le personnel fait preuve d'empathie envers l'usager.
- Les relations sont « professionnelles » avec le résident.

#### **Organisation du travail : 75,0 %**

- Présence du même intervenant à l'heure du repas de l'usager.
- Chaque intervenant a un nombre désigné de résidents pour tout le repas
- Les repas se prennent aux heures normales.
- Chaque intervenant connaît son rôle, ce qu'il doit faire et comment le faire.
- Tout le repas est servi après l'arrivée des résidents.
- Les résidents sont installés au cours d'une période qui n'excède pas plus de 15 à 20 minutes avant le repas.

### **Constats et analyse**

#### **Catégorie 1 : objectifs rencontrés ou en voie de l'être**

Douze installations visitées offrent un environnement humain qui se révèle conforme aux orientations ministérielles ou en voie de l'être.

Ainsi, les équipes visiteuses ont pu constater que dans ces installations :

- le personnel est dédié au bien-être des personnes ;
- le personnel est attentif aux besoins d'accompagnement ;
- le personnel répond aux demandes de la personne ;
- l'autonomie de la personne est protégée par une assistance et un accompagnement dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;
- le personnel est respectueux dans son langage (vouvoiement) et ses attitudes, discret et poli, professionnel ;
- le personnel connaît les résidents et leurs habitudes de vie;
- le personnel respecte le rythme et la capacité de la personne ;

- en majorité, les personnes prennent leur repas dans la salle à manger, où le climat est détendu, agréable, vivant ;
- le milieu est animé et dynamisant, les gens circulent et socialisent entre eux ;
- le climat est sain et homogène ;
- les relations de travail sont agréables ;
- l'ambiance est non institutionnelle ;
- l'ambiance de la résidence est chaleureuse, agréable ;
- l'environnement physique procure intimité et confort et la majorité des résidents bénéficient de chambres simples ;
- il y a présence de bénévoles, de familles et de proches.

### **Catégorie 2 : objectifs en majorité rencontrés**

Dix-huit installations se conforment en majorité aux objectifs mesurés.

Dans ces installations, les dirigeants ont une volonté de s'harmoniser avec les orientations ministérielles à propos du concept de milieu de vie et sont sensibilisés à l'importance que soit mis au point le concept d'une approche centrée sur le résident afin d'améliorer l'environnement humain. Par ailleurs, certaines difficultés organisationnelles, cliniques et physiques peuvent compromettre la consolidation ou l'amélioration des différents aspects relatifs à l'environnement humain.

Ainsi, les équipes visiteuses ont pu constater que dans ces installations :

- le concept de milieu de vie et les modalités d'application qui en découlent ne sont pas intégrés uniformément dans l'organisation ;
- le personnel est, dans l'ensemble, respectueux, poli et bien intentionné envers la clientèle. Le vouvoiement est de plus en plus de rigueur, mais, par ailleurs, des efforts constants doivent être faits pour maintenir le professionnalisme et non la familiarité ;
- le personnel est attentif aux besoins d'accompagnement, d'assistance et d'aide pour les soins requis et tente, dans la mesure du possible, de répondre avec diligence aux demandes et aux attentes des résidents ;
- l'activité repas nécessite certains ajustements ;
- les activités pour les personnes ayant des pertes physiques sont mieux adaptées que celles pour les personnes ayant des déficits cognitifs ;
- le personnel des agences privées n'a pas intégré les valeurs de l'établissement et peut les compromettre.

### **Catégorie 3 : objectifs en partie rencontrés**

Onze installations visitées offrent un environnement humain qui satisfait en partie aux objectifs mesurés.

Dans ces installations, une souffrance est manifeste, tant du côté du personnel que de celui des résidents. Une intervention rigoureuse est nécessaire pour éviter que la situation continue de se détériorer.

À cet égard :

- les milieux sont peu animés et peu vivants. En grande partie, les personnes ne sont pas incitées à socialiser, il n'y a pas d'activités favorisant le maintien de leurs capacités ;
- les communications entre les résidents et le personnel sont limitées, elles ne sont pas engagées ;
- les proches sont peu consultés dans l'organisation du milieu de vie ;
- le vouvoiement est difficilement appliqué et le milieu est partiellement respectueux. Des propos infantilisants sont utilisés ;
- l'organisation du travail prend le dessus sur la personnalisation des soins ;
- l'attention est portée sur la réponse à donner aux besoins physiologiques au détriment de celle pouvant être apportée aux besoins psychologiques et sociaux des résidents. Le travail est axé sur la tâche. Un fait vécu lors des visites illustre cette constatation : un infirmier donne des pilules à une résidente mais il ne se préoccupe pas de voir une autre résidente pleurer seule au milieu des visiteurs ;
- les résidents sont confinés dans leur chambre en avant-midi ;
- les horaires manquent de flexibilité ou de souplesse. Par exemple, « il est très difficile de changer l'heure du bain, si un usager passe l'heure prévue pour changer sa culotte d'incontinence, il doit attendre au tour suivant » ;
- une vitesse d'exécution pour faire manger est remarquée, il y a une tendance à mélanger la nourriture.

#### **Catégorie 4 : objectifs peu ou pas rencontrés**

Enfin, six installations offrent un environnement pour lesquels les objectifs sont peu ou pas rencontrés :

- une intervention rigoureuse est nécessaire pour rétablir la situation ;
- le personnel est peu attentif aux besoins des personnes ;
- il demeure centré sur les soins à prodiguer et les tâches à accomplir ;
- les résidents sont confinés dans leurs chambres, dans un fauteuil gériatrique, couchés trop tôt, trop longtemps, levés aux deux ou trois jours ;
- il y a absence d'intervenants pendant de longues périodes.(12 heures) ;
- le personnel manque de respect dans ses communications avec le résident ;
- le milieu n'est pas animé ;
- il y a peu de visiteurs ;
- le personnel est démotivé ;
- les barrières architecturales compromettent le maintien de l'autonomie de la personne, sa dignité, voire même sa sécurité.

## **Motifs invoqués**

Les rapports d'appréciation font état de plusieurs facteurs ciblés comme pouvant expliquer les difficultés d'un meilleur rendement quant à l'environnement humain.

- ✚ Le manque de personnel clinique et l'essoufflement de celui en place.
- ✚ Le manque de personnel d'encadrement clinique.
- ✚ Le manque de continuité entre les différents quarts de travail.
- ✚ Le recours à des employés temporaires qui viennent d'agences privées le soir et la fin de semaine :
  - ils peuvent adopter un comportement familial qui compromet les efforts de l'établissement ;
  - ils peuvent ne pas vouvoyer les personnes, même si la direction l'exige ;
  - le résident peut être inquiet parce que l'employé n'est pas connu.
- ✚ Le caractère institutionnel de l'organisation.
- ✚ La rigidité de l'organisation du travail.
- ✚ Le modèle institutionnel qui fait en sorte que le personnel est centré sur la tâche et non pas sur ses interactions avec le résident.
- ✚ Le manque de connaissances au sujet du concept de milieu de vie et l'incapacité de le traduire dans la vie quotidienne.
- ✚ Des difficultés majeures à offrir un milieu de vie aux résidents ont été constatées dans les unités de longue durée en centre hospitalier. Malgré un budget par lit souvent plus élevé, la notion de milieu de vie est peu comprise, peu intégrée et elle présente peu d'intérêt pour le milieu.
- ✚ La vétusté des lieux et la trop grande présence de chambres multiples.

## **Analyse**

Des écarts considérables ont été constatés entre certains établissements visités au regard de l'environnement humain. Certains, dans des conditions semblables, avec des contraintes plus ou moins similaires, ont réussi à intégrer la notion de milieu de vie au quotidien et sont parvenus à offrir un environnement humain qui permet aux résidents « d'être heureux » et d'avoir une meilleure qualité de vie.

Les conditions mentionnées ci-dessous semblent requises pour réussir à offrir un environnement humain de qualité :

- ✚ La vision de milieu de vie gouverne les orientations de la direction.
- ✚ Le conseil d'administration entérine le changement afin de créer un milieu de vie de type familial.
- ✚ La direction met en place une gestion participative.
- ✚ Un projet mobilisateur est créé, la vision du milieu de vie est transmise, le personnel est mobilisé. Une volonté d'amélioration et une ouverture à de nouvelles pratiques sont observées chez le personnel.
- ✚ Il y a connaissance et implication de tous les niveaux de l'organisation.
- ✚ L'organisation du travail est repensée en fonction des besoins des résidents.
- ✚ L'intervention est centrée sur la personne et non sur la tâche.
- ✚ Les horaires sont souples.
- ✚ Les chefs d'unité représentent des professions variées (psychoéducateurs, infirmiers auxiliaires, préposés, techniciens en travail social) ;
- ✚ Le fonctionnement en équipe multidisciplinaire.
- ✚ L'effet d'une décision sur la vie des résidents est un élément considéré en priorité, tant par les membres du syndicat que par la direction.
- ✚ L'architecture de l'établissement est repensée en fonction du concept « milieu de vie ».

Dans l'ensemble, les dirigeants ont le souci d'offrir un milieu de vie de qualité et, de façon générale, le personnel est dévoué, généreux et dédié à la clientèle des personnes hébergées. Par ailleurs, la programmation et l'organisation du travail à caractère institutionnel freinent la capacité à implanter un milieu de vie de qualité. Le personnel assure les besoins de base des résidents. Mais pour tous les autres besoins comme de socialiser, de se récréer, de participer à une communauté, etc., ceux-ci sont relayés au deuxième rang. La satisfaction de ces besoins ne semble pas du ressort des intervenants, mais de celui des bénévoles.

La création d'un véritable milieu de vie de qualité passe par la socialisation des tâches des intervenants, c'est-à-dire que dans leur définition de travail, ils ont à « vivre » avec le résident, converser avec lui, marcher avec lui, l'accompagner, maintenir ses capacités fonctionnelles et non pas seulement le « soigner ».

Dans un trop grand nombre d'établissements, l'aménagement physique des lieux et la vétusté de certains endroits empêchent d'offrir un environnement humain adéquat. À cet égard, l'architecture n'est pas nécessairement garante de

l'actualisation d'un milieu de vie de qualité, mais elle peut devenir sérieusement contraignante.

### **Recommandations des équipes de visite**

Plusieurs mesures ayant fait l'objet de recommandations des rapports d'appréciation visent à améliorer l'environnement humain et la mise en place du concept de milieu de vie. Plusieurs d'entre elles regroupent celles qui ont été proposées pour le respect des droits des résidents.

- ✚ Faire en sorte que le rôle du directeur général soit :
  - d'assumer un « leadership » mobilisateur avec une action orientée vers une gestion participative, dynamique et décentralisée des ressources humaines, moins axée sur une gestion stricte des conventions collectives ;
  - d'être porteur de la mission CHSLD et de s'en tenir imputable devant le conseil d'administration (CA).;
  - de soutenir, d'accompagner, de valoriser le personnel dans le travail ;
  - de faire preuve de présence accrue dans le milieu de vie ;
  - de rencontrer le comité des résidents ;
  - d'assurer une cohérence dans les décisions liées aux mesures administratives et disciplinaires ;
  - d'actualiser les cadres de référence ;
  - d'exercer un rôle de vigie sur la qualité et la prestation des services.
  
- ✚ Mettre au point un plan de formation sur le concept de milieu de vie. Cela permettrait de planifier des activités de formation pour tout le personnel afin de s'assurer que la philosophie et les principes directeurs des orientations ministérielles sont connus de tous et intégrés par tous, afin de travailler sur de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements du personnel.
  
- ✚ Former un comité de qualité de vie chargé de la planification, de la coordination et du suivi de l'ensemble du processus de mise en place d'un milieu de vie.
  
- ✚ Former les employés sur la spécificité de certaines clientèles :
  - offrir aux intervenants des sessions de formation ce qui leur permettrait de mieux faire face à l'alourdissement de la clientèle et à l'arrivée de personnes ayant des problèmes de santé mentale.
  
- ✚ Identifier une personne accompagnatrice au moment de l'admission :
  - l'intervenant accompagnateur est une personne de référence clairement identifiée dans la procédure d'accueil, et ce, autant pour le résident que pour sa famille ou ses proches ;
  - l'intervenant accompagnateur est la personne qui entendra le résident ou ses proches pour toute demande, toute manifestation de mécontentement, toute ajustement des services, etc. ;

- cette personne accompagnatrice permet de personnaliser l'intégration du nouveau résident dans le milieu de vie, de créer un lien privilégié et significatif facilitant l'expression de ses inquiétudes et de ses besoins d'information, s'il y a lieu. Cette personne permet également une meilleure orientation du résident dans son nouveau milieu de vie ;
  - l'intervenant accompagnateur doit pouvoir ajuster les services compte tenu de la connaissance qu'il a du résident ou de sa famille. Il devrait être en mesure de s'adresser aux personnes en autorité qui feront les ajustements requis le cas échéant ;
  - cette fonction peut être assumée par différentes personnes du milieu, dans la mesure où elles peuvent remplir adéquatement les fonctions citées précédemment ;
  - il ne s'agit pas de personnes qui doivent être présentes durant tous les quarts de travail ni qui peuvent être rejointes 24 heures sur 24 ou 7 jours sur 7, mais bien de personnes qui assurent la continuité et qui sont préoccupées par les services requis et donnés au résident nommément désigné.
- ✚ Réviser l'organisation du travail en fonction des besoins des résidents, car les règles et les horaires de fonctionnement rigides sont un obstacle majeur à la mise en place du concept de milieu de vie :
- adopter des horaires qui font preuve de souplesse et de flexibilité ;
  - être à l'écoute du résident et comprendre le besoin qu'il exprime ;
  - faire en sorte que les services entre les différentes équipes et les quarts de travail soient continus ;
  - faire en sorte que l'activité du repas soit conviviale :
    - présence constante de personnel ;
    - temps suffisant accordé au repas, ajustement au rythme du résident.
- ✚ Améliorer l'encadrement clinique particulièrement durant les quarts de travail du soir et de la nuit.
- ✚ Prévoir un mécanisme de transmission de l'information d'un quart de travail à l'autre.
- ✚ Mettre davantage l'accent sur une politique de tolérance zéro par rapport à toute situation d'abus ou de négligence de la part du personnel à l'endroit des résidents.
- ✚ Évaluer les attentes et la satisfaction des résidents :
- les évaluations se font au moment où se passe l'événement ou l'activité ;
  - les évaluations se font par l'entremise d'échanges verbaux avec les résidents.

- ✚ Animer davantage le milieu de vie et stimuler la participation des résidents par des activités le soir et les fins de semaine.
- ✚ Assurer la tenue de réunions d'équipe :
  - pour atteindre une qualité optimale dans les interventions ;
  - pour satisfaire le plus adéquatement possible les besoins des résidents ;
  - pour que les différents intervenants puissent s'échanger leurs connaissances et leurs façons de faire, partager leurs valeurs, leurs principes et leurs règles de pratique.
- ✚ Repenser les aménagements physiques :
  - faire en sorte qu'ils soient mieux adaptés à une clientèle en perte d'autonomie ;
  - donner la priorité aux chambres simples, sinon aux chambres doubles ;
  - faire en sorte que les toilettes soient personnelles ou pour deux chambres ;
  - malgré l'attente d'un Programme fonctionnel et technique (PFT), rendre l'environnement :
    - plus conforme à un milieu familial et non institutionnel ;
    - plus chaleureux ;
    - plus propre ;
    - plus sécuritaire ;
    - plus humanisant ;
    - qui facilite la visite des familles, des proches, des bénévoles.

## 7.2 L'environnement physique

### **Les orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD »**

- ✚ Un milieu où les lieux sont adaptés aux aînés fait en sorte :
  - que l'environnement physique a une influence sur le comportement et sur la qualité de vie de toutes les personnes hébergées ;
  - que, par conséquent, il devient nécessaire de créer un milieu d'hébergement adapté qui contribue, d'abord, à la promotion de l'autonomie et de l'indépendance fonctionnelle et psychosociale et qui peut réduire, sinon éliminer (pour les personnes présentant des déficits cognitifs), les comportements perturbateurs.

Dans un processus d'amélioration continue de l'organisation physique, celui-ci :

- ✚ Favorise l'ouverture sur le monde extérieur :
  - en maintenant les liens sociaux et familiaux, par la proximité géographique de l'endroit où la personne à visiter est hébergée.

- ✚ Tend à reproduire un milieu résidentiel :
  - en cherchant à reproduire, dans la mesure du possible, un lieu résidentiel qui serait le plus normalisant possible, c'est-à-dire « qui adapte une **grandeur**, un **rythme** et un **mode de vie** qui se rapprochent le plus de ceux que la personne hébergée aurait si elle vivait toujours à domicile. Les lieux sont accueillants et chaleureux, familiers et personnalisés ».
  
- ✚ Élimine les contraintes architecturales :
  - en maintenant l'autonomie ou en l'acquérant ;
  - en permettant, entre autres, de se mouvoir de façon autonome, de s'intégrer à son milieu et d'être en contact avec son environnement intérieur et extérieur.
  
