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

Visites d'appréciation de la qualité

Rapport National
Septembre 2004 à Juin 2007

Québec

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

Visites d'appréciation de la qualité

Rapport National
Septembre 2004 à Juin 2007

Santé et Services sociaux Québec

Édition :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-57879-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

Mot de la sous-ministre adjointe

Depuis la publication, à l'automne 2003, des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, un virage important a été réalisé par les établissements pour mettre en place les conditions favorables à un milieu de vie qui se rapproche davantage d'un véritable « chez-soi » pour les résidents hébergés en milieux de vie substituts. Par ailleurs, ces établissements ont été soutenus dans cette démarche par diverses mesures, notamment de la formation, des investissements sur le plan immobilier et de nouvelles dispositions légales.

Entreprises en 2004, les visites d'appréciation de la qualité ont, sans nul doute, contribué de façon significative aux améliorations attendues. Par ailleurs, la formation continue des équipes de visite et la bonification annuelle des outils utilisés se sont révélées des conditions essentielles pour assurer la pertinence et l'utilité de ces visites.

Depuis le début, nous avons toujours laissé la parole aux résidents, à leurs proches et aux membres du personnel, de même qu'aux directions des installations visitées. De plus, l'observation du milieu de vie l'a toujours été dans la perspective de voir, au quotidien, ce qui peut faire une différence pour le résident.

Le présent rapport témoigne des efforts consentis et des progrès accomplis dans la mise en place des orientations ministérielles. Nous vous invitons à en prendre connaissance et nous saluons le travail accompli par tous les acteurs concernés à différents niveaux.

Bonne lecture!

Marie-Claude Champoux
Sous-ministre adjointe
Direction générale des services sociaux

Remerciements

Notre premier remerciement s'adresse à tous les résidents, à leurs proches et à leurs représentants qui ont accepté de participer aux échanges avec les équipes de visite. Leur vécu est au cœur de la démarche.

Nous voulons aussi exprimer toute notre reconnaissance aux membres du personnel et aux directions des établissements et des installations visités pour leur collaboration au bon déroulement des visites et pour leur ouverture au regard des recommandations formulées par les visiteurs.

La valeur des visites d'appréciation tient beaucoup à la qualité des personnes qui les font. Ainsi, nous reconnaissons, à sa très juste valeur, le travail accompli par les représentants ministériels, les représentants des agences de la santé et des services sociaux (ASSS), les représentants d'organismes engagés dans la défense des droits ou de l'intérêt des personnes mises en cause (le Conseil pour la protection des malades, la Fédération des sociétés d'Alzheimer du Québec, le Conseil des aînés et la table régionale de concertation des aînés de chacune des régions et, pour une région en particulier, la Fédération de l'âge d'or du Québec).

Le présent bilan n'aurait pu voir le jour sans la contribution exceptionnelle de madame Marie-Hélène Brie, conseillère à la Direction de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Madame Brie s'est appropriée l'ensemble du dossier avec énormément d'intérêt, a procédé à une analyse très rigoureuse des données et s'est investie avec nous dans la rédaction du rapport.

Merci sincère :

À L'ÉQUIPE DE COORDINATION MINISTÉRIELLE (2004 à 2007)

M. Vital Simard, coordonnateur (2004-2007)
M^me^ Josette Chouinard, coordonnatrice (2007)
M^me^ Nicole Nadeau, conseillère (2005-2007)
M^me^ Claire Ouellet, conseillère (2006-2007)
M. Jean-Claude Lang, conseiller (2007)
M^me^ Isabelle Breton, secrétaire (2005-2007)
M^me^ Cécile Dufresne, secrétaire (2006-2007)

AUX REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS MINISTÉRIELS (2004 à 2007)

M^me^ Lyne Chamberland (2004-2007)
M^me^ Ginette Cloutier (2004-2007)
M^me^ Lucie Desmeules (2004-2005
M^me^ Louis-Philippe Mayrand (2005-2006)
M. Marcel Ouellet (2004-2007)
M^me^ Nicole Paquin (2004-2006)

AUX REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS DES AGENCES (2004 à 2007)