- ✚ Respecte les besoins fondamentaux :
  - en favorisant le respect de l'intimité de la personne hébergée et de sa vie privée avec sa famille, ses proches et le personnel ;
  - en assurant la sécurité et le bien-être physique et psychologique par un agencement équilibré entre les locaux réservés à la vie privée et ceux réservés aux activités communautaires.
  
- ✚ Soutient l'intervention :
  - en compensant les pertes cognitives, motrices et sensorielles ;
  - en stimulant les capacités des personnes qui présentent des déficits physiques ou cognitifs ;
  - en diminuant le stress, l'agitation et les désordres de comportement (errance, agitation et agressivité).
  
- ✚ Favorise le travail :
  - en créant un milieu de travail efficace ;
  - en offrant des conditions d'exécution du travail propices au maintien de la santé et de la sécurité des employés.
  
- ✚ Facilite l'atteinte d'objectifs cliniques :
  - en offrant la possibilité d'adapter l'environnement et en organisant les services en fonction des besoins des personnes hébergées ;
  - en regroupant les résidents en fonction de leurs besoins.
  
- ✚ Offre des composantes architecturales flexibles et adaptables :
  - en créant des aires de vie pour les nouvelles constructions qui seront le plus polyvalentes possible, c'est-à-dire que la vocation de chaque aire pourra s'adapter au pourcentage variable des différents types de clientèle qui peuvent être hébergés en CHSLD.

- ✚ Offre des micro-milieus (îlots) :
  - en permettant un regroupement sélectif des divers groupes de clientèle, selon leurs propres besoins ;
  - en répondant à la fois aux besoins d'intimité, d'appartenance ou de socialisation ;
  - en ajoutant de la qualité et de la flexibilité dans l'offre des soins et des services.

L'environnement physique n'a pas été observé dans toutes ses composantes. L'analyse de chacune des sections de la partie III de la grille permet de conclure que la majorité des CHSLD visités présente des barrières architecturales importantes. Elles affectent, de façon significative, la qualité de vie des résidents et l'atteinte des objectifs cliniques attendus.

### 7.2.1 Les lieux communs ou semi-privés

#### **Critères d'appréciation :**

- ✚ L'utilisateur possède des biens personnels.
- ✚ L'utilisateur jouit d'un espace personnel aménagé à son goût.
- ✚ L'utilisateur est encouragé à avoir ses effets personnels.
- ✚ L'utilisateur est invité à exprimer ses goûts et ses priorités dans l'aménagement de son environnement.
- ✚ Les postes de garde ont disparu.

#### **Résultat : 55,6 %**

En général pour une grande majorité d'établissements, les lieux communs ou semi-privés (les unités de vie) ne sont pas organisés de façon à ce que l'utilisateur puisse se sentir comme chez lui.

#### **Constats**

- ✚ Toutes les chambres (voir tableau 3 ci-après) autres que simples ne favorisent pas, pour le résident, la possession de ses biens personnels, la jouissance d'un espace personnel et l'expression de ses goûts et priorités dans l'aménagement de son environnement.
- ✚ Souvent, l'ameublement est désuet et les chambres sont trop petites.
- ✚ Certains CHSLD, par un règlement interne, peuvent interdire l'accrochage d'objets sur les murs ou la présence d'objets personnels.

## Impacts

- ✚ Le résident ne se sent pas comme chez lui.
- ✚ Ce n'est plus le milieu normalisé qu'il a connu à domicile. Ces nouveaux lieux ne sont pas tels que souhaités, c'est-à-dire accueillants, chaleureux, familiers et personnalisés.
- ✚ L'environnement n'est pas favorable aux visites des familles.

**Tableau 3 : Nombre de résidents par type de chambres dans les établissements visités**

Chambres	Établissements		Installations (47)	
	Nombre de résidents	%	Nombre	%
Chambres à occupation simple	6 638	61,6 %	3 249	54,2 %
Chambres à occupation double	3 280	30,4 %	2 028	33,9 %
Chambres à occupation triple	402	3,7 %	303	5,1 %
Chambres à occupation quadruple	428	4,0 %	384	6,4 %
Chambres à occupation cinq et +	25	0,2 %	25	0,4 %
Nombre total de personnes à chambre partagée	4 135	38,4 %	2 740	45,8 %

### 7.2.2 L'information au résident et à ses proches

#### Critères d'appréciation :

- ✚ Le code d'éthique est affiché et connu des usagers.
- ✚ Les menus sont affichés dans la salle à manger ou à l'intérieur de l'unité.
- ✚ Les journaux sont disponibles.
- ✚ Les activités sont affichées à l'unité.
- ✚ Le bulletin de la vie de la résidence est disponible.
- ✚ Le tableau d'orientation (jour, date, année, température extérieure, etc.) est disponible.
- ✚ Les coordonnées du commissaire local à la qualité sont affichées.

#### Résultat : 54,1 %

En général, pour une grande majorité d'établissements, l'information n'est pas mise à la disposition des résidents et de leurs proches.

- ✚ L'information en question devrait être la suivante : le code d'éthique, les menus, les journaux, les coordonnées du commissaire local à la qualité et la procédure en ce qui a trait aux plaintes, à la programmation des activités, au tableau d'orientation, à la réalité, au bulletin de vie de la résidence.

## **Constats**

- ✚ Souvent, cette information :
  - est absente, surtout le code d'éthique et les coordonnées du commissaire local à la qualité ;
  - n'est pas à jour ou elle est incomplète ;
  - ne se trouve pas aux bons endroits ;
  - est illisible et ne peut être comprise ;
  - n'est pas accessible.

## **Impacts**

- ✚ Le résident n'est pas bien informé en ce qui a trait aux outils de communication qui devraient l'orienter, l'informer sur les activités de son milieu de vie interne comme externe et sur ses droits.

### *7.2.3 Le maintien de l'autonomie du résident*

#### **Critères d'appréciation :**

- ✚ Les aménagements physiques favorisant l'autonomie fonctionnelle de la personne :
  - chambre
  - salle de toilette
  - salle d'eau
  - corridors
  - salon
  - cuisine
  - salle à manger
- ✚ Un milieu adapté en fonction des usagers présentant des déficits cognitifs (par exemple, absence de bruit, éclairage adéquat).
- ✚ Un aménagement extérieur adapté pour les personnes ayant des déficits cognitifs.

## **Résultat : 55,9 %**

- ✚ En général, pour une grande majorité d'établissements, les aménagements physiques ne favorisent pas le maintien de l'autonomie fonctionnelle du résident dans ses activités de vie quotidienne (AVQ). De plus, plusieurs milieux ne sont pas adaptés à l'intérieur et à l'extérieur pour les personnes qui présentent des déficits cognitifs.
- ✚ Cette réalité se répercute sur l'autonomie fonctionnelle et psychosociale des résidents en fonction de chacun des lieux. Voici une brève présentation des quelques constats et des impacts.

- CHAMBRES

### **Constats**

- 45,8 % des personnes hébergées dans les installations visitées partagent leur chambre avec au moins une autre personne
- les chambres sont petites et leur aménagement est non adapté.

### **Impacts**

- une diminution du respect de la vie privée, de l'intimité et des rencontres avec les proches ;
- une diminution de l'autonomie des résidents ;
- une augmentation des risques d'accidents et des chutes.

- SALONS

### **Constats**

- Les salons sont souvent :
  - Absents ou trop petits ;
  - Non accessibles, parce que seulement au rez-de-chaussée et non pas à l'étage.

## **Impacts**

- Si le salon est au rez-de-chaussée, cela nécessite l'aide d'un intervenant pour y accéder ;
- Le résident est de plus en plus alité ;
- Le résident ne peut recevoir ni visiteurs, ni amis, ni famille ;
- Le résident reste dans sa chambre et socialise de moins en moins, s'isole, déprime et se résigne.

- **SALLES À MANGER / CUISINETTES**

## **Constats**

Il a été souvent observé que :

- les salles à manger sont absentes ou trop petites ;
- elles sont non aménagées pour les résidents en fauteuil roulant ;
- la présence d'une seule salle à manger au rez-de-chaussée pour toute la clientèle ;
- le résident mange dans les corridors à l'intérieur des unités ;
- l'ameublement n'est pas adapté à la clientèle âgée ;
- il y a un manque de chaises et de tables adaptées pour la clientèle en fauteuil roulant.

## **Impacts**

- Le résident prend plusieurs repas à sa chambre, au lit ou assis dans un fauteuil ;
- L'autodétermination et le respect des habitudes de vie sont diminués ;
- Il y a une augmentation du temps d'attente des résidents avant les repas (une demi-heure environ).

- **SALLES DE BAIN**

## **Constats**

- Les équipements sont souvent désuets ;
- Les espaces sont généralement petits et non fonctionnels ;
- Les espaces sont plus souvent qu'autrement non aménagés ni décorés selon un milieu de vie ;
- Les salles de bain ne sont pas assez nombreuses.

### **Impacts**

- Une diminution de l'autonomie en ce qui a trait à l'hygiène.
- Une augmentation du nombre de manipulations et de transferts des résidents et des risques d'accidents.
- Une augmentation de l'inconfort du résident.

- **SALLES DE TOILETTE**

### **Constats**

- Souvent, les chambres n'ont pas de salle de toilette et elles sont éloignées l'une de l'autre. Par exemple, trois toilettes pour 25 résidents, dont une sert pour l'entretien ménager ou pour le personnel ;
- Elles ne sont pas adaptées (manque de barres d'appui, de sièges surélevés, etc.).

### **Impacts**

- Les produits d'incontinence sont davantage utilisés ;
- Les chaises d'aisance dans les chambres sont davantage utilisées ;
- Il y a une diminution de la dignité et de l'estime de soi.

- **ASCENSEURS**

### **Constats**

- Ils sont généralement en nombre insuffisant et non adaptés aux personnes âgées.

### **Impacts**

- Il y a une augmentation du temps d'attente des résidents pour accéder à la salle à manger ou à la salle d'activités ;
- Il y a une augmentation du temps requis pour accompagner les résidents ;
- Les risques de chutes, d'accidents sont augmentés ou, encore, le résident ne les utilise plus et reste confiné à l'étage.

- FUMOIRS

**Constats**

- Ils posent souvent des problèmes dans plusieurs CHSLD ;
- Les résidents fument dans des endroits inappropriés.

**Impacts**

- Les non-fumeurs s'isolent ;
- Les résidents et leurs familles se plaignent de la situation.

- CORRIDORS

**Constats**

- Ils sont souvent non décorés : pas de couleur, pas de point de repère ;
- Ils sont souvent encombrés de chariots à linge ou d'autres équipements requis pour le résident.

**Impacts**

- Il est difficile de circuler en face à face, en déambulateur ou en fauteuil roulant ;
- Il y a un risque élevé de chutes et d'accidents, même si les chariots sont tous placés du même côté du corridor ;
- Il y a une diminution de l'autonomie en ce qui a trait à la marche.

#### 7.2.4 Le maintien de l'identité de la personne

**Critères d'appréciation :**

- ✚ La présence d'objets personnels dans les chambres (par exemple, mobilier personnel, air climatisé, décorations, etc.).
- ✚ L'identification des portes de chambre.

**Résultat : 75,3 %**

En général, pour plusieurs établissements, l'identité de la personne est assurée en ce qui concerne l'identification de la porte de la chambre, mais non en ce qui a trait à la présence d'objets personnels dans les chambres, tel que cela est détaillé au point 2.1 de la grille d'appréciation de la qualité.

### 7.2.5 L'intimité et la socialisation de la personne

#### **Critères d'appréciation :**

- ✚ Les espaces offrent diverses possibilités de socialisation (privée, semi-privée, commune) où les résidents peuvent s'isoler ou recevoir leurs familles ou leurs proches.
- ✚ Les toilettes sont privées ou semi-privées.
- ✚ Les toilettes ont des portes.
- ✚ Les salles de bain ont des rideaux ou des aménagements préservant l'intimité.
- ✚ La salle à manger peut accueillir les personnes en fauteuil roulant.

#### **Résultat : 75,6 %**

En général, pour une majorité d'établissements, l'intimité et la socialisation de la personne sont assurées. Ainsi, les toilettes et les salles de bain ont des portes ou des rideaux préservant l'intimité.

#### **Constats**

- ✚ Même si certains établissements offrent des toilettes privées ou semi-privées, il faut noter que plusieurs ne sont pas utilisées parce qu'elles ne sont pas adaptées à une clientèle en perte d'autonomie ; les espaces sont très petits et non sécuritaires pour des résidents qui se déplacent à l'aide d'un déambulateur ou en fauteuil roulant, et qui nécessitent de l'aide en vue de leur transfert d'un lieu à l'autre.
- ✚ De plus, plusieurs centres n'offrent que des toilettes centralisées à deux ou à trois endroits sur un étage, et ce, pour l'ensemble des résidents.
- ✚ Par ailleurs, plusieurs installations ne présentent pas d'aire de socialisation suffisante, en nombre ou en grandeur. De plus, il a été observé que les salles disponibles peuvent servir à la fois de salle à manger, de salon et de salle communautaire ; elles sont peu décorées, chaleureuses et significatives. Faute d'espace, ces pièces servent aussi, en partie, pour du rangement d'équipements (fauteuils roulants, fauteuils gériatriques, leviers, etc.). Certains salons sont aménagés dans les élargissements de corridors ou face au « poste de garde ». Peu d'endroits sont privés ou semi-privés pour socialiser ou permettre des rencontres avec la famille surtout si, en plus, la chambre du résident n'est pas une chambre privée.

### 7.2.6 Le confort du résident

#### **Critères d'appréciation :**

- ✚ La température ambiante est confortable.
- ✚ La fenêtre est accessible à l'ouverture pour une personne assise en fauteuil roulant ou pour une personne alitée.
- ✚ L'éclairage est adaptable et suffisant.
- ✚ Les lieux sont propres.
- ✚ Le mécanisme d'appel n'est pas bruyant.
- ✚ Le mobilier est adapté aux besoins des personnes (tables, chaises, fauteuils, etc.).
- ✚ L'architecture est adaptée :
  - chambre ;
  - salle d'eau ;
  - salle de toilette ;
  - sortie extérieure de l'établissement ;
  - galerie ;
  - ascenseur ;
  - salle à manger à l'unité de vie ;
  - salle à manger centralisée ;
  - salon ;
  - corridors.
- ✚ L'errance est contrée par l'utilisation de moyens appropriés.

#### **Résultat : 71,3 %**

En général, pour une majorité d'établissements, le confort est assuré par :

- ✚ Une température ambiante confortable ;
- ✚ Un éclairage adaptable et suffisant ;
- ✚ La propreté des lieux ;
- ✚ Du mobilier adapté aux besoins des personnes âgées.

## **Constats**

- ✚ Plusieurs barrières architecturales font ressortir l'évidence que, pour un très grand nombre d'établissements, les chambres, les salles de bain, les salles de toilette, les sorties extérieures de l'établissement, la salle à manger à l'unité de vie ou centralisée, les salons, les corridors ne sont pas adaptés aux besoins des résidents et ne favorisent pas leur bien-être et leur qualité de vie.
- ✚ Pour un grand nombre d'établissements, l'errance associée à la clientèle qui souffre de déficits cognitifs n'est pas toujours contrée par l'utilisation de moyens appropriés. On y observe la présence de demi-portes et de beaucoup trop de résidents immobilisés en fauteuil gériatrique avec une tablette. Souvent, les causes invoquées sont la mixité de la clientèle lucide avec la clientèle qui souffre de déficits cognitifs, le manque de surveillance, la peur de faire des chutes, etc.

## **Impacts**

- ✚ Pour plusieurs établissements, les barrières architecturales sont responsables de la perte d'autonomie fonctionnelle et psychosociale du résident. Elles affectent leur estime de soi, leur autodétermination et leur dignité.
- ✚ L'environnement physique non adapté ne soutient pas l'intervention et ne facilite pas l'atteinte d'objectifs cliniques en lien avec les orientations ministérielles. Le milieu ne permet pas de :
  - compenser les pertes cognitives, motrices et sensorielles ;
  - stimuler les capacités physiques et cognitives ;
  - diminuer le stress, l'agitation et les désordres comportementaux (errance, agitation, agressivité).
- ✚ L'architecture non adaptée ne crée pas un milieu de travail efficace et augmente la charge de travail des intervenants, qui essaient continuellement de compenser l'architecture désuète. Dans certains centres, le personnel doit déménager continuellement le mobilier pour travailler de façon sécuritaire avec le résident.

### *7.2.7 La sécurité du résident*

#### **Critères d'appréciation**

- ✚ Il est facile de circuler librement à l'intérieur de la résidence.
- ✚ Les corridors sont libres pour la circulation.