M. René Dumont (2004-2007) - Bas-Saint-Laurent
M^me^ Hélène Soucy (2004-2007) - Saguenay-Lac-Saint-Jean
M^me^ Carole Durand (2004-2007) - Capitale-Nationale
M. Denis Grenier (2004-2006) - Mauricie et du Centre-du-Québec
M. Alain Couture (2006-2007) - Abitibi-Témiscamingue
M. Denis R. Boudreau (2004-2006) - Côte-Nord
M^me^ Ginette Fournier (2006-2007) - Côte-Nord
M^me^ Diane Laboissonnière (2005-2006) - Baie-James

M. Serge Beaudry (2006-2007) - Mauricie et du Centre-du-Québec
M[me] France Massicotte Dagenais (2004-2007) - Estrie

M[me] Rachel Gagnon (2004-2007) - Montréal

M[me] Françoise Thomas (2004-2007) - Montréal
M[me] Marie-Claude Hens (2005-2006) - Montréal
M[me] Ghislaine Tremblay (2005-2006) - Montréal
M. Jean-Yves Leblanc (2005-2006) - Montréal
M. Ghislain Girard (2005-2006) - Montréal
M[me] Anne-Marie Lussier (2006-2007) - Montréal
M[me] Francine St-Georges (2006-2007) - Montréal
M[me] Gail Hawley-McDonald (2004-2007) - Outaouais
M[me] Denise Stewart (2004-2006) - Abitibi-Témiscamingue
M[me] Joanne Buisson (2004-2006) - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
M. Gaétan Germain (2006-2007) - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
M[me] Guylaine Morin (2004-2005) - Chaudière-Appalaches
M[me] Chantal Veer (2005-2007) - Chaudière-Appalaches
M. Daniel Proulx (2004-2007) - Laval
M. Marc Chouinard (2004-2006) - Lanaudière
M[me] Danielle Joly (2006-2007) - Lanaudière
M. Jean Désy (2004-2006) - Laurentides
M. André Deshaies (2006-2007) - Laurentides
M[me] Sylvie Beaudoin (2004-2006) - Montérégie
M. Robert Baril (2006-2007) - Montérégie

AUX REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS NATIONAUX (2004 à 2007) – Conseil de la protection des malades

Me Martin Roy (2004-2006)
M. Sylvain Bernier (2004-2005)
Me Bianca Laliberté (2004-2006)
Me Dominique Demers (2004-2006)
Me Sarah Trudeau (2004-2005/2006-2007)
Me Sophie Marchildon (2005-2006)
Me Francine Beaudet (2006-2007)
Me Martyne Isabel-Forest (2006-2007)

AUX REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS NATIONAUX (2004 à 2007) – Fédération québécoise des sociétés Alzheimer

M[me] Nicole Poirier (2004-2007)
M[me] Chantal Gosselin (2004-2005/2006-2007)
M[me] Marie-Claude Gagnon (2006-2007)
M[me] Anne Tremblay (2006-2007)
M[me] Denise Tremblay (2005-2006)

AUX REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS RÉGIONAUX (2004 à 2007) – Table régionale des aînés

M. Marcel Lebel (2004-2006) - Bas-Saint-Laurent

M[me] Michelle Francoeur (2006-2007) - Bas-Saint-Laurent
M[me] Maxima Migneault (2004-2007) - Saguenay-Lac-Saint-Jean
M. Raymond Gervais (2004-2007) - Capitale-Nationale

M. Gilles Lebel (2004-2007) - Mauricie et du Centre-du-Québec
M. Roch Perreault (2004-2007) - Mauricie et du Centre-du-Québec
M[me] Lise Perreault (2004-2007) - Mauricie et du Centre-du-Québec
M. Gilles Larocque (2004-2005) - Montréal
M[me] Monique Côté Petit (2005-2006) - Montréal
M. Henri Gervais (2006-2007) - Montréal
M[me] Christine Charlebois (2004-2006) - Outaouais
M. Mohammed Khalid (2006-2007) - Outaouais
M[me] Suzanne Couture-Bordeleau (2004-2007) - Abitibi-Témiscamingue
M[me] Alma Henry (2004-2007) - Côte-Nord

M. Gérald Arsenault (2004-2005) - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
M. Gérard Michaud (2006-2007) - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
M. Jean-Guy Martin (2004-2007) - Chaudière-Appalaches
M[me] Liliane Lecompte (2004-2006) - Laval