- ✚ Des mesures adéquates sont prises pour empêcher l'accès à la chambre des autres usagers.
- ✚ Des mesures sont prises pour prévenir les accidents.
- ✚ Des mesures sont prises pour corriger les causes d'accidents.
- ✚ Des indices visuels d'orientation aident le résident à se retrouver dans son milieu de vie.

### **Résultat : 60,3 % des équipes de visite**

En général, pour une majorité d'établissements, la sécurité n'est pas assurée.

### **Constats**

- ✚ Les milieux, dont l'architecture et l'équipement ne sont pas adaptés aux besoins des différents types de clientèle, présentent un taux plus élevé de risques d'accidents.
- ✚ Les mesures à prendre pour en corriger les causes ont souvent été relevées, mais elles sont demeurées sans réponse pour différents motifs, dont le manque de ressources financières.

### **Recommandations des équipes de visite**

- ✚ Pour huit des centres visités, des modifications majeures sont recommandées.

Les recommandations formulées pour les autres centres visités sont de nature diverse. Elles visent à :

- ✚ Augmenter le nombre de chambres privées par une diminution des chambres semi-privées et triples ou plus pour offrir aux résidents une plus grande intimité en leur assurant une vie privée plus significative.
- ✚ Aménager ou agrandir des salles communes pour favoriser et permettre une véritable vie sociale en communauté.
- ✚ Prévoir des salons pour encourager les rencontres avec les familles.
- ✚ Aménager une ou des salles à manger pour favoriser la socialisation et pour rendre plus agréable et stimulante cette activité très importante dans le quotidien des résidents.

- ✚ Assurer l'espace de rangement pour dégager les corridors de tout équipement afin d'éliminer les risques d'accidents et, ainsi, de favoriser une mobilité sécuritaire des résidents.
- ✚ Prévoir des indices visuels d'orientation pour aider les résidents à se situer dans le temps et à retrouver leur unité, leur chambre tout en offrant une décoration stimulante et procurant une ambiance agréable à vivre.
- ✚ Ajouter ou agrandir des salles de bain.
- ✚ Poursuivre l'achat d'équipements favorisant l'autonomie ou le confort des résidents (leviers électriques, lits électriques, etc.).
- ✚ Favoriser la sécurité des résidents par l'ajout de portes électromagnétiques, le nivellement des seuils de porte, etc.
- ✚ Réserver un nombre suffisant de fumoirs qui répondent aux normes de ventilation et de sécurité.
- ✚ Augmenter le nombre de salles de toilette.
- ✚ Favoriser la création de micro-milieus pour certains types de clientèle.

## 8. APPRÉCIATION GÉNÉRALE

L'ensemble des perceptions des trois groupes rencontrés et les observations réalisées par les équipes de visite démontrent essentiellement que l'ensemble des conditions pour assurer l'implantation d'un milieu de vie de qualité sont rencontrées de façon inégale. Il est important de rappeler que 44 des établissements visités ont été choisis en raison de leur fragilité et trois, en raison de la qualité de leur milieu de vie.

Le traitement de ces perceptions permet, rappelons-le, le regroupement d'établissements en quatre catégories. Cette classification met en évidence les écarts observés.

✚ Catégorie 1	Objectifs rencontrés ou en voie de l'être (80 % à 100 %)
✚ Catégorie 2	Objectifs en majorité rencontrés (70 % à 80 %)
✚ Catégorie 3	Objectifs en partie rencontrés (60 % à 70 %)
✚ Catégorie 4	Objectifs peu rencontrés (moins de 60 %)

Le tableau suivant permet d'identifier le nombre d'établissements qui se retrouve dans chacune de ces catégories.

**TABEAU 4 : Classification des établissements par catégorie selon l'appréciation réalisée par chacun des groupes rencontrés et les équipes de visite**

Appréciation générale	Nombre d'établissements (47)			
	Groupes rencontrés et équipes de visite	Catégorie 1 80 % à 100 %	Catégorie 2 70 % à 79 %	Catégorie 3 60 % à 69 %
• Équipes de visite	9	12	13	13
• Moyenne agglomérée des 3 groupes et de l'équipe de visite (1)	4	11	26	6
• Résidents (groupe-1)	4	11	13	18
• Comités-établissements (groupe-2)	17	14	7	5
• Employés (Groupe-3)	9	22	8	7

On constate donc que, selon l'appréciation considérée, le nombre d'établissements dans chacune des catégories est différent.

L'appréciation des équipes de visite, qui ont assuré la continuité des évaluations réalisées, considère que neuf établissements satisfont aux objectifs caractérisant un milieu de vie de qualité ou sont en voie d'y parvenir. Cette appréciation résulte de la moyenne des cotes attribuées à l'environnement humain et physique.

Par ailleurs, un des éléments qui a été retenu par les équipes comme essentiel à la mise en place d'un milieu de vie de qualité est la convergence des perceptions entre les groupes rencontrés. À ce titre, on peut donc affirmer que quatre établissements se distinguent.

L'analyse des établissements les plus performants permet de circonscrire l'ensemble des conditions qui les distinguent des autres établissements visités :

- ✚ La direction générale appuyée par le conseil d'administration de l'établissement a fait sien le concept de milieu de vie, en a fait une priorité organisationnelle, l'a traduit dans un projet mobilisateur et en a assuré la pérennité.
- ✚ Les activités sont dispensées selon un horaire qui tient compte des habitudes de vie des personnes et par du personnel compétent dont les attitudes et les

comportements sont guidés par la préoccupation de répondre à l'ensemble des besoins biopsychosociaux et spirituels de chacun des résidents.

- ✚ Un soutien clinique et administratif est assuré au personnel afin d'éviter la démobilisation ou l'essoufflement et l'intégration des bonnes pratiques.
- ✚ La direction générale assure une vigie de qualité.

Ces conditions se révèlent des incontournables à la mise en place d'un véritable milieu de vie de qualité.

D'autres éléments peuvent avoir un impact sur la mise en place d'un environnement assurant aux résidents leur droit d'être traités avec dignité, respect et courtoisie, et de recevoir l'ensemble des soins et services requis par leur situation. Ainsi, souvent, l'environnement physique, les ressources humaines, financières et administratives, et la présence d'instances, de protocoles, de programmes ou d'outils cliniques sont avancés pour expliquer les écarts observés entre les différents établissements.

### **L'environnement physique :**

Les observations réalisées, les commentaires obtenus et les corrélations réalisées démontrent que l'environnement physique a une influence sur le comportement et la qualité de vie de toutes les personnes hébergées, de même que sur la qualité du milieu de travail. Cependant, ils démontrent également que les aménagements physiques ne trouvent leur signification que s'ils s'inscrivent dans une philosophie de gestion et d'intervention appropriée. Bref, un environnement physique de qualité ne peut que soutenir, et non transformer, la qualité de l'environnement humain (organisation du travail, compétences, attitudes et comportement du personnel).

Par ailleurs, les visites ont confirmé que le parc immobilier requiert des interventions rapides dans plusieurs installations afin d'éliminer les contraintes architecturales qui sont des obstacles au maintien de l'autonomie ou qui peuvent entraîner des limites.

### **Les ressources financières, humaines et administratives**

L'insuffisance des ressources pour répondre à l'ensemble des besoins des résidents est connue. Par ailleurs, les visites ont démontré qu'avec des ressources égales et comparables, il est possible :

- ✚ De procéder à la mise en place d'une organisation de travail qui respecte davantage les habitudes de vie des résidents ;

- ✚ De concevoir et de planifier une programmation qui prend en considération l'ensemble des besoins des résidents ;
- ✚ D'intégrer à la pratique une philosophie d'intervention qui favorise le respect du résident et de ses droits.

Toutefois, les témoignages obtenus et les observations réalisées sont à l'effet que l'insuffisance des ressources peut créer un essoufflement du personnel et devenir une source de frustration et de démobilisation.

Enfin, il est important de souligner que les visites ont mis en évidence le fait que les ressources financières dont disposent les établissements visités peuvent être une des causes contribuant à expliquer la cote peu élevée de l'appréciation de l'accessibilité et de la qualité des services dans l'ensemble de ses composantes.

### **La présence d'instances, de protocoles ou d'outils cliniques :**

Les protocoles, les outils ou les instances cliniques devant contribuer à la qualité du milieu de vie et des services ne trouvent leur efficacité que s'ils sont intégrés dans les pratiques. Les établissements des catégories 1 et 2 sont avant tout gouvernés par des principes sous-jacents au concept milieu de vie qui rencontrent les impératifs ou les préoccupations assurés par ces protocoles, ces outils ou ces mécanismes tandis que les établissements visités qui se retrouvent dans les catégories 3 et 4 les appliquent peu.

Il faut donc comprendre que ces différents outils, protocoles ou mécanismes s'inscrivent en soutien et viennent consolider les pratiques. Dans les centres visités, ils n'ont pas permis d'orienter ou de rectifier ces pratiques.

### **L'implantation d'un milieu de vie de qualité**

L'implantation réussie du concept milieu de vie prend appui sur :

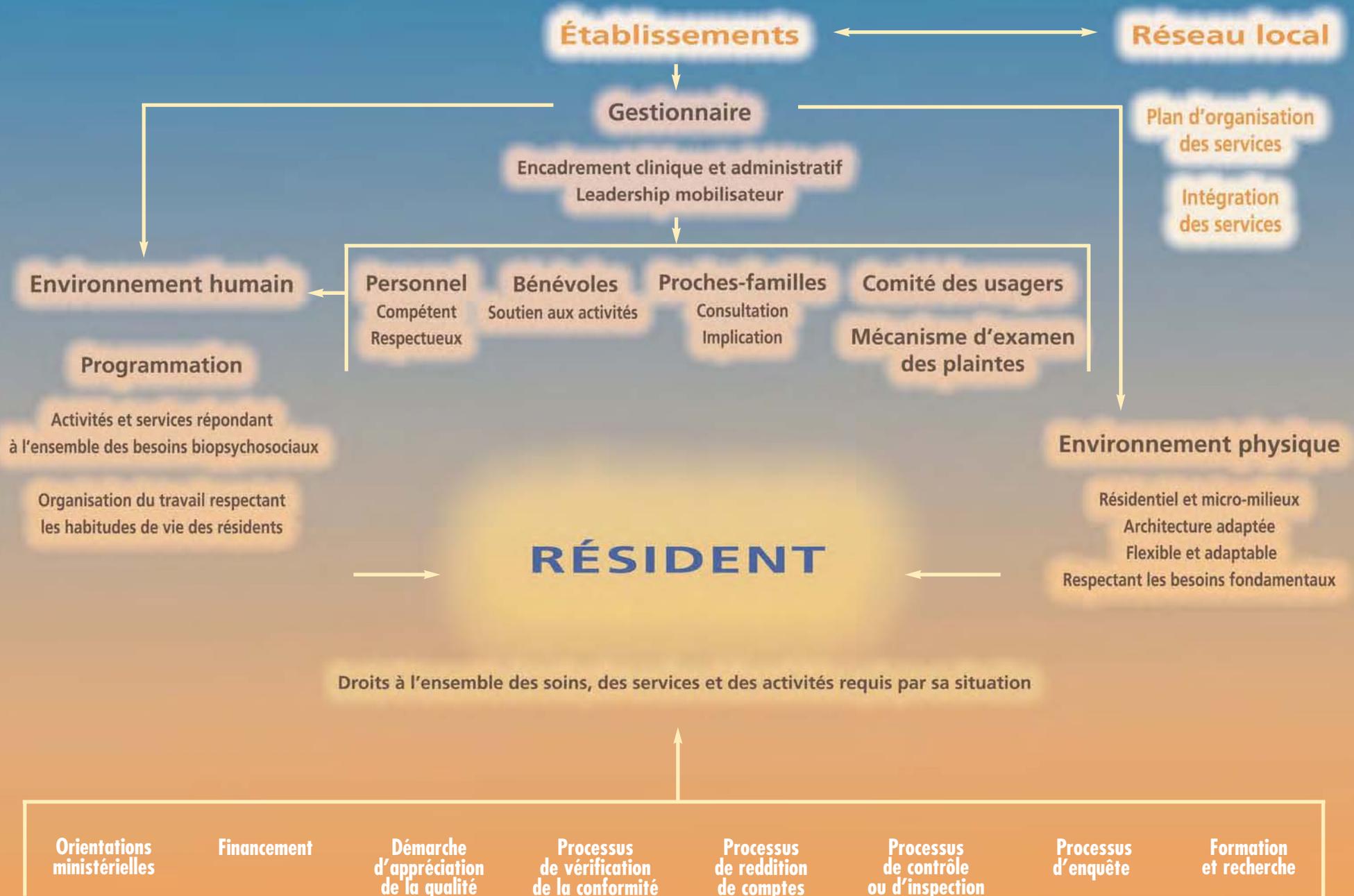
- ✚ Des orientations ministérielles qui soutiennent la mise en place d'un milieu de vie de qualité.
- ✚ Des services suffisants qui répondent aux besoins des résidents.
- ✚ Une mise à contribution des ressources du réseau local dans le cadre d'une organisation de services intégrée.
- ✚ Un conseil d'administration et une direction générale qui ont fait leurs le concept milieu de vie. Ils assurent son intégration au quotidien par un encadrement de qualité et par l'exercice d'un « leadership » mobilisateur.

- ✚ Une organisation du travail qui assure le respect des habitudes de vie du résident de manière à ce qu'il puisse, malgré sa situation, se sentir comme « chez lui ».
- ✚ Un personnel habilité à répondre aux besoins particuliers associés à chacune des problématiques des résidents et à réaliser l'ensemble de leurs activités avec compétence et respect.
- ✚ Un encadrement de la pratique clinique qui s'assure d'intégrer dans les interventions quotidiennes la philosophie d'intervention privilégiée, les protocoles, les mécanismes ou les outils clinico-administratifs.
- ✚ Un environnement physique adapté à la nécessité d'assurer la promotion de l'autonomie et de l'indépendance fonctionnelle et psychosociale du résident.
- ✚ Des processus de reddition de comptes, de contrôle, de vérification et d'enquête qui ont un impact significatif, soit sur l'accessibilité, la qualité des services, l'environnement humain ou sur l'environnement physique.
- ✚ Un comité des résidents et des mécanismes d'examen des plaintes qui sont connus, utiles et utilisés par les résidents, leurs proches ou les bénévoles.
- ✚ Des résidents, des familles ou des proches qui sont consultés et impliqués relativement à toute intervention ou décision le concernant.

L'ensemble de ces conditions sont interdépendantes les unes des autres afin d'assurer au résident un milieu où il peut vivre dans la dignité, en sécurité, être traité avec respect et courtoisie et recevoir l'ensemble des soins et services requis par sa situation.

Le tableau suivant illustre l'ensemble de ces conditions et leur interdépendance :

# IMPLANTATION RÉUSSIE DU CONCEPT MILIEU DE VIE



## **En conclusion**

Plusieurs constats se dégagent des visites réalisées. Il nous apparaît important de souligner ceux qui constituent des incontournables sur lesquels devront prendre appui les actions subséquentes :

- ✚ Les résidents apprécient généralement le personnel et manifestent de la sympathie quant à leur charge de travail.
- ✚ Les résidents sont peu portés à se plaindre ou à revendiquer.
- ✚ Le personnel est généralement préoccupé de donner les meilleurs services possibles, mais témoigne de difficultés qui découle d'une formation insuffisante ou d'un manque de temps.
- ✚ Les gestionnaires sont motivés à assurer un milieu de vie de qualité aux résidents et un projet mobilisateur au personnel, mais témoignent de difficultés qui découle de l'absence d'un cadre d'implantation du concept de milieu de vie ou de ressources limitées.
- ✚ Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences sont préoccupés par la qualité des services et du milieu de vie des résidents, mais leurs actions n'ont pas l'impact souhaité.
- ✚ Les processus de reddition de comptes, de vérification, de la conformité, de contrôle ou d'enquête ont un impact marginal sur la qualité de vie des résidents.
- ✚ Les visites d'appréciation ont eu un effet mobilisateur, ont suscité de l'espoir face à la détermination du ministère à mettre en place une organisation de services qui respecte les droits des résidents et qui répond à l'ensemble de leurs besoins biopsychosociales et spirituelles.

## **PARTIE III**

---

### **RECOMMANDATIONS**

---

Les résultats obtenus témoignent de l'importance du « virage » à accomplir. Des cultures organisationnelles doivent être changées, des pratiques cliniques modifiées et l'environnement physique adapté, et ce, à l'intérieur d'une transformation de l'organisation et de l'offre de service résolument tournée vers la communauté.

Les recommandations formulées et les moyens proposés ci-après, devront donc s'intégrer dans un plan d'action mobilisateur, assurant la complémentarité et l'imputabilité des organisations locales, régionales et nationales.

---

#### **A) La mise en application des correctifs demandés aux établissements**

---

##### **Attendu**

- ✚ Que l'analyse des résultats de l'appréciation réalisée des milieux de vie démontre qu'une intervention doit être réalisée dans 41 des 47 centres visités.
- ✚ Que les attentes sont élevées quant aux suites à être données.
- ✚ Qu'un suivi systématique et rigoureux des correctifs proposés par les équipes de visite est requis et indispensable pour atteindre les objectifs poursuivis.
- ✚ Que l'échéancier du processus de suivi a préalablement été déterminé dans les ententes de gestion et signifié aux agences.

##### **Il est recommandé :**

1. Que l'agence transmette au ministère :
  - un bilan semestriel de l'évolution de la situation ;
  - un bilan des correctifs apportés par les établissements visités, le 31 mars 2005 tel que spécifié aux ententes de gestion.

2. Que le ministère se dote de modalités opérationnelles permettant :

- de s'assurer de la réception du rapport de visite par l'agence ;
- d'assurer que le plan proposé par l'agence rencontre les recommandations formulées dans les rapports de visites ;
- de procéder à une synthèse semestrielle et annuelle des bilans régionaux permettant de suivre l'application des plans d'action convenus et d'assurer l'évolution de la situation.

---

## **B) Le comité des résidents**

---

### **Attendu**

- ✚ Qu'en majorité, les résidents n'arrivent pas à assumer pleinement leur rôle en raison, notamment, d'une incompréhension de leur mandat, d'un taux élevé de roulement de leurs membres ou d'un manque de soutien ou de moyens.

### **Il est recommandé :**

3. Que le ministère s'assure que dans le cadre des travaux du groupe de travail sur les mécanismes d'examen des plaintes, qui visent la révision du comité des résidents, soient définies des modalités de fonctionnement, de financement et de représentation de façon à ce que ce comité puisse être un représentant reconnu de ses commettants et un interlocuteur significatif pour la direction générale et le conseil d'administration, au même titre que les autres comités présents dans l'établissement.

---

## **C) Les mécanismes d'examen des plaintes et de gestion de la qualité**

---

### **Attendu**

- ✚ Que les mécanismes d'examen des plaintes sont peu connus et peu utilisés, et qu'ils ont peu d'influence sur la qualité des services et des milieux de vie des résidents.

- ✚ Que la neutralité requise du commissaire local à la qualité n'est pas toujours assurée si l'on tient compte notamment de ses autres responsabilités ou fonctions dans l'organisation.

#### **Il est recommandé :**

4. Que le ministère, dans le cadre des travaux en cours à ce sujet, s'assure que les mécanismes révisés permettront de renforcer le processus d'examen des plaintes et de gestion de la qualité, pour qu'ils puissent se révéler des outils de régulation connus et utilisés, facilement accessibles et ayant une influence véritable sur la qualité de vie des résidents.

---

#### **D) La mise en application d'une organisation et de prestation de services s'appuyant sur des principes qui caractérisent un milieu de vie de qualité**

---

#### **Attendu**

- ✚ Que le MSSS a déjà demandé aux agences, dans le cadre des ententes de gestion, de produire un plan de mise en œuvre des orientations ministérielles « *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* ».
- ✚ Que les protocoles, les mécanismes et les outils (plan d'intervention, code d'éthique, mécanismes de plaintes, gestion des risques, prévention des chutes, etc.) qui doivent contribuer à améliorer ou à assurer la qualité des services ou du milieu de vie sont généralement peu intégrés dans l'intervention au quotidien.
- ✚ Que les principes qui caractérisent un milieu de vie doivent être appuyés par un plan stratégique dûment adopté et soutenu par le conseil d'administration et la direction générale.

## **Il est recommandé :**

5. Que, dans le cadre du bilan des plans d'action de l'implantation des orientations ministérielles « *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* » à être déposé le 31 mars 2005 par chacune des agences, conformément aux ententes de gestion, le ministère précise que ce bilan devra être mise en œuvre de manière à rencontrer les objectifs suivants :
  - s'inscrire dans une philosophie de gestion participative et mobilisatrice rendant imputable l'ensemble du personnel clinique, administratif et de soutien des résultats obtenus ;
  - prendre appui sur un diagnostic organisationnel permettant aux membres du personnel de tous les paliers de l'organisation de partager leurs besoins, attentes, insatisfactions et préoccupations.
  - proposer un projet clinique précis et stimulant pour l'ensemble du personnel de l'organisation définissant les objectifs à atteindre, les moyens pour y parvenir et les échéanciers de réalisation ;
  - assurer l'intégration des différents programmes, protocoles ou outils de gestion cliniques dans l'organisation et la prestation de services (code d'éthique, plan d'intervention, gestion de la qualité et des risques, comité des résidents, etc.) ;
  - revoir les politiques de recrutement et d'embauche du personnel afin de permettre une sélection d'employés aptes à intégrer et à s'approprier l'approche milieu de vie ;
  - planifier des activités de formation continue et adaptée à la réalité et aux besoins spécifiques des différents groupes de clientèle, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée et des nouvelles pratiques (mesures alternatives à la contention) ;
  - favoriser une optimisation des espaces disponibles de façon à assurer le maximum de confort et de sécurité aux résidents et à rendre le milieu le plus fonctionnel possible tant pour les personnes présentant des incapacités physiques que celles ayant des déficits cognitifs ;
  - prévoir des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des résidents, de leurs familles et de leurs représentants légaux au regard de la qualité des services et de leur milieu de vie.

---

---

## E) L'amélioration des attitudes et des compétences du personnel

---

---

### Attendu

- ✚ Que les visites ont confirmé et mis en évidence des lacunes en matière de formation du personnel.
- ✚ Que la diversité de la clientèle hébergée et des situations problématiques qu'elle présente, complexifie l'intervention et la distribution de soins et de services.
- ✚ Que, bien que le personnel ait à cœur le bien-être du résident, l'intégration des principes, que suppose la création d'un véritable milieu de vie est inégale et souvent embryonnaire.
- ✚ Que la formation de base donnée au personnel clinique appelé à exercer leurs activités en CHSLD n'apparaît pas être adaptée en fonction des diverses clientèles qui y vivent, et ce, tout particulièrement pour les personnes présentant des déficits cognitifs.
- ✚ Que les processus de formation en cours d'emploi n'apparaissent pas, s'inscrire dans une planification articulée visant la mise en place d'un milieu de vie ou s'intégrer facilement dans la pratique au quotidien.
- ✚ Que les mécanismes de supervision ou d'encadrement clinique sont insuffisants.

### Il est recommandé :

6. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux intervienne auprès du ministère de l'Éducation pour que soit réalisée une révision des programmes de formation donnés par les établissements d'enseignement afin qu'y soient intégrés à la fois les constituants sous-jacents au concept milieu de vie et une approche spécifique d'intervention auprès des personnes atteintes de déficits cognitifs, conformément au profil de compétence recherché.
7. Que le MSSS convienne notamment avec les instituts universitaires de gériatrie de développer, de maintenir à jour, de diffuser ou d'offrir des programmes de formation selon des modalités qui puissent faire appel aux nouvelles technologies ou approches novatrices.

**8. Que chaque établissement :**

- implante un programme de formation continue en cours d'emploi, intégré au plan de mise en oeuvre des orientations ministérielles tel que la recommandation 5 le précise ;
- révisé ces mécanismes de supervision ou d'encadrement clinique afin d'assurer l'amélioration et le maintien des attitudes et compétences requises par le personnel pour intervenir de façon appropriée auprès des différentes clientèles.

---

**F) L'appropriation par les administrateurs et les gestionnaires du concept milieu de vie**

---

**Attendu**

🚩 Que la mise en place d'un milieu de vie de qualité nécessite que la direction générale et le conseil d'administration :

- aient une compréhension unifiée et intégrée du concept milieu de vie ;
- adhèrent à une philosophie de services et de gestion s'articulant autour des principes qui caractérisent un milieu de vie ;
- connaissent les outils ou stratégies de gestion en facilitant l'implantation et y aient accès ;
- exercent un leadership mobilisateur.

🚩 Que plusieurs des visites d'appréciation réalisées ont souligné que les gestionnaires et administrateurs éprouvaient des difficultés à traduire la notion milieu de vie dans l'organisation des services, malgré une bonne volonté manifeste.

**Il est recommandé :**

**9.** Que le ministère élabore un guide destiné aux gestionnaires qui permettra d'orienter et de soutenir la révision des pratiques professionnelles, organisationnelles et administratives que suppose la mise en place du concept milieu de vie.

**10.** Que les agences assurent aux directions d'établissements, la formation et le soutien nécessaires, afin qu'elles puissent assurer un milieu de vie de qualité à leurs résidents tel que les orientations ministérielles le proposent.

---

---

**G) Le regroupement des diverses clientèles permettant d'assurer aux résidents des conditions de vie adaptées à leur problématique et leur âge**

---

---

**Attendu**

- ✚ Que les CHSLD hébergent des résidents présentant des problématiques multiples, que des personnes de moins de 65 ans constituent plus de 10 % de la clientèle qui y est hébergée.
- ✚ Que les besoins de soins et de services des résidents sont différents selon que ceux-ci sont des adultes ou des personnes âgées qui présentent des déficits cognitifs, des problèmes de comportement, une déficience intellectuelle, une déficience physique ou une problématique multiple.
- ✚ Que la mixité de la clientèle complexifie la mise en place de milieu de vie adéquat et l'offre de services de qualité, et que, par ailleurs, leur regroupement peut entraîner des problèmes opérationnels et entraîner des frais importants.

**Il est recommandé :**

11. Que, dans le cadre des ententes de gestion, il soit demandé que les agences s'assurent que chacune des instances locales évalue la capacité organisationnelle et financière et procède à des regroupements sélectifs de clientèle en fonction de l'âge ou de problématiques spécifiques.

---

---

**H) L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité aux soins, aux services et aux activités récréatives, sociales et spirituelles**

---

---

**Attendu**

- ✚ Que les activités en CHSLD apparaissent limitées tant au niveau de la fréquence que du choix, et ce, de façon plus marquée le soir et la fin de semaine.
- ✚ Que la majorité des groupes rencontrés ont témoigné du manque de personnel clinique et professionnel, et ce, de façon plus marquée le soir, la nuit, la fin de semaine et à l'occasion des périodes de vacances.

- ✚ Qu'il est connu que l'offre de service doit être améliorée pour rencontrer l'ensemble des besoins des résidents.
- ✚ Que le maintien des personnes dans leur communauté ont pour effet un alourdissement de la clientèle admise en CHSLD, processus amorcé depuis quelques années déjà.

### **Il est recommandé :**

12. Que le MSSS s'assure d'un rehaussement des services auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. À cet effet, il devra fixer aux agences des cibles nationales permettant d'améliorer les services aux personnes hébergées, et ce, conformément au virage « communauté » attendu. Le MSSS devra également s'assurer de l'atteinte de ces résultats.
13. Que dans le cadre de la mise en place des instances locales, celles-ci devront s'assurer de la mise à contribution de l'ensemble des ressources existantes dans le réseau local permettant de répondre aux besoins de soins, de services et d'activités récréatives, sociales et spirituelles des résidents (le jour, le soir, la nuit et la fin de semaine). L'agence devra s'assurer de l'atteinte de cet objectif.
14. Que chaque instance locale, dans le cadre du plan de mise en œuvre des orientations ministérielles demandé dans les ententes de gestion, définisse dans sa programmation des activités récréatives, sociales et culturelles adaptée aux besoins, aux goûts, aux intérêts et aux capacités diversifiées des différentes clientèles.

---

## **I) La révision et l'accélération des projets de rénovation ou de relocalisation des CHSLD**

---

### **Attendu :**

- ✚ Que les analyses des rapports de visite d'appréciation de la qualité qui ont été faites, démontrent que l'environnement physique a une influence significative sur l'environnement humain.
- ✚ Que de nombreuses installations compromettent par leur vétusté ou leurs barrières architecturales l'un ou l'autre des droits fondamentaux des résidents:
  - sécurité
  - dignité
  - intimité
  - identité
  - autonomie
  - socialisation

- ✚ Que 19 des 47 établissements visités présentent un environnement physique qui rencontre peu les objectifs mesurés selon l'appréciation réalisée par les équipes de visite<sup>5</sup>.
- ✚ Qu'un grand nombre de résidents partagent leur chambre avec plus d'une personne contrairement à ce qui est recommandé par le guide d'aménagement des CHSLD.
- ✚ Que les unités de soins de longue durée qui se retrouvent dans des centres hospitaliers de courte durée apparaissent parmi les établissements qui éprouvent le plus de difficultés à assurer un milieu de vie de qualité, tenant compte de leur difficulté à concilier deux missions distinctes.

### **Il est recommandé :**

15. Que, dans le cadre des ententes de gestion, le ministère exige que chaque agence produise un plan d'action permettant d'éliminer les chambres de plus de deux lits dans les CHSLD et les unités de soins de longue durée en centre hospitalier, spécialisé et ultraspécialisé.
16. Que le ministère et les agences examinent la possibilité de développer des formules de partenariat avec les secteurs public, privé ou communautaire visant à accélérer le processus de rénovation ou de relocalisation.
17. Que le ministère :
  - élabore une grille d'analyse standardisée permettant :
    - d'évaluer les projets d'immobilisation en fonction de leur intégration dans un plan de transformation de l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie locale et régionale des services, et ce, en privilégiant un « virage communauté » ;
    - de déterminer les priorités en matière d'immobilisation à partir d'indicateurs ou d'éléments d'information à propos de :
      - la vétusté du bâtiment ;
      - la fonctionnalité des installations ;
      - la capacité démontrée par l'établissement d'intégrer le concept milieu de vie dans l'organisation et la prestation des services ;
      - la capacité du projet à assurer un environnement physique éliminant les incapacités circonstancielles (contraintes architecturales cause d'incapacité).

---

5. L'environnement a été évalué dans des composantes qui ne concernent pas uniquement le « bâtiment » dans sa structure et sa fonctionnalité.

- poursuive la révision du guide d'aménagement de manière à ce qu'il puisse soutenir le développement d'installations physiques pouvant contribuer à assurer aux résidents un environnement humain et physique de qualité et lui conférer un caractère normatif.

18. Que le ministère prenne les mesures requises permettant :

- de réaliser les rénovations mineures aptes à améliorer la qualité de vie des résidents ;
- d'accélérer les projets de rénovation majeurs ou de relocalisation et de transformation de l'organisation de services ;
- d'accentuer le développement des mesures alternatives à l'hébergement institutionnel.

---

## J) La mission des CHSLD

---

### Considérant :

- ✚ Que les places sont presque occupées à 100 %.
- ✚ Que le profil de la clientèle peut varier d'une région à une autre et d'un établissement à un autre.
- ✚ Que les pressions pour admettre les personnes en attente d'une place en CHSLD sont élevées.
- ✚ Que le vieillissement de la population au cours des cinq prochaines années va faire croître cette pression de façon importante.
- ✚ Que les orientations ministérielles relatives à l'organisation des services aux personnes âgées privilégient une transformation caractérisée par un « virage communauté ».
- ✚ Que des études et des projets expérimentaux ont démontré qu'il est possible de desservir dans la communauté ou dans des ressources non institutionnelles des personnes qui sont actuellement orientées en CHSLD.

**Il est recommandé :**

**19.** Que le ministère :

- Précise des critères d'accès aux services d'hébergement et de soins de longue durée de façon à reconnaître la mission des CHSLD à titre de ressources habilitées à accueillir une clientèle en très grande perte d'autonomie qui ne peut être maintenue dans la communauté ou à domicile
- Demande aux agences, dans le cadre des ententes de gestion, d'appliquer les critères révisés en continuité et complémentarité avec la planification d'alternatives à l'hébergement institutionnel.

**20.** Que le ministère facilite le développement d'une organisation de services qui, par des mesures de soutien financier et clinique, permette aux personnes vulnérables de demeurer avec leur famille ou dans un milieu de vie alternatif.

**21.** Que le ministère mette à contribution les équipes de recherche pour assurer le soutien, le suivi, le développement à la transformation de l'offre de service afin de garantir le virage « qualité et communauté ».

---

**K) La mise en application de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux**

---

**Attendu**

- ✚ Que les CHSLD seront intégrés dans l'instance locale.
- ✚ Que le processus de mise en œuvre des orientations ministérielles pour les personnes âgées est fragile.
- ✚ Que le succès de cette opération oblige que les administrateurs et la direction de chacune des instances locales en fasse une priorité.
- ✚ Que le budget actuel ne permet pas de satisfaire à l'ensemble des besoins des résidents.

**Il est recommandé :**

**22.** Que le conseil d'administration de l'instance locale désigne un gestionnaire, conseiller en milieu de vie responsable :

- d'assurer l'implantation des orientations ministérielles dans l'ensemble des milieux d'hébergement de l'instance locale ;
- d'en faire rapport annuellement au conseil d'administration.