M[me] Marthe Laforest (2006-2007) - Laval

M[me] Bernadette Labrosse 92004-2007) - Lanaudière
M[me] Huguette Dumay (2004-2007) - Laurentides
M[me] Lorraine Paquin (2004-2006) - Montérégie
M[me] Anyela Vergara (2006-2007) - Montérégie

Table des matières

MOT DE LA SOUS-MINISTRE ADJOINTE i

REMERCIEMENTS ii

LISTE DES ACRONYMES vi

LISTE DES FIGURES vii

PREMIERE PARTIE – Mise en contexte 1

PRÉAMBULE 2

CHAPITRE 1 – La démarche des visites d'appréciation et son évolution 3

CHAPITRE 2 - Le bilan synthèse du suivi donné aux recommandations du premier rapport national de juin 2004 4
- 2.1 Le suivi des recommandations portant sur l'environnement organisationnel 4
- 2.2 Le suivi des recommandations portant sur les services et les activités 7
- 2.3 Le suivi des recommandations portant sur l'environnement physique 8
- 2.4 Le suivi des recommandations portant sur la reddition de comptes demandée par le MSSS et la poursuite des visites d'appréciation dans tous les CHSLD et dans d'autres milieux substituts 10

DEUXIÈME PARTIE – Bilan national des visites d'appréciation de la qualité réalisées en CHSLD pour les années 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007 12

PRÉAMBULE 13

CHAPITRE 3 – Un regard sur les milieux visités 14
- 3.1 Quelques caractéristiques des installations 14
- 3.2 La présence d'un conseiller *Milieu de vie* 16
- 3.3 La formation 16
- 3.4 La gestion des risques 17
- 3.5 Les plaintes 18
- 3.6 Les résidents âgés de moins de 65 ans 19

CHAPITRE 4 – La classification des installations 21
4.1 La classification des installations selon les équipes ministérielles 21
4.2 L'appréciation des quatre environnements 23
4.3 Les perceptions différenciées des groupes rencontrés 25

CHAPITRE 5 – Un regard sur les éléments appréciés 27
5.1 La méthodologie 27
5.2 L'environnement organisationnel 28
5.3 Les services, activités et fournitures 38
5.4 L'environnement humain 48
5.5 L'environnement physique 55

CHAPITRE 6 – Les situations inacceptables 61

CHAPITRE 7 - La mise en œuvre des recommandations adressées aux établissements 62

CHAPITRE 8 - Les recommandations de priorités d'action au ministère de la Santé et des Services sociaux 64

CONCLUSION 66

BIBLIOGRAPHIE 67

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre de référence portant sur les visites d'appréciation de la qualité effectuées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée en 2006-2007

Annexe 2 : Recommandations formulées dans le rapport national publié en juin 2004

Annexe 3 : Établissements et installations ayant reçu une visite d'appréciation entre 2003 et 2007

Annexe 4 : Arbre d'analyse des données

Liste des acronymes

AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
AVQ	Activité de la vie quotidienne
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CPM	Conseil pour la protection des malades
DEP	Diplôme d'études professionnelles
DGCFERI	Direction générale de la coordination, du financement, des équipements et des ressources informationnelles
DGSS	Direction générale des services sociaux
DPAPA	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAB	Préposés aux bénéficiaires
PDSB	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PPP	Partenariat public privé
RI	Ressources intermédiaires
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
RTF	Ressources de type familial
SICHELD	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

Liste des figures et tableaux

FIGURE 1 - Pourcentage, par région, des installations visitées de 2003 à 2007 11
FIGURE 2 - Appréciation des environnements selon les équipes ministérielles 24
FIGURE 3 - Catégorisation des installations selon les environnements 25
FIGURE 4 - Classification des environnements selon les groupes rencontrés 26

TABLEAU 1 - Caractéristiques des installations visitées de 2004 à 2007 15
TABLEAU 2 - La présence d'un conseiller *Milieu de vie* 16
TABLEAU 3 - Les activités de formation 17
TABLEAU 4 - Les plaintes 19
TABLEAU 5 - Les Programmes pour les personnes âgées de moins de 65 ans 20
TABLEAU 6 - Classification des installations selon les équipes ministérielles 22
TABLEAU 7 - Croisement des cotes et caractéristiques des installations 23
TABLEAU 8 - Mise en œuvre des recommandations 63

PARTIE 1

Mise en contexte

Préambule

En juin 2004, un premier bilan était fait à la suite de la visite de 47 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces visites avaient été entreprises consécutivement au dépôt, en octobre 2003, des orientations ministérielles intitulées *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*.