23. Que le ministère élabore un processus d'imputabilité et de reddition de compte aux plans local, régional et national en lien avec les ententes de gestion assurant la protection de l'enveloppe budgétaire consacrée aux personnes âgées en perte d'autonomie conformément aux orientations ministérielles et aux cibles nationales.
24. Que, dans le cadre des travaux ministériels en cours, relatifs à la révision du comité des résidents, soit prévu le maintien d'un comité apte à représenter et à défendre adéquatement les droits des résidents, qui soit spécifique au milieu d'hébergement.
- 

**L) La poursuite des visites dans tous les CHSLD et son élargissement à tous les milieux de vie substitut, et ce, pour toutes les clientèles vulnérables**

---

**Attendu**

- ✚ Que la démarche d'appréciation de la qualité s'est avérée un processus efficient et efficace permettant au ministère d'assurer son rôle de vigie en regard de la qualité du milieu de vie et des services dispensés aux personnes vulnérables.
- ✚ Que les modalités opérationnelles privilégiées se distinguent de celles des organismes d'agrément et du protecteur des usagers.
- ✚ Que les résultats de l'opération contribuent et améliorent l'efficacité des processus de reddition de compte et d'imputabilité.
- ✚ Que les outils proposés et la logistique privilégiée se sont révélés adéquats bien que devant être améliorés.
- ✚ Que les visites ont donné un véritable droit de parole aux résidents, à leur familles, à leurs représentants légaux, au personnel et à toutes les personnes préoccupées par l'amélioration des services.

**Il est recommandé :**

25. Que les visites d'appréciation de la qualité des services soient effectuées, sur une base aléatoire, dans tous les milieux de vie substitut à caractère institutionnel et non institutionnel, et ce, pour toutes les clientèles.
26. Que ces visites soient réalisées selon des modalités similaires à celles qui ont été expérimentées en les adaptant à chaque clientèle et à chaque milieu de vie.

---

**M) Le processus de reddition de comptes au regard des présentes recommandations**

---

**Attendu**

- ✚ Que les mécanismes de communication, de concertation et de complémentarité entre les différents paliers organisationnels ont peu contribué à assurer l'imputabilité et la reddition de comptes attendues.
- ✚ Que les travaux à être exécutés et les mesures à mettre en place doivent s'inscrire dans une structure comparable à celle mise en place pour la gestion de projet.
- ✚ Que les lignes de communication doivent être limpides et faciliter les liens de complémentarité à assurer entre chacun des paliers.

**Il est recommandé :**

27. Que la Direction adjointe à la qualité des services de la Direction générale des services sociaux puisse disposer des ressources nécessaires afin d'assurer le suivi des recommandations au plan national.
28. Que le président-directeur général de l'agence identifie la personne de son organisation, responsable au plan régional d'assurer la réalisation et le suivi des recommandations et de collaborer à la réalisation des travaux nationaux.
29. Que l'instance locale confie au conseiller en milieu de vie, la responsabilité d'assurer au plan local la réalisation et le suivi des recommandations et de collaborer aux travaux régionaux et nationaux.

## **CONCLUSION : UN PROJET COLLECTIF**

Les organisations concernées se voient conviées à se concerter afin d'assurer à toute personne requérant un milieu de vie substitut un environnement et des services de qualité. Pour y parvenir, chacune de ces organisations devra être gouvernée par des cibles à atteindre bien identifiées, des actions à entreprendre bien articulées et des échéanciers de réalisation précis s'inscrivant dans une démarche de changement à l'échelle locale, régionale et nationale en évolution.

# **ANNEXE 1**

Communiqué de presse  
du ministre de la Santé et des Services sociaux,  
Monsieur Philippe Couillard

POUR DIFFUSION IMMÉDIATE

Code de diffusion 01

## Pour améliorer la qualité de vie des personnes hébergées

### LE MINISTRE PHILIPPE COUILLARD ANNONCE QUE LES VISITES DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE COMMENCERONT DANS LA SEMAINE DU 26 JANVIER

**Québec, le 15 janvier 2004** – Les visites permettant d'apprécier la qualité de vie des personnes hébergées en longue durée commenceront dans la semaine du 26 janvier, pour se poursuivre jusqu'à la mi-avril. C'est ce qu'a annoncé aujourd'hui le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard. « Les orientations ministérielles sont claires : il faut tout mettre en œuvre pour assurer aux résidents des services et des soins de qualité. Le temps est venu d'aller vérifier sur le terrain dans quelle mesure les établissements parviennent à procurer aux personnes hébergées un milieu de vie de qualité, dans le respect de leur intégrité, de leur dignité, de leur intimité, de leur sécurité, de leur confort et de leur autodétermination », a déclaré le ministre.

Ces visites permettront d'apprécier l'environnement humain, physique et administratif qui prévaut dans chaque milieu. On pourra aussi vérifier, entre autres éléments, la qualité du milieu de vie, la qualité des soins et l'accessibilité des services. Il ne s'agira pas seulement de rencontrer les gestionnaires et le commissaire à la qualité de l'établissement, mais aussi les usagers, les familles, les bénévoles et les membres du personnel.

Les établissements qui seront visités hébergent 4 000 personnes, ce qui correspond à une quarantaine de centres d'hébergement et de soins de longue durée dans l'ensemble des régions du Québec. « Nous nous présenterons en priorité dans les établissements dont nous savons qu'ils présentent des difficultés, par exemple en raison de plaintes ou de rapports du Curateur public. Mais nous irons aussi constater la situation qui prévaut dans certains établissements connus pour la qualité de leur milieu de vie », a précisé monsieur Couillard. L'établissement recevra un préavis de 24 heures avant d'être visité.

Pour mener à bien cette opération, cinq équipes seront constituées. Chacune d'entre elles comprendra quatre personnes, désignées respectivement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie régionale concernée, le Conseil de la protection des malades, ainsi que la table de concertation régionale des aînés.

« Chaque rapport de visite recevra des suites rapides puisque, dans les jours suivant son dépôt, la régie régionale conviendra des suites à y donner avec l'établissement concerné. Si des situations inacceptables sont détectées, elles seront immédiatement portées à mon attention. Un rapport national sera aussi déposé moins d'un mois après la fin des visites. Ce rapport permettra de mieux comprendre les problèmes communs à plusieurs établissements, ou même à l'ensemble d'entre eux, et de mettre en lumière des solutions qui fonctionnent dans certains milieux. En somme, toute cette démarche permettra d'améliorer concrètement notre offre de services aux personnes en perte d'autonomie, et notamment aux personnes âgées », a conclu le ministre.

- 30 -

**Source :** Direction des communications  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Pour renseignements :** Cathy Rouleau  
Attachée de presse du ministre  
de la Santé et des Services sociaux  
(418) 266-7171

## **ANNEXE**

### **LA GRILLE D'ÉVALUATION**

#### **Première partie : données de base**

1. Les coordonnées de l'établissement ;
2. Le nombre de places ;
3. La clientèle ;
4. Le budget ;
5. Le personnel ;
6. Le plan d'intervention ;
7. Le code éthique ;
8. La politique régissant l'utilisation de la contention ;
9. La démarche d'agrément ;
10. Le Curateur public ;
11. Le Protecteur des usagers ;
12. Le plan stratégique;
13. La gestion de la qualité des services et des risques;
14. La mise en œuvre des orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité en CHSLD », publiées en octobre 2003 ;
15. La formation.

#### **Deuxième partie : appréciation de la situation au regard de la mise en place d'un milieu de vie de qualité**

- 1- Le plan d'amélioration de la qualité de vie.
- 2- La mise en application des principes caractérisant un milieu de vie de qualité :
  1. L'information assurée à l'utilisateur et à ses proches ;
  2. La participation de l'utilisateur et de ses proches aux soins ;
  3. L'autonomie, l'identité ou l'intégrité de la personne ;
  4. L'intimité assurée à l'utilisateur ;
  5. La dignité et le respect de l'utilisateur ;
  6. La sécurité et le confort de l'utilisateur.
- 3- L'accessibilité et la qualité des services et des activités :
  1. L'identification d'un intervenant accompagnant l'utilisateur ;
  2. Les activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) ;
  3. Les services spécialisés ;
  4. Les services alimentaires ;
  5. Les activités récréatives et sociales.
- 4- Les mesures, mécanismes ou outils contribuant à un milieu de vie de qualité :
  1. Le plan d'intervention ;
  2. La politique relative à l'utilisation de la contention ;

3. Le code d'éthique ;
4. Le comité des usagers ;
5. La formation ;
6. L'encadrement clinique ;
7. La prévention des chutes ;
8. La prévention des infections ;
9. L'environnement physique ;
10. Les plaintes et les risques.

### **Troisième partie : Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique**

1. L'environnement humain :
  - L'accompagnement du résident ;
  - Un milieu animé et dynamisant ;
  - Un milieu respectueux .
2. L'environnement physique :
  - Lieux communs et semi-privés organisés ;
  - L'information aux résidents et à ses proches ;
  - Le maintien de l'autonomie ;
  - L'identité de la personne ;
  - L'intimité et la socialisation ;
  - Le confort ;
  - La sécurité.

## **ANNEXE 2**

Un milieu de vie de qualité pour les  
personnes hébergées en CHSLD

Grille d'appréciation de la qualité

**Pour un milieu de vie de qualité en CHSLD**



**Grille d'appréciation de la qualité**

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction générale des services à la population  
Service des personnes âgées

Janvier 2004

## Table des matières

	<b>Page</b>
<b>Partie I – Données de base</b>	
1. Les coordonnées	1
2. Le nombre de places	1
3. La clientèle	1
4. Le budget détaillé 2003-2004 de l'établissement	3
5. Le personnel	3
6. Accueil du résident	4
7. Le plan d'intervention individualisé	4
8. Le code d'éthique	5
9. Protocoles ou programmes	5
10. L'agrément	7
11. Le Curateur public	7
12. Le Protecteur des usagers	7
13. La gestion de la qualité des services et des risques	8
14. Les ordres professionnels	9
15. Plan stratégique	10
16. Processus relatif à l'implantation des orientations ministérielles	10
17. Formation clinique	11
18. Formation en gestion	14
<b>Partie II – Appréciation de la situation en regard de la mise en place d'un milieu de vie de qualité</b>	
<b>1. La mise en application des principes caractérisant un milieu de vie de qualité</b>	<b>1</b>
<b>2. L'accessibilité, la qualité des services et des activités</b>	<b>3</b>
2.1 Services de base : soins et activités de la vie quotidienne (AVQ)	3
2.2 Les services spécialisés	4
2.3 Les services alimentaires	4
2.4 Les activités récréatives, sociales et spirituelles	4
<b>3. Les mesures, les mécanismes, les outils ou les instances facilitant la mise en œuvre contribuant à un milieu de vie de qualité</b>	<b>5</b>
3.1 Le plan d'intervention individualisé	5
3.2 La politique relative à l'utilisation de la contention physique et chimique	5
3.3 Le code d'éthique	5
3.4 Le comité des usagers	6
3.5 Le personnel d'encadrement clinique est suffisant	6
3.6 Le personnel clinique est suffisant	7
3.7 La prévention des accidents et incidents	7
3.8 Les plaintes	7
3.9 Rendement de l'employé	7
3.10 Milieu de vie	8
3.11 Points de discussions	8
<b>PARTIE III - Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique</b>	<b>1</b>
1. L'environnement humain	1
2. L'environnement physique	1
3. Environnement physique : sur le lieu des repas des usagers (sauf la chambre)	4
4. Organisation du travail	4
5. Approche des intervenants	5
<b>PARTIE IV - Rencontre avec la direction générale, le conseil d'administration, le commissaire local et le médecin examinateur</b>	

## **Pour un milieu de vie de qualité en CHSLD**

### **PARTIE I :** Données de base

- ❖ Transmis à la direction 24 heures avant la visite
- ❖ Complété par l'établissement
- ❖ Remise à l'équipe d'appréciation de la qualité à la fin de la journée de visite

### **PARTIE II :** Appréciation de la qualité du milieu de vie

- Compléter à partir de l'observation de l'activité repas (dîner ou souper).
- Compléter à partir de la visite des lieux et d'échanges non planifiés avec les usagers, le personnel, les familles et les bénévoles.

En totalité (80 % - 100 %)  
En grande partie (60 % - 79 %)  
Partiellement (20% - 59 %)  
Très peu (0 % - 19 %)

### **PARTIE III :** Appréciation de la qualité de l'environnement humain et physique

- Complétée lors de la première journée de visite de l'établissement par observation et échanges avec les familles, les usagers, les bénévoles et le personnel..

### **PARTIE IV :** Rencontre avec la direction générale, le conseil d'administration, le commissaire local et le médecin examinateur

## Données de base

### PARTIE I

#### DONNÉES DE BASE

##### 1. LES COORDONNÉES :

1,1 De l'établissement :

1,1,1 Nom : \_\_\_\_\_ 1,1,3 Région : \_\_\_\_\_

1,1,2 Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

1,2 De l'installation visitée :

1,2,1 Nom : \_\_\_\_\_ 1,2,3 Région : \_\_\_\_\_

1,2,2 Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

1,3 Nombre d'installations CHSLD que compte l'établissement : \_\_\_\_\_

##### 2. LE NOMBRE DE PLACES :

2,1 Nombre de places au permis :

total :  
longue durée:  
autres programmes (précisez) :  
nombre de chambres :  
    simple :  
    double :  
    triple :  
    quadruple :  
    5 et + :

Établissement	Installation visitée

2,2 Taux d'occupation 2002-2003 :

--	--

2,3 Taux d'occupation 2003-2004 à la 10<sup>ème</sup> période :

--	--

2,4 Durée moyenne de séjour en longue durée en 2002-2003 :

--	--

2,5 Nombre d'admissions en 2002-2003 :

--	--

2,6 Nombre de départs en 2002-2003 :

transferts:  
décès :


##### 3. LA CLIENTÈLE :

3,1 Âge moyen :

--	--

3,2 Nombre de personnes de moins de 65 ans :

--	--

3,3 Diagnostic principal des usagers :

3,3,1 Diagnostic principal disponible ?

Établissement	Installation visitée
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

3,3,2 Date de l'information consignée dans les tableaux suivants :

--	--

## Données de base

3,3,3 Établissement :

Diagnostic principal	Personnes de plus de 65 ans		Personnes de moins de 65 ans	
	Nombre	Pourcent	Nombre	Pourcent
<b>Déficits cognitifs</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Problèmes de santé physique (sclérose en plaques, AVC, etc.)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Diagnostic psychiatrique (troubles bipolaires, schizophrénie, etc.)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Problème de santé mentale (dépression)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Déficiência intellectuelle</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Problèmes de dépendance (alcool, drogue)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Affections diverses (cancer, SIDA, etc.)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				

3,3,4 Installation visitée :

Diagnostic principal	Personnes de plus de 65 ans		Personnes de moins de 65 ans	
	Nombre	Pourcent	Nombre	Pourcent
<b>Déficits cognitifs</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Problèmes de santé physique (sclérose en plaques, AVC, etc.)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Diagnostic psychiatrique (troubles bipolaires, schizophrénie, etc.)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Problème de santé mentale (dépression)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Déficiência intellectuelle</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Problèmes de dépendance (alcool, drogue)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				
<b>Affections diverses (cancer, SIDA, etc.)</b>				
Mobile (se déplace seul, avec ou sans aide technique)				
Non mobile				

3.4 Le délai moyen d'attente d'admission de l'installation suite à une demande d'une personne provenant :

- d'un CHSGS : \_\_\_\_\_ jours
- de son domicile : \_\_\_\_\_ jours
- d'un autre CHSLD : \_\_\_\_\_ jours
- autres : \_\_\_\_\_ jours

3,5 Heures/soins infirmiers et d'assistance requises en moyenne par jour par usager (installation) : \_\_\_\_\_

OU

3,5 Profil type (ISO-SMAF) (installation) : \_\_\_\_\_

3.6 Heures/soins infirmiers et d'assistance travaillées en moyenne par jour par usager (installation) : \_\_\_\_\_

3,7 Heures/services professionnels travaillées en moyenne par usager par mois (installation) : \_\_\_\_\_

## Données de base

### 4. LE BUDGET DÉTAILLÉ 2003-2004 DE L'ÉTABLISSEMENT :

4.1 Budget brut total de l'établissement : \_\_\_\_\_

4.2 Situation budgétaire de l'établissement à la 10<sup>ème</sup> période de l'année 2003-2004 :  
 Surplus estimé : \_\_\_\_\_ ou Déficit estimé : \_\_\_\_\_

*N.B. : pour les prochaines questions, le budget se calcule automatiquement à partir du pourcentage estimé*

4.3 Selon votre expérience et au meilleur de votre connaissance, quelle proportion du **budget total** estimez-vous être consacrée à la mission CHSLD : (100% si c'est la seule mission)

Pourcentage \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ 0 \$

4.4 Selon votre expérience et au meilleur de votre connaissance, quelle proportion du **budget CHSLD** estimez-vous être consacrée à l'installation visitée : (100% si c'est la seule installation)

Pourcentage \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ 0 \$

4.5 Selon votre expérience et au meilleur de votre connaissance, quelle proportion du **budget de l'installation** estimez-vous être consacrée à financer les dépenses de nature :

- cliniques (incluant les cadres cliniques) :	Pourcentage _____	Montant _____	0 \$
- hôtellerie (alimentation, buanderie et entretien ménager)	Pourcentage _____	Montant _____	0 \$
- autres :	Pourcentage _____	Montant _____	0 \$

### 5. LE PERSONNEL :

5.1 Équipe clinique : composition habituelle de l'équipe clinique (équivalent temps complet) et postes vacants

INSTALLATION VISITÉE - NOMBRE D'USAGERS :							
Catégorie d'emplois	Nombre						Postes vacants (installation)
	Jour		Soir		Nuit		
	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	
Préposés							
Infirmiers-auxiliaires							
Infirmiers							
Inf. Chef d'équipe							
Ass. Sup. Imm.							
Coordonnateur							
Inf. Chef							
Directrice des soins							
Autres							

5.2 Exigences académiques d'embauche pour les préposés aux bénéficiaires et précisez l'année à laquelle elles ont été adoptées ?

- Exigences académiques : \_\_\_\_\_

- Année : \_\_\_\_\_

5.3 Services professionnels :

5.3.1 Services disponibles :

Spécialités	Nombre de postes (équivalent temps complet)
Médecin omnipraticien	
Médecin spécialiste (gériatres, psychiatre, etc.)	
Infirmière clinicienne spécialisées	
Psychologue	
Intervenant en loisirs	
Physiothérapeute	
Ergothérapeute	
Inhalothérapeute	
Travailleur social professionnel	
Pastorale	
Pharmacien	
Conseiller (ère) aux soins	
Conseiller (ère) en santé et sécurité au travail	
Conseiller (ère) en milieu de vie	
Technicien en diététique	
Diététiste	
Thérapeute en réadaptation physique	
Technicien en assistance sociale	
Orthophonie	

## Données de base

### 5.3.2 Disponibilité d'un tableau de bord :

L'établissement dispose d'un tableau de bord ou d'un outil lui permettant de connaître les délais d'attente pour obtenir les services d'un professionnel :

- Oui  
 Non  
 En cours

### 6. ACCUEIL DU RÉSIDENT :

L'établissement a-t-il un programme d'accueil ?

- Oui  Non

À l'accueil :

6,1 - on procède à une visite pré-admission ?

- Oui  Non

6,2 - on informe l'usager, sa famille ou son représentant sur la philosophie d'intervention sur les soins offerts et les limites dans l'offre de ceux-ci, les activités et les ressources disponibles, etc. ?

- Oui  Non

6,3 - on dispose d'une évaluation globale initiale multidisciplinaire de l'état de santé dans toutes ses dimensions et on assure le suivi périodique en découlant ?

- Oui  Non

6,4 - on informe l'usager et ses proches sur ses droits ?

- Oui  Non

6,5 - on connaît les volontés de l'usager, sa famille ou son représentant sur le niveau d'intervention pour les soins, la réanimation, etc ?

- Oui  Non

### 7. LE PLAN D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉ :

7.1 Exigé de la direction ?

- Oui  Non

7.2 Participation de l'usager, sa famille ou son représentant dans l'élaboration du plan d'intervention ?

- Oui  Non

7.3 Fréquence minimale de la révision du plan d'intervention exigé ?

- Moins de 3 mois  
 3 à 6 mois  
 6 mois  
 Autre, précisez -> \_\_\_\_\_

7,4 Révision clinique réalisée à "l'unité" :

- 1 fois par jour  1 fois par mois  
 1 fois par semaine  Autre, précisez -> \_\_\_\_\_

7.5 Participation de l'usager, sa famille ou son représentant à toute modification du plan d'intervention ?

- Oui  Non

7.6 Précisez les catégories ou titres d'emploi du personnel participant à la réalisation et à la révision du plan d'intervention ?

Catégorie d'emploi	Réalisation	Révision
Préposé (e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Infirmier (ère) auxiliaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Infirmier (ère)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Professionnel (le)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Cadre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui

## Données de base

7.7 Pourcentage des usagers ayant un plan d'intervention :

	Établissement	Installation
25 % et moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de 26 % à 49 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de 50 % à 74 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 % et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 8. LE CODE D'ÉTHIQUE :

<p>8,1 Adopté par le conseil d'administration :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> En cours d'élaboration, échéancier -&gt; _____</p> <p>Date de la dernière révision : _____</p>	<p>8.2 Processus mis en place pour disposer des questions d'éthique :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez (si oui) : _____</p>

8,3 Moyens pris pour en assurer sa diffusion :

- au personnel : \_\_\_\_\_
- à l'utilisateur : \_\_\_\_\_
- aux proches ou à la famille : \_\_\_\_\_
- aux bénévoles : \_\_\_\_\_

8,4 Mesures prises pour en assurer ou vérifier son respect :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9. PROTOCOLES OU PROGRAMMES :

9.1 Protocole d'intervention régissant l'utilisation de la **contention** adopté par le conseil d'administration :

Oui                                      Date : \_\_\_\_\_

Non

En cours d'élaboration              Échéance : \_\_\_\_\_

En révision

9,1,1 Mesures ou moyens pris pour assurer le suivi de son application :

Oui, précisez lesquels ci-dessous                       Non

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9,1,2 Un rapport sur la prévalence (nombre) de l'utilisation des contentions est réalisé ?

Non

Oui              Transmis au conseil d'administration ?               Oui               Non

Si transmis à d'autres personnes, précisez : \_\_\_\_\_

## Données de base

9,1,3 Mesures alternatives à l'utilisation de la contention mises en place ?

- Non  
 Oui

Précisez lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.2 Protocole de prévention des **chutes** :

- Oui  
 Non  
 En cours d'élaboration  
 En révision

Date : \_\_\_\_\_

Échéance : \_\_\_\_\_

9,2,1 Mesures ou moyens pris pour assurer le suivi de son application :

- Oui, précisez lesquels ci-dessous       Non

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9,2,2 Un rapport sur la prévalence (nombre) des chutes est réalisé ?

- Non  
 Oui

Transmis au conseil d'administration ?       Oui       Non

Si transmis à d'autres personnes ou organismes, précisez :       Oui       Non

9.3 Protocole de prévention **infections** :

- Oui  
 Non  
 En cours d'élaboration  
 En révision

Date : \_\_\_\_\_

Échéance : \_\_\_\_\_

9,3,1 Mesures ou moyens pris pour assurer le suivi de son application :

- Oui, précisez lesquels ci-dessous       Non

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9,3,2 Un rapport sur la prévalence (nombre) des infections est réalisé ?

- Non  
 Oui

Transmis au conseil d'administration ?       Oui       Non

Si transmis à d'autres personnes, précisez : \_\_\_\_\_

9.4 Protocole de prévention des **lésions de pression** :

- Oui  
 Non  
 En cours d'élaboration  
 En révision

Date : \_\_\_\_\_

Échéance : \_\_\_\_\_

9,4,1 Mesures ou moyens pris pour assurer le suivi de son application :

- Oui, précisez lesquels ci-dessous       Non

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Données de base

9,4,2 Un rapport sur la prévalence (nombre) des lésions de pression est réalisé ?

Non

Oui

Transmis au conseil d'administration ?

Oui

Non

Si transmis à d'autres personnes ou organismes, précisez : \_\_\_\_\_

9.5 Protocole pour la gestion de la **douleur** :

Oui

Date : \_\_\_\_\_

Non

En cours d'élaboration

Échéance : \_\_\_\_\_

En révision

9,6 Programme spécifique pour les personnes de moins de 65 ans :

Oui précisez ci-dessous

Date : \_\_\_\_\_

Non

En cours d'élaboration

Échéance : \_\_\_\_\_

En révision

Si oui, précisez le ou les programmes :

---

---

---

---

---

---

9.7 Autres programmes :

Oui (précisez)

Date : \_\_\_\_\_

Non

En cours d'élaboration

Échéance : \_\_\_\_\_

En révision

### 10. L'AGRÉMENT :

Oui

Non

Date : \_\_\_\_\_

Principales recommandations et suites données :

---

---

---

---

### 11. LE CURATEUR PUBLIC :

Oui

Non

Date : \_\_\_\_\_

Principales recommandations et suites données :

---

---

---

---

### 12. LE PROTECTEUR DES USAGERS :

12,1 Nombre de plaintes traitées :

année 2002-2003 \_\_\_\_\_

année 2003-2004 (10<sup>e</sup> pér.) \_\_\_\_\_

12,2 Nature des plaintes :

---

---

---

---

## Données de base

12,3 Nature des recommandations et suivis donnés : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 13. LA GESTION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES RISQUES :

13.1 Nomination d'un Commissaire local à la qualité des services :  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

À temps plein  À temps partiel -> Précisez le % du temps consacré à :

- commissaire : \_\_\_\_\_

- autres fonctions : \_\_\_\_\_

13.2 Plaintes en 2002-2003 :

Nombre de plaintes reçues : \_\_\_\_\_

Nombre de plaintes recevables : \_\_\_\_\_

Nombre de plaintes non-recevables : \_\_\_\_\_

Nombre de plaintes conclues : \_\_\_\_\_

- avec mesures correctrices : \_\_\_\_\_

- sans mesures correctrices : \_\_\_\_\_

Principaux thèmes : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mesures prises, corrections ou modifications apportées :

- Situation individuelle ou de groupe
- Politique, règlement ou procédure
- Approche, philosophie de gestion ou clinique

Précisez : \_\_\_\_\_

13,3 Pourcentage du temps consacré par le commissaire local à la qualité :

- au traitement des plaintes : \_\_\_\_\_

au respect des droits : \_\_\_\_\_

à l'amélioration de la qualité des services (autres que dans le cadre d'une plainte) : \_\_\_\_\_

13,4 Le commissaire local a produit un bilan de ses activités pour l'années 2002-2003 ?

Non

Oui -> joindre copie en annexe

13,5 Nomination d'un gestionnaire responsable de la gestion de la qualité des services et des risques ?

Non

Oui -> précisez le pourcentage du temps consacré à cette fonction : \_\_\_\_\_

13.6 Existence d'un comité de la gestion de la qualité des services et des risques :

Oui  Non  En cours Date de formation : \_\_\_\_\_

13,7 Mesures, actions ou recommandations formulées ou proposées par le comité ?

Non

Oui -> précisez lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Principales suites données : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Données de base

13,8 Régistre local d'accidents et incidents disponible ?

- Non  
 Oui

13,9 Au cours des deux dernières années, y-a-t-il eu des incidents concernant des situations d'abus ?

- Non  
 Oui

- Des actions ont-elles été prises suite à ces incidents ?

- Non  
 Oui ->

précisez lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13,10 Des mesures ont-elles été prises pour que l'établissement informe le personnel de leur obligation d'informer l'utilisateur de tout accident le concernant au cours de la prestation de services ?

- Non  
 Oui ->

précisez lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13,11 La direction générale assure-t-elle un suivi ?

- Non  
 Oui ->

précisez comment : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13.12 Plan d'amélioration de la qualité des services :

Oui       Non      Date : \_\_\_\_\_

En cours d'élaboration      Date prévue : \_\_\_\_\_

Adopté par le conseil d'administration :

Oui      Date : \_\_\_\_\_  
 Non       Ne s'applique pas

Consultation et implication du personnel :

Oui       Non       Ne s'applique pas

**14. LES ORDRES PROFESSIONNELS :**

Oui       Non      Date : \_\_\_\_\_

Principales recommandations et suites données :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Données de base

### 17. FORMATION CLINIQUE :

Thèmes	Année 2001					
	Préposés	Infirmiers auxiliaires	Infirmières	Autres pro- fessionnels	Cadres	CA
Processus du vieillissement normal et pathologique						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Atteintes cognitives						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approches et interventions aidant la personne âgée						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Les droits des usagers						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche "milieu de vie"						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche prothétique						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche aux personnes mourantes						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Alternatives aux mesures de contention						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Gestion des comporte- ments perturbateurs						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Déplacements sécuritaires des résidents						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Outil d'évaluation multi- clientèle						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						

## Données de base

### 17. FORMATION CLINIQUE (SUITE) :

Thèmes	Année 2002					
	Préposés	Infirmiers auxiliaires	Infirmières	Autres pro- fessionnels	Cadres	CA
Processus du vieillissement normal et pathologique						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Atteintes cognitives						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approches et interventions aidant la personne âgée						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Les droits des usagers						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche "milieu de vie"						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche prothétique						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche aux personnes mourantes						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Alternatives aux mesures de contention						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Gestion des comportements perturbateurs						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Déplacements sécuritaires des résidents						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Outil d'évaluation multi-clientèle						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						

## Données de base

### 17. FORMATION CLINIQUE (SUITE) :

Thèmes	Année 2003					
	Préposés	Infirmiers auxiliaires	Infirmières	Autres pro- fessionnels	Cadres	CA
Processus du vieillissement normal et pathologique						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Atteintes cognitives						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approches et interventions aidant la personne âgée						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Les droits des usagers						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche "milieu de vie"						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche prothétique						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Approche aux personnes mourantes						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Alternatives aux mesures de contention						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Gestion des comportements perturbateurs						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Déplacements sécuritaires des résidents						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						
Outil d'évaluation multi-clientèle						
- nombre de personnes :						
- heures par personne :						

17.1 Budget consacré à la formation :

2001-2002 : Montant :		% de la masse salariale :	
2002-2003 : Montant :		% de la masse salariale :	
2003-2004 : Montant :		% de la masse salariale :	

17.2 Politiques et procédures régissant la formation clinique :	Existantes		Respectées		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En partie

17,3 Formation dispensée aux familles ou bénévoles ?

- Oui  
 Non

## Données de base

### 18. FORMATION EN GESTION :

Thèmes	Année 2001				
	Infirmiers auxiliaires	Infirmières	Autres pro- fessionnels	Cadres	CA
Gestion du changement					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Gestion du rendement					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Mobilisation de l'équipe					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Gestion du personnel					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Animation de groupe					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Leadership					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Autres					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					

Thèmes	Année 2002				
	Infirmiers auxiliaires	Infirmières	Autres pro- fessionnels	Cadres	CA
Gestion du changement					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Gestion du rendement					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Mobilisation de l'équipe					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Gestion du personnel					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Animation de groupe					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Leadership					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Autres					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					

## Données de base

### 18. FORMATION EN GESTION (SUITE) :

Thèmes	Année 2003				
	Infirmiers auxiliaires	Infirmières	Autres pro- fessionnels	Cadres	CA
Gestion du changement					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Gestion du rendement					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Mobilisation de l'équipe					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Gestion du personnel					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Animation de groupe					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Leadership					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					
Autres					
- nombre de personnes :					
- heures par personne :					

#### 18.1 Budget consacré à la formation de gestion :

2001-2002 : Montant : \_\_\_\_\_ % de la masse salariale : \_\_\_\_\_  
 2002-2003 : Montant : \_\_\_\_\_ % de la masse salariale : \_\_\_\_\_  
 2003-2004 : Montant : \_\_\_\_\_ % de la masse salariale : \_\_\_\_\_

18.2 Politiques et procédures régissant la formation de gestion :	Existantes		Respectées		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> En partie

#### 19 Description écrites des tâches :

19,1 Préposé aux bénéficiaires       Oui       Non      Date: \_\_\_\_\_  
 19,2 Infirmière auxiliaire       Oui       Non      Date: \_\_\_\_\_  
 19,3 Infirmière chef d'équipe       Oui       Non      Date: \_\_\_\_\_  
 19,4 Assistant du supérieur immédiat       Oui       Non      Date: \_\_\_\_\_  
 19,5 Infirmier chef       Oui       Non      Date: \_\_\_\_\_  
 19,6 Coordonnateur       Oui       Non      Date: \_\_\_\_\_  
 19,7 Professionnel       Oui       Non      Date: \_\_\_\_\_



## PARTIE II

# Appréciation de la situation en regard de la mise en place d'un milieu de vie de qualité



Complété lors de la visite avec chacun des groupes rencontrés

<b>Groupe I</b>	Comité des usagers
<b>Groupe II</b>	CMDP, CM, CII
<b>Groupe III</b>	Groupes d'employés représentant l'ensemble des titres d'emploi

Cette section du questionnaire vise à connaître jusqu'à quel point les personnes rencontrées considèrent que chacun des énoncés témoigne de la situation prévalant dans l'établissement :

- Vrai
- Plutôt vrai
- Plutôt faux
- Faux

## Appréciation de la situation en regard de la mise en oeuvre d'un milieu de vie de qualité

### Groupe I : comité des usagers

<b>1 LA MISE EN APPLICATION DES PRINCIPES CARACTERISANT UN MILIEU DE VIE DE QUALITE</b>					
<b>1.1 L'utilisateur et ses proches ou son représentant légal connaît :</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1.1.1 ses droits :					
1.1.2 les moyens pour faire respecter les droits de l'utilisateur :					
1.1.3 les services accessibles à l'utilisateur :					
1.1.4 l'état de santé de l'utilisateur :					
1.1.5 les effets secondaires des médicaments :					
1.1.6 l'intervenant responsable d'accompagner le résident tout au long de son séjour					
1,1,7 Commentaires :					