L'une des 29 recommandations de ce rapport incitait à poursuivre les visites dans tous les CHSLD et à élargir leur portée à tous les milieux de vie substituts, pour tous les usagers vulnérables, compte tenu :

- 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 comptes 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 leurs familles, à leurs représentants légaux, au personnel et à toutes les personnes préoccupées par l'amélioration des services.

À la demande de monsieur Philippe Couillard, alors ministre de la santé et des services sociaux, les visites d'appréciation de la qualité se sont donc poursuivies en CHSLD et, par la suite, elles ont été entreprises dans les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), de même que dans les centres jeunesse.

Depuis 2004, aucun nouveau bilan national n'a été produit. Le présent rapport :

- décrit brièvement la démarche d'appréciation et son évolution ;
- fait état du suivi réalisé quant aux 29 recommandations adressées, en juin 2004, au MSSS ;
- expose une analyse des résultats des visites d'appréciation de la qualité en CHSLD pour les années 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007 ;
- propose de nouvelles pistes d'actions.

Chapitre 1
La démarche des visites d'appréciation et son évolution

Essentiellement, la visite d'appréciation en CHSLD constitue une démarche planifiée d'observation du milieu et un exercice structuré d'échanges avec les résidents et leurs familles, les membres du comité des usagers et du comité de résidents, le représentant du Curateur public du Québec, des bénévoles, le personnel et l'équipe de direction de l'établissement.

La visite tend à être un exercice efficace et efficient principalement par :

- la composition même de l'équipe de visite ;
- la formation préalable obligatoire de ses membres ;
- sa propre durée ;
- la transmission, le jour même, à l'établissement des principales constatations et recommandations ;
- la possibilité, pour l'établissement, de rétroagir par des commentaires écrits et officiels au projet de rapport ;
- la production par l'établissement, en collaboration avec l'ASSS, d'un plan d'amélioration concret, lequel fait l'objet d'un suivi régional régulier par une personne désignée et dont les résultats sont acheminés, annuellement et selon une forme prédéterminée, à l'Unité des visites d'appréciation.

Ici, nous reportons le lecteur à l'annexe 1; celle-ci présente le cadre de référence général et spécifique qui s'appliquait aux CHSLD en 2006-2007. L'information qui s'y trouve est particulièrement utile pour bien comprendre l'ensemble de la démarche.

Depuis la parution du rapport de 2003-2004 et jusqu'en 2007, la poursuite des visites s'est effectuée en CHSLD au rythme de 10 % de l'ensemble des installations visées annuellement (public, privé conventionné, privé avec permis).

En 2005-2006, le programme de visites a été préparé pour les RI-RTF en ce qui concerne les usagers suivants : personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes, personnes présentant une déficience intellectuelle ou des problèmes de santé mentale. La même année commençaient les visites en centres jeunesse, volet hébergement des jeunes en difficulté d'adaptation.

Depuis l'automne 2006, une formation sur mesure est offerte aux équipes de visite en collaboration avec l'École nationale d'administration publique. De plus, à la suite des échanges avec l'ensemble des visiteurs, les grilles de rencontres et d'observations ont été révisées chaque année. Enfin, tous les rapports de visites d'appréciation sont disponibles au bénéfice du public dans le site Internet du MSSS dont l'adresse est la suivante : [http://www.msss.gouv.qc.ca/visites_appréciation].

Chapitre 2

Le bilan synthèse du suivi donné aux recommandations du premier rapport national de juin 2004

L'ensemble des 29 recommandations du rapport national 2003-2004 porte essentiellement sur l'environnement organisationnel, les services et les activités, l'environnement physique, le processus de reddition de comptes au regard de ces différentes recommandations et, rappelons-le, la poursuite de la démarche des visites d'appréciation dans tous les CHSLD et dans d'autres milieux de vie substituts. Le lecteur trouvera à l'annexe 2 une présentation détaillée de ces recommandations.