<b>1.2 La participation de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant aux soins</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1.2.1 L'information transmise par les professionnels permet un véritable choix à l'utilisateur, aux proches ou à son représentant en regard de toute intervention ou décision le concernant :					
1.2.2 L'opinion de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant est respectée pour tout changement le concernant (ex. : heure des bains, des repas etc.) :					
1.2.3 Commentaires :					

<b>1.3 L'autonomie, l'autodétermination, l'identité et l'intégrité de la personne il est possible pour le résident de :</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1.3.1 recevoir qui il veut dans sa chambre et quand il le veut :					
1.3.2 choisir les mets en fonction de ses goûts et de sa culture :					
1.3.3 aménager son temps en respectant ses habitudes de vie :					
1.3.4 assumer certaines responsabilités dans l'établissement :					
1.3.5 décorer et aménager sa chambre :					
1.3.6 exercer son droit de recevoir de la visite :					
1.3.7 pratiquer sa religion :					
1,3,8 Commentaires :					

**Appréciation de la situation en regard de la mise en oeuvre d'un milieu de vie de qualité**

**Groupe I : comité des usagers**

<b>1.4 L'intimité de l'utilisateur</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1.4.1 Les soins de base et les AVQ (ex. : hygiène) sont dispensés de façon à assurer l'intimité de la personne :					
1.4.2 La vie privée de l'utilisateur est respectée (Exemple : frapper avant d'entrer dans sa chambre, ne pas déplacer ses affaires personnelles sans son consentement, ne pas poser de questions indiscrettes, etc...) :					
1.4.3 L'utilisateur peut être seul quand il le désire :					
1.4.4 Le caractère privé de sa chambre est assuré par des moyens appropriés :					
1.4.5 L'utilisateur peut garder dans sa chambre des objets personnels :					
1.4.6 L'utilisateur peut vivre sa sexualité :					
1.4.7 Commentaires :					

<b>1.5 La dignité et le respect de l'utilisateur</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1.5.1 Les interactions verbales et non verbales du personnel sont axées sur l'utilisateur et non sur la tâche :					
1.5.2 La manière dont le personnel s'adresse à l'utilisateur est respectueuse (Monsieur, Madame, nom de famille, pas de surnom ...) :					
1.5.3 L'utilisateur est traité avec politesse et courtoisie (se présenter, saluer, poser des questions, expliquer toute intervention à faire ...) :					
1.5.4 Le vouvoiement est exigé par l'établissement sauf exception notée au plan d'intervention :					
1.5.5 Même en présence de plusieurs intervenants, les interactions verbales et non verbales demeurent axées sur l'utilisateur :					
1.5.6 Les informations concernant l'utilisateur ne sont pas révélées par le personnel verbalement ou autrement sauf s'il en est autorisé :					
1.5.7 Le personnel ne discute pas des comportements d'un usager dans les lieux publics (cafétéria, corridor, etc.) :					
1.5.8 L'utilisateur peut choisir une personne du sexe de son choix pour certaines interventions spécifiques (hygiène quotidienne, transfert, etc.) :					
1.5.9 Commentaires :					

**Appréciation de la situation en regard de la mise en oeuvre d'un milieu de vie de qualité**

**Groupe I : comité des usagers**

<b>1.6 La sécurité de l'utilisateur</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1.6.1 Les mesures sont prises pour permettre aux usagers de circuler à l'intérieur de la résidence :					
librement					
de façon sécuritaire					
1.6.2 L'entretien sanitaire de l'établissement est adéquat :					
- chambre :					
- unité :					
- aires de vie (cafétéria, salon) :					
- extérieur :					
1,6,3 Le personnel maintient une surveillance vigilante des usagers :					
1,6,4 Le personnel déclare tout accident ou incident lié de près ou de loin au vécu de l'utilisateur :					
1.6.5 Commentaires :					

<b>2 L'ACCESSIBILITÉ, LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS</b>					
<b>2.1 Services de base : soins et activités de la vie quotidienne (AVQ)</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
2.1.1 L'utilisateur obtient rapidement l'aide ou l'assistance requise pour réaliser et obtenir ses soins :					
2.1.2 Les intervenants connaissent la problématique et les besoins de l'utilisateur :					
2.1.3 Les soins, l'aide ou l'assistance dispensés à l'utilisateur répondent à l'ensemble des besoins de la personne :					
2.1.4 La connaissance ou le point de vue des intervenants qui dispensent les services de base sont considérés et partagés avec les autres membres lors de réunion d'équipe :					
2.1.5 Les changements dans la condition de l'utilisateur sont détectés et traités promptement					
2.1.6 La continuité des interventions requises pour l'utilisateur est maintenue d'une équipe à l'autre, d'un jour à l'autre :					
2.1.7 Commentaires :					

**Appréciation de la situation en regard de la mise en oeuvre d'un milieu de vie de qualité**

**Groupe I : comité des usagers**

<b>2,2 Les services spécialisés</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
2,2,1 L'utilisateur obtient facilement et rapidement les services spécialisés dont il a besoin :					
- diététique :					
- physiothérapie :					
- inhalothérapie :					
- psychologie :					
- travailleur social :					
- pharmacie :					
- pastorale :					
- ergothérapie :					
- orthophonie :					
2,2,2 Les professionnels qui dispensent des services aux usagers connaissent les autres interventions professionnelles en lien avec les besoins de cet usager :					
2,2,3 Des procédures spécifiques sont appliquées afin d'assurer le contrôle de la qualité des services spécialisés :					
2,2,4 La revue de la médication prise par les usagers est réalisée :					
2,2,5 Commentaires :					

<b>2,3 Les services alimentaires</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
2,3,1 L'utilisateur dispose de suffisamment de temps pour sa période de repas :					
2,3,2 L'utilisateur peut manger à l'intérieur d'une plage horaire normale :					
2,3,3 L'utilisateur est satisfait de la nourriture :					
- goût					
- température					
- quantité					
2,3,4 Les menus sont élaborés en respectant un cycle de plusieurs semaines	(5 à 6 semaines)	(3 à 4 semaines)	(2 semaines)	(1 semaine)	
2,3,5 Des menus saisonniers et des fêtes sont offerts aux usagers :					
2,3,6 Les problèmes de dénutrition ou de malnutrition de l'utilisateur sont considérés :					
2,3,7 Des mécanismes spécifiques permettent de mesurer la satisfaction des usagers :					
2,3,8 Une évaluation de l'état nutritionnel est effectuée :					
2,3,9 Commentaires :					

<b>2,4 Les activités récréatives, sociales et spirituelles</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
2,4,1 Le résident a accès à des activités qui correspondent à ses goûts, à ses intérêts et à ses capacités :					
- physiques					
- cognitives					
2,4,2 Des mécanismes spécifiques mesurent les attentes et la satisfaction des usagers en regard des activités organisées :					
2,4,3 Commentaires :					

**Appréciation de la situation en regard de la mise en oeuvre d'un milieu de vie de qualité**

**Groupe I : comité des usagers**

<b>3 LES MESURES, LES MÉCANISMES, LES OUTILS OU LES INSTANCES FACILITANT LA MISE EN ŒUVRE CONTRIBUANT À UN MILIEU DE VIE DE QUALITÉ</b>						
<b>3,1</b>	<b>Le plan d'intervention</b>	<b>En totalité</b>	<b>En gr. partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
3,1,1	Les usagers ont un plan d'intervention individualisé :					
3,1,2	Les usagers, leurs proches ou leur représentant légal participent à son élaboration et aux décisions :					
3,1,3	Les plans d'intervention sont <b>révisés régulièrement</b> et <b>en concertation</b> avec l'utilisateur, ses proches ou son représentant légal :					
3,1,4	Commentaires :					

<b>3,2</b>	<b>La politique relative à l'utilisation de la contention physique et chimique</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
3,2,1	L'utilisation des mesures de contrôle est exceptionnelle et de dernier recours :					
3,2,2	Les motifs justifiant l'utilisation de la contention physique sont connus :					
3,2,3	Les motifs justifiant l'utilisation de la contention chimique sont connus :					
3,2,4	Les efforts nécessaires sont faits pour obtenir le consentement de l'utilisateur ou de ses proches ou de son représentant légal lorsque c'est possible :					
3,2,5	Commentaires :					

<b>3,3</b>	<b>Le code d'éthique</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partiellement</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
3,3,1	Le code d'éthique est connu :					
3,3,2	Le code d'éthique gouverne l'approche et la philosophie d'intervention appliquées dans le centre :					
3,3,3	Le code d'éthique est expliqué aux usagers, à leurs familles et aux proches ou à son représentant légal :					
3,3,4	Des mesures sont prises pour en assurer le respect :					
3,3,5	Des mesures sont prises en cas de non respect :					
3,3,6	Commentaires :					

**Appréciation de la situation en regard de la mise en oeuvre d'un milieu de vie de qualité**

**Groupe I : comité des usagers**

<b>3,4 Le comité des usagers</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
3,4,1 Les rencontres du comité sont régulières:	(1 fois par mois)	(1 fois par 2 mois)	(1 fois par 6 mois)	(1 fois par année)	(jamais)
3,4,2 Le comité a un impact significatif sur la qualité de vie des usagers :					
3,4,3 Le comité assure des liens de communication adéquats et suffisants avec les usagers et leurs proches (exemples : rencontres individuelles, rencontres de groupe, sondages, focus groups, autres) :					
3,4,4 Les rencontres sont réalisées en cours d'année avec :	(1 fois par mois)	(1 fois par 2 mois)	(1 fois par 6 mois)	(1 fois par année)	(jamais)
- le conseil d'administration :					
- la direction générale :					
- le CM :					
- le CII :					
- le commissaire local :					
- autres :					
3,4,5 La direction soutient le comité des usagers :					
- local :					
- logistique :					
- personnes ressources :					
- autres :					
3,4,6 Des mesures tangibles sont prises par la direction ou le conseil d'administration suite aux recommandations du comité des usagers :					
3,4,7 Le comité des usagers remplit adéquatement le mandat qui lui est dévolu:					
- renseigner les usagers sur leurs droits:					
- promouvoir la qualité des conditions de vie et évaluer le degré de satisfaction ;					
- défendre les droits et intérêts des usagers:					
- accompagner et assister les démarches de plainte ou d'insatisfaction.					
3,4,8 La composition du comité est représentative des usagers :					
3,4,9 Le comité estime avoir l'indépendance nécessaire à la réalisation de son mandat					
3,4,10 Commentaires :					

<b>3,5 Le personnel d'encadrement clinique est suffisant</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
3,5,1 Jour :					
3,5,2 Soir :					
3,5,3 Nuit :					
3,5,4 Fin de semaine :					
3,5,5 Commentaires :					

## Appréciation de la situation en regard de la mise en oeuvre d'un milieu de vie de qualité

### Groupe I : comité des usagers

3,6 Le personnel clinique est suffisant	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
3,6,1 Jour :					
3,6,2 Soir :					
3,6,3 Nuit :					
3,6,4 Fin de semaine :					
3,6,5 Commentaires :					

3,7 La prévention des accidents et incidents	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
3,7,1 Le processus de prévention des accidents et incidents est satisfaisant :					
3,7,2 Le suivi donné à la prévention des accidents et incidents est satisfaisant :					
3,7,3 Les mesures prises pour le processus de prévention des accidents et incidents ont permis d'améliorer la qualité des services dispensés à l'ensemble des usagers de l'établissement :					
3,7,4 Commentaires :					

3,8 Les plaintes	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
3,8,1 Le processus de traitement des plaintes est satisfaisant :					
3,8,2 Le suivi donné aux plaintes est satisfaisant:					
3,8,3 Les mesures prises suite aux traitements des plaintes ont permis d'améliorer la qualité des services dispensés à l'ensemble des usagers de l'établissement :					
3,8,4 Commentaires :					

3,9 Rendement de l'employé	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
3,9,1 Le responsable intervient rapidement dès qu'un employé manifeste un comportement insatisfaisant :					
3,9,2 Le responsable intervient rapidement dès qu'un employé ne respecte pas le plan d'intervention d'un usager :					
3,9,3 Le responsable s'assure que le comportement ou le rendement insatisfaisant soit corrigé dans les plus brefs délais :					
3,9,4 Des mesures disciplinaires, dont le degré de sévérité est gradué, sont appliquées si le problème persiste :					
3,9,5 Commentaires :					



## **PARTIE III**

# **Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique**

- ❖ Compléter à partir de la visite des lieux et d'échanges non planifiés avec les usagers, le personnel, les familles et les bénévoles

## Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique

<b>VISITES ET ÉCHANGES</b>						
<b>1</b>	<b>L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1,1	Le personnel est attentif aux besoins d'accompagnement du résident					
1,1,1	Assiste l'utilisateur requérant un soutien pour la réalisation de ses AVQ					
1,1,2	Commentaires :					
1,2	<b>Le milieu est animé et dynamisant</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1,2,1	Les résidents circulent librement dans la résidence.					
1,2,2	Les résidents sont invités à socialiser.					
1,2,3	Les résidents ont des activités dans les locaux communs ou dans les unités.					
1,2,4	Les résidents profitent de la présence de bénévoles, de proches ou des familles.					
1,2,5	Commentaires :					
1,3	<b>Le milieu est respectueux</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
1,3,1	Le personnel s'adresse aux résidents par le nom de famille choisi par le résident précédé de Monsieur, Madame ou Mademoiselle.					
1,3,2	Le personnel vouvoie les résidents.					
1,3,3	Le personnel répond avec diligence aux demandes ou aux attentes de l'utilisateur.					
1,3,4	Le personnel fait preuve d'empathie envers l'utilisateur					
1,3,5	Les relations sont « professionnelles » avec le résident.					
1,3,6	Commentaires :					
<b>2</b>	<b>L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
2,1	<b>Les lieux communs ou semi-privés (les unités de vie) sont organisés de façon à ce que l'utilisateur puisse se sentir comme chez-lui :</b>					
2,1,1	- L'utilisateur possède des biens personnels					
2,1,2	- L'utilisateur jouit d'un espace personnel aménagé à son goût					
2,1,3	- L'utilisateur est encouragé à avoir ses effets personnels					
2,1,4	- L'utilisateur est invité à exprimer ses goûts et ses priorités dans l'aménagement de son environnement					
2,1,5	- Les postes de garde sont disparus					
2,1,6	Commentaires :					

## Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique

2,2	<b>L'information au résident et ses proches :</b>	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
2,2,1	- Le Code d'éthique est affiché et connu des usagers ;					
2,2,2	- Les menus sont affichés à la salle à manger ou sur l'unité ;					
2,2,3	- Les journaux sont disponibles.					
2,2,4	- Les activités sont affichées à l'unité ;					
2,2,5	- Le bulletin de la vie de la résidence est disponible ;					
2,2,6	- Le tableau d'orientation (jour, date, année, température extérieure, etc.) est disponible ;					
2,2,7	- Les coordonnées du commissaire local sont affichées					
2,2,8	Commentaires :					
2,3	<b>Le maintien de l'autonomie du résident</b>	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
2,3,1	Les aménagements physiques favorisent l'autonomie fonctionnelle de la personne:					
	- Chambre					
	- Salle de toilette					
	- Salle d'eau					
	- Corridors					
	- Salon					
	- Cuisine					
	- Salle à manger					
2,3,2	Milieu adapté en fonction des usagers présentant des déficits cognitifs : (exemple : absence de bruit, éclairage adéquate).					
2,3,3	L'aménagement extérieur est adapté pour les personnes ayant des déficits cognitifs.					
2,3,4	Commentaires :					
2,4	<b>L'identité de la personne est assurée.</b>	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
2,4,1	La présence d'objets personnels dans les chambres (ex. : mobilier personnel, air climatisé, décorations, etc...) :					
2,4,2	Les portes de chambre sont identifiées :					
2,4,3	Commentaires :					

## Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique

2,5	<b>L'intimité et la socialisation de la personne sont assurées.</b>	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
2,5,1	- Les espaces offrent divers niveaux de socialisation (privé, semi-privé, commun) où les résidents peuvent s'isoler ou recevoir leurs familles ou les proches.					
2,5,2	- Les toilettes sont privées ou semi-privées :					
2,5,3	- Les toilettes ont des portes ;					
2,5,4	- Les salles de bain ont des rideaux ou des aménagements préservant l'intimité ;					
2,5,5	- La salle à manger peut accueillir les personnes en fauteuil roulant					
2,5,6	Commentaires :					
2,6	<b>Le confort de la personne est assuré</b>	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
2,6,1	La température ambiante est confortable					
2,6,2	La fenêtre est accessible à une ouverture pour une personne assise en fauteuil roulant ou pour une personne alitée					
2,6,3	L'éclairage est adaptable et suffisant					
2,6,4	Les lieux sont propres					
2,6,5	Mécanisme d'appel non bruyant					
2,6,6	Le mobilier est adapté aux besoins des personnes (tables, chaises, fauteuils, ...):					
2.6.7	L'architecture adaptée :					
	chambre					
	salle d'eau					
	salle de toilette					
	sortie extérieure de l'établissement					
	galerie					
	ascenseur					
	salle à manger à l'unité de vie					
	salle à manger centralisée					
	salon					
	corridors					
2.6.8	L'errance est contrée par l'utilisation de moyens appropriés :					
2,6,9	Commentaires :					
2,7	<b>La sécurité est assurée</b>	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
2,7,1	Il est facile de circuler <b>librement</b> → et <b>en toute sécurité</b> → à l'intérieur de la résidence.					
2,7,2	Les corridors sont libres à la circulation.					
2,7,3	Des mesures adéquates sont prises pour empêcher l'accès à la chambre des autres usagers.					
2,7,4	Des mesures sont prises pour prévenir les accidents.					
2,7,5	Des mesures sont prises pour corriger les causes d'accident.					
2,7,6	Des indices visuels d'orientation aident l'usager à se retrouver dans son milieu de vie.					
Commentaires :						

## Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique

<b>L'ACTIVITÉ REPAS</b>						
<b>3</b>	<b>Environnement physique : sur le lieu des repas des usagers (sauf la chambre)</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
3,1	Présence d'une cuisinette de type familial (armoire, réfrigérateur, poêle, comptoir, etc.)					
3,2	Endroit assez grand pour accueillir la clientèle et circuler facilement					
3,3	Chaises avec appui bras, assises et dos rembourrés					
3,4	Tables de une à quatre personnes ajustables en hauteur					
3,5	Décorations type salle à manger					
3,6	Température acceptable de la pièce					
3,7	Éclairage de la pièce suffisant					
3,8	Déchet en retrait de la clientèle					
3,9	Horloge et calendrier à gros chiffres					
3,10	Tableau affichant le menu					
3,11	Toiles pare-soleil ou rideaux					
3,12	Vaisselle adaptée (assiette, verre, napperon, anti-dérapant, etc.)					
3,13	Commentaires :					
<b>4</b>	<b>Organisation du travail</b>	<b>En totalité</b>	<b>En grande partie</b>	<b>Partielle-ment</b>	<b>Très peu</b>	<b>Ne sait pas</b>
4,1	Présence du même intervenant à l'heure du repas de l'utilisateur					
4,2	Chaque intervenant à un nombre désigné d'utilisateurs pour tout le repas					
4,3	Les repas se prennent aux heures normales :					
4,3,1	déjeuner :					
	- entre 7:30h et 8:30h :					
	- entre 7:00h et 7:30h :					
	- entre 6:30h et 7:00h :					
	- avant 6:30h :					
4,3,2	dîner (début entre 11:30h et 12:00h) :					
	- entre 11:45h et 12:00h :					
	- entre 11:30h et 11:40h :					
	- entre 11:15h et 11:30h :					
	- avant 11:15h :					
4,3,3	souper (début entre 15:45h et 17:15h) :					
	- entre 17:00h et 17:15h :					
	- entre 16:45h et 17:00h :					
	- entre 16:30h et 16:45h :					
	- avant 16:15h :					
4,3,4	la durée du repas en minutes :					
	- 50 à 60 minutes :					
	- 40 à 49 minutes :					
	- 30 à 39 minutes :					
	- 30 minutes et moins :					
4,4	Chaque intervenant connaît son rôle, ce qu'il doit faire et comment le faire					
4,5	Tout le repas est servi après l'arrivée des utilisateurs					
4,6	Les utilisateurs sont installés pas plus de 15 à 20 minutes avant le repas					
4,7	Commentaires :					

## Observations concernant l'environnement humain et l'environnement physique

5	Approche des intervenants	En totalité	En grande partie	Partielle-ment	Très peu	Ne sait pas
5,1	Manifeste son arrivée à l'utilisateur, se nomme et salue l'utilisateur par Monsieur ou Madame...					
5,2	Vouvoie l'utilisateur, en tout temps et évite les surnoms.					
5,3	Parle d'un ton calme.					
5,4	Approche l'utilisateur lentement et vers l'avant.					
5,5	Pose des questions à l'utilisateur (voulez-vous une soupe au légumes ou un jus de légumes?) plutôt que donner des ordres (mangez votre soupe) ou ne rien dire.					
5,6	Décrit à l'utilisateur ce qu'il mange tout au long du repas					
5,7	Évite de contrarier et essaie de comprendre ce que l'utilisateur veut dire (verbal et non verbal).					
5,8	Vérifie le confort de l'utilisateur.					
5,9	Questionne l'utilisateur ou essaie de comprendre s'il ne s'alimente pas, ou offre un autre choix.					
5,10	Évite de mélanger toute la nourriture de l'utilisateur.					
5,11	Respecte la capacité et le rythme de l'utilisateur.					
5,12	Explique au fur et à mesure le déroulement de l'activité.					
5,13	S'assure que l'utilisateur soit bien positionné (bien assis, table à la bonne hauteur, pieds au sol, etc.).					
5,14	Évite de placer le tablier de l'utilisateur comme napperon sur la table					
5,15	Demeure assis pendant qu'il alimente un usager.					
5,16	Converse avec l'utilisateur durant le repas :					
5,17	Orienté l'utilisateur (lieu – temps – espace).					
5,18	Contrôle les stimuli auditifs (télévision, radio, casse-pilules, porte, ou tout autre forme de bruit).					
5,19	Converse avec les autres intervenants que pour les besoins concernant les usagers (d'un ton calme, en retrait des usagers).					
5,20	Évite les commentaires négatifs sur le repas, ne dénigre pas le menu des usagers (de manière verbale ou non verbale).					
<b>Pendant le repas – communication spécialisée :</b>						
5.21	Utilise, si requis, les techniques de communication telles que la validation, captation sensorielle, réminiscence, etc.					
5.22	Ne confronte pas l'utilisateur. On n'ignore pas l'utilisateur qui ne comprend pas : va chercher de l'aide auprès d'un autre intervenant plutôt que de ne rien faire.					
<b>Après le repas :</b>						
5.23	Observe et rapporte à son supérieur immédiat tout changement dans la condition de l'utilisateur.					
5.24	Commentaires :					

















## **ANNEXE 3**

Membres affectés à chaque équipe d'appréciation  
de la qualité et régions visitées par chacune des équipes

**MEMBRES AFFECTÉS À CHAQUE ÉQUIPE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ  
ET RÉGIONS VISITÉES PAR CHACUNE DES ÉQUIPES**

<b>REPRÉSENTANT MINISTÉRIEL (membres permanents)</b>	<b>REPRÉSENTANT DU CONSEIL DE PROTECTION DES MALADES (membres permanents)</b>	<b>RÉGIONS</b>	<b>MEMBRES REPRÉSENTANT LES AGENCES RÉGIONALES</b>	<b>MEMBRES REPRÉSENTANT LES TABLES RÉGIONALES DE CONCERTATION DES AINÉS</b>
<b>ÉQUIPE 1</b>				
Madame Aline Bégin	Monsieur Sylvain Bernier	14	Monsieur Marc Chouinard	Madame Andrée Martel
		09	Monsieur Denis R. Boudreau	Madame Alma Henry
		03	Madame Carole Durand	Monsieur Raymond Gervais
		13	Monsieur Daniel Proulx	Madame Liliane Lecompte
<b>ÉQUIPE 2</b>				
Madame Lucie Desmeules	Madame Francine Beaudet	02	Madame Hélène Soucy	Madame Maxima Migneault
		08	Madame Denise Stewart	Madame Suzanne Couture- Bordeleau
		12	Madame Guylaine Morin	Monsieur Jean-Guy Martin
<b>ÉQUIPE 3</b>				
Monsieur Louis-Philippe Mayrand	Madame Suzy Landreville	16	Monsieur Jacques Lamontagne	Madame Lorraine Paquin
		01	Monsieur René Dumont	Monsieur Marcel Lebel
		05	Madame France Massicotte Dagenais	Madame Lise Perreault
<b>ÉQUIPE 4</b>				
Monsieur Marcel Ouellet	Madame Dominique Demers	6	Monsieur Ronald McNeil	Monsieur Gilles Larocque
		10	Madame Diane Laboissonnière	Monsieur Jacques Vézina
		15	Monsieur Jean Désy	Madame Huguette Dumay
<b>ÉQUIPE 5</b>				
Monsieur Robert Vallières	Madame Bianca Laliberté	07	Monsieur André Lussier	Madame Colette Parent
		11	Madame Johanne Buisson	Monsieur Gérald Arseneault
		04	Monsieur Denis Grenier	Monsieur Gilles Lebel

## **ANNEXE 4**

### Liste des établissements visités

Liste des établissements visités

ANNEXE 4

Numéro séquentiel	Établissement	Installation	Région	Statut
32	CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette	CHSLD de Rimouski-Neigette	Bas Saint-Laurent (01)	Public
33	CH de Rivière du Loup	Hôpital St-Joseph	Bas Saint-Laurent (01)	Public
36	Complexe hospitalier de la Sagamie	Pavillon St-Vallier	Saguenay-Lac Saint Jean (02)	Public
38	Centre le Jeannois	Pavillon Métabéhouan	Saguenay-Lac Saint Jean (02)	Public
8	Groupe Champlain	Champlain Limoilou	Québec (03)	Privé conventionné
22	CLSC-CHSLD Haute-Ville des Rivières	Foyer St-Antoine	Québec (03)	Public
37	Regroupement Charlevoix	Foyer de Clermont	Québec (03)	Public
45	CHA	Enfant-Jésus	Québec (03)	Public
4	CHSLD Cœur du Québec	Centre Frédérick-Georges-Heriot	Mauricie et Centre-du-Québec (04)	Public
13	CSSS de l'Énergie	Centre Laflèche	Mauricie et Centre-du-Québec (04)	Public
14	CHSLD le Trifluvien	Résidence Cooke	Mauricie et Centre-du-Québec (04)	Public
9	CHSLD Estriade	Centre St-Vincent de Paul	Estrie (05)	Public
10	Centre de Santé Memphrémagog	Centre de Santé Memphrémagog	Estrie (05)	Public
35	Maison Reine-Marie	Maison Reine-Marie	Estrie (05)	Privé conventionné
2	Centre le Cardinal	Centre le Cardinal	Montréal (06)	Privé conventionné
7	Les Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain	Résidence Laurendeau	Montréal (06)	Public
15	Centre Hospitalier Jacques Viger	Centre Jacques Viger	Montréal (06)	Public
20	Groupe Champlain	Centre Champlain Marie-Victorin	Montréal (06)	Privé conventionné
29	CHSLD Émilie-Gamelin Armand-Lavergne	Centre d'accueil Armand-Lavergne	Montréal (06)	Public
31	Résidence Yvon-Brunet	Résidence Yvon-Brunet	Montréal (06)	Public
41	CHSLD Bourget Inc.	CHSLD Bourget Inc.	Montréal (06)	Privé conventionné
24	Centre de santé Vallée de la Gatineau	Foyer Père Guinard	Outaouais (07)	Public
25	CH-CHSLD Papineau	CH Papineau	Outaouais (07)	Public
21	RSSS des Aurores Boréales	Centre hospitalier St-Jean (Macamic)	Abitibi-Témiscamingue (08)	Public
26	Maison Pie XI	Pavillon Youville	Abitibi-Témiscamingue (08)	Public
28	CH Régional de Sept-Îles	Résidence Urgel-Pelletier et Résidence Gustave-Gauvreau	Côte-Nord (09)	Public
30	CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan	Résidence Boisvert	Côte-Nord (09)	Public
46	Centre régional SSS de la Baie-James	Centre de santé de Chibougamau	Baie-James (10)	Public
42	CH de Chandler	USLD	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	Public
43	Centre hospitalier de Gaspé	Pavillon Mgr Ross	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	Public
5	CH de la région de l'Amiante	Pavillon St-Joseph	Chaudière-Appalaches (12)	Public
6	Les CLSC et les CHSLD de la MRC de la Nouvelle-Beauce	CHSLD Ste-Marie	Chaudière-Appalaches (12)	Public
19	Hôtel-Dieu de Lévis	Unité de soins prolongés	Chaudière-Appalaches (12)	Public
34	CHSLD de l'Amiante	Résidence Denis-Marcotte	Chaudière-Appalaches (12)	Public

Liste des établissements visités

ANNEXE 4

Numéro séquentiel	Établissement	Installation	Région	Statut
44	CLSC-CHSLD de la MRC de Montmagny	Pavillon Youville *	Chaudière-Appalaches (12)	Public
3	Manoir St-Patrice Inc.	Manoir St-Patrice Inc.	Laval (13)	Privé conventionné
17	M. Réginald Ratle	Villa les Tilleuls	Laval (13)	Privé conventionné spéc.
47	CLSC-CHSLD Ste-Rose de Laval	Résidence Rose-de-Lima	Laval (13)	Public
12	CLSC-CHSLD d'Autray	Ste-Élizabeth	Lanaudière (14)	Public
39	CLSC-CHSLD Meilleur	Centre Alexandre Archambault	Lanaudière (14)	Public
11	Manoir d'Oka	Manoir d'Oka	Laurentides (15)	Privé non conventionné
18	CLSC-CHSLD des Pays-d'en Haut	Manoir de la Pointe-Bleue	Laurentides (15)	Public
1	Groupe Champlain	Centre Champlain Beloeil	Montérégie (16)	Privé conventionné
16	CHSLD de Longueuil	CHSLD Manoir Trinité	Montérégie (16)	Public
23	Hôpital du Haut-Richelieu	CHSLD Georges Phaneuf	Montérégie (16)	Public
27	CHSLD des Trois-Rives	Foyer Rigaud	Montérégie (16)	Public
40	CHSLD Trèfle d'Or	Centre d'accueil La Prairie	Montérégie (16)	Public

## **ANNEXE 5**

### Table des matières du rapport de visite

# RAPPORT DE VISITE

1. **IDENTIFICATION DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE MINISTÉRIELLE D'APPRÉCIATION.**
2. **SOURCES D'INFORMATION.**
  - Comités et personnes rencontrées ;
  - Lieux visités.
3. **ÉTABLISSEMENTS ET INSTALLATIONS VISITÉS**  
(Partie I – questions 1 – 2 – 3)
  - Coordonnées ;
  - Données factuelles :
    - Nombre de places ;
    - Clientèle ;
4. **ENVIRONNEMENT CLINICO-ADMINISTRATIF**  
(Partie – questions 6 à 13)  
Précisez, pour cette section, les éléments qui vous apparaissent témoigner de la situation de l'établissement. Que peut-on dégager de l'analyse des données présentées par l'établissement : les points forts, les points faibles ?
  - 4.1 Programme ou protocole (questions 6 et 9)
  - 4.2 Gestion de la qualité des services et des risques (question 13)
  - 4.3 Mécanismes ou outils mis en place (questions 7 – 8 – 15)
  - 4.4 Appréciation générale
5. **VISITES D'ORGANISMES PRÉOCCUPÉS OU CONCERNÉS PAR LA QUALITÉ DES SERVICES**  
(Partie I – questions 10 – 11 – 12 – 14)  
Précisez si l'établissement a été l'objet de visites et ce qu'il s'en dégage.
6. **RESPECT DES PRINCIPES CARACTÉRISANT UN MILIEU DE VIE DE QUALITÉ**  
(Partie II – questions 1 – 3 – 10)  
(Partie IV – questions 1 – 2 – 8)  
Précisez ce qui se dégage des perceptions des différents groupes rencontrés.
7. **ACCESSIBILITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES**  
(Partie II – question 2)  
(Partie IV – questions 3 – 4)  
Précisez ce qui se dégage des perceptions des différents groupes rencontrés.
8. **MESURES, LES MÉCANISMES, LES OUTILS OU LES INSTANCES CONTRIBUANT À UN MILIEU DE VIE DE QUALITÉ**  
(Partie II – question 3)  
(Partie IV – question 5)  
Précisez ce qui se dégage des perceptions des différents groupes rencontrés.
9. **ENVIRONNEMENT HUMAIN**  
(Partie IV – questions 1 – 6)  
(Partie III – question 1)  
(Partie III – questions 4 – 5)
10. **ENVIRONNEMENT PHYSIQUE**  
(Partie IV – question 6)  
(Partie III – question 2)  
(Partie III – question 3)
11. **CONCLUSION**  
  
À partir des données consignées (partie I), des informations recueillies (parties II et IV) et des observations effectuées (partie III) :  
  
Procédez à une synthèse des éléments appréciés.
12. **RECOMMANDATIONS**  
  
Procédez aux recommandations qui vous semblent devoir être apportées par l'établissement afin de consolider, améliorer ou corriger certains éléments aux fins d'assurer aux résidents des services et un milieu de vie de qualité.