D'entrée de jeu, voici un extrait tiré de ce rapport national qui traduit la portée des interventions à mettre de l'avant :

> *« 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 ».*

Dès la sortie du rapport national, la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie (DPAPA) s'approprie l'ensemble des recommandations adressées au MSSS et inscrit, dans son plan d'action 2005-2010 intitulé *Un défi de solidarité, les services aux aînés en perte d'autonomie*, les actions concertées jugées nécessaires pour y répondre.

Depuis lors, plusieurs démarches ont été mises en place, avec la participation et le soutien actif des différentes directions du MSSS, des ASSS et des établissements, afin de mettre sur pied une véritable approche *Milieu de vie* de qualité pour les résidents hébergés.

À cette fin, voici le bilan synthèse des résultats du suivi donné aux 29 recommandations.

2.1 Le suivi des recommandations portant sur l'environnement organisationnel

Sont ici regroupées les recommandations portant sur les thèmes suivants : *le traitement d'une plainte du résident; le protocole d'application des mesures de contrôle; les règles de divulgation des accidents et des incidents; le comité des usagers et le comité de résidents; la gestion des attitudes et des comportements des employés et la formation.*

Les recommandations portaient sur trois points principaux :

- les mécanismes garants de la qualité (comité des usagers et comité de résidents, processus de traitement des plaintes) ;
- l'organisation du travail (formation, programmes, protocoles et outils de gestion cliniques) ;
- la gestion du personnel (code d'éthique, recrutement et embauche du personnel, conseiller *Milieu de vie*).

À ce jour, les résultats observables sont les suivants :

Le comité des usagers et le comité de résidents

Le projet de Loi 83 a permis de consolider le rôle du comité des usagers et du comité de résidents à l'égard de la qualité des services dans les établissements et dans les installations. Des « Lignes directrices » pour la mise sur pied des comités des usagers et des comités de résidents ont été élaborées en février 2006 par la Direction de la qualité. La promotion et la diffusion du nouveau Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents ont aussi été réalisées en juin 2006.

Le mécanisme de traitement des plaintes et les fonctions du commissaire local à la qualité et aux plaintes

Dans la même foulée, la direction de la qualité a publié des « Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les agences de la santé et des services sociaux ». Un guide de gestion de la qualité a aussi été produit afin de faire connaître les rôles et responsabilités de ce nouveau comité.

L'organisation du travail

À la suite des recommandations du rapport national, divers projets de **formation** ont vu le jour.

Un milieu de vie de qualité. Au cours de l'automne 2005, une session de sensibilisation à l'intention des membres des conseils d'administration et des directions d'établissements a été diffusée à l'ensemble du réseau. Depuis mai 2006, une formation est offerte aux gestionnaires que concerne l'application concrète des principes fondant l'approche *Milieu de vie* de qualité (outils visant à réviser l'organisation des services et du travail). De plus, un guide destiné aux gestionnaires est en voie d'élaboration. Environ 80 % des établissements ciblés pour cette formation y ont participé.

Les préposés aux bénéficiaires (PAB). La formation continue des PAB et le resserrement des critères d'embauche de cette fonction, par l'exigence du diplôme d'études professionnelles (DEP), font partie intégrante du plan d'action 2005-2010 de la DPAPA. L'objectif sous-jacent à ces actions est la revalorisation et la promotion du travail du PAB, lequel rejoint les orientations ministérielles « Milieu de vie de qualité ». Des travaux ont été menés afin de mettre sur pied une formation en cours d'emploi et, en février 2009, la formation « Agir auprès de la personne âgée » était rendue disponible pour les établissements. Cette formation pourrait rejoindre les 35 000 PAB des CHSLD et des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Parallèlement aux travaux de développement de la formation en cours d'emploi, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) a également entrepris la révision du DEP dont le but est de former les PAB appelés à travailler dans les CHSLD. Cette révision permet un enrichissement des apprentissages, principalement sur le plan du savoir et du savoir-être, grâce à un ajout de 120 heures au programme.

Les mesures de contrôle. Un programme de formation « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement » a été élaboré et publié en 2006. En novembre et décembre 2006, 64 formateurs ont suivi un programme les habilitant à former à leur tour d'autres formateurs et, ainsi, à assurer la diffusion et le soutien de cette approche dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les CHSLD privés-conventionnés de la province. La formation pratique au sein des milieux a été entreprise en septembre 2007. En 2009, 66 % du personnel habilité à prescrire des contentions aura été rejoint par la formation. Il importe de noter que ce thème a également été inclus, avec un contenu adapté, à la formation PAB.

La prévention des infections. Des travaux sont en cours pour le développement d'une activité de formation portant sur le contrôle de la propagation des infections, adaptée à la réalité des CHSLD. Cette activité est élaborée par la Direction de la santé publique en concertation avec la DPAPA. Celle-ci devrait être disponible au cours de l'automne 2009.

La gestion du personnel

En 2005, dans le contexte du renouvellement des conditions de travail du personnel du réseau et à la suite de l'introduction d'une lettre d'entente dans les conventions collectives, le *Cadre de référence pour le signalement de comportements en établissement hébergeant des personnes vulnérables*, publié par le ministre Philippe Couillard en 2004, a été mis de l'avant. Il intègre l'obligation du respect d'un code d'éthique par les intervenants.

Dans le contexte du plan d'action 2006-2010 pour les PAB, des critères d'embauche ont été élaborés par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) et mis à la disposition des établissements.

En ce qui concerne les recommandations portant sur le conseiller *Milieu de vie*, aucune action spécifique n'a été instaurée dans le contexte de restructuration des réseaux locaux de services. Cependant, des projets sont à l'étude.

2.2 Le suivi des recommandations portant sur les services et les activités

Dans le rapport 2003-2004, tous reconnaissent que la programmation des soins, des services, des activités récréatives, sociales et spirituelles sont autant d'ingrédients essentiels qui participent à assurer un milieu de vie de qualité.

Les recommandations portaient sur les deux points principaux suivants :

- le rehaussement des services et la mise à contribution de l'ensemble des ressources existantes, permettant de répondre aux besoins des résidents dans le domaine des soins et des services ;
- l'importance de définir, dans la programmation, des activités récréatives, sociales et culturelles, le jour, le soir et la fin de semaine, adaptées aux besoins, aux goûts, aux préoccupations et aux capacités diversifiées des différents usagers.

Les résultats observables à ce jour se définissent ainsi.

Dans le souci d'offrir le bon service à la bonne personne, les critères d'admission des résidents en CHSLD ont été revus afin de réserver ce type d'hébergement aux personnes présentant un profil de besoins particulier. Dans cet ordre d'idées, la DPAPA s'est donné une balise d'admission fixant le seuil minimum de besoin des résidents à trois heures de soins travaillées par jour présence. Ce resserrement des critères d'admission en CHSLD s'est réalisé progressivement afin que l'intensité de services qui en découle augmente, elle aussi, de façon graduelle. L'enjeu de ce changement consiste à conserver, en dépit de l'alourdissement de la clientèle, une réponse adéquate aux besoins de soins infirmiers, de soins d'assistance et de services professionnels des résidents, et ce, tout en s'assurant de leur offrir un milieu de vie de qualité. En 2007, un peu plus de 3,02 heures en soins infirmiers et en assistance étaient comptabilisées par jour présence.

Au regard de l'offre de services professionnels[1] en CHSLD, le rapport national de 2004 indiquait que les heures consacrées aux services professionnels se situaient à environ 0,19 heure par jour présence. Un seuil minimal a été fixé par la DPAPA à 0,23 heure travaillée par jour présence. Depuis le suivi annuel des ententes de gestion, la DPAPA signale, en mars 2007, une prestation qui serait de l'ordre de 0,209 heure en services professionnels par jour présence. Par conséquent, des efforts additionnels devront être consentis afin d'atteindre l'objectif fixé.

En ce qui concerne le deuxième point des recommandations, aucune réflexion n'a été menée à ce jour quant à la définition d'une programmation des activités récréatives, sociales et culturelles adaptée aux résidents en CHSLD.

1. Les services professionnels, comme nous les entendons ici, comprennent : l'inhalothérapie, la psychologie, les services de pharmacie, l'audiologie et l'orthophonie, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'animation en loisirs et la nutrition clinique. Les soins infirmiers sont exclus.

2.3 Le suivi des recommandations portant sur l'environnement physique

Les visites faites en 2003-2004 ont mis en lumière l'impact significatif de l'environnement physique autant sur la qualité de vie des résidents que sur l'exécution des tâches par le personnel. Force a été de constater que, de façon générale, les lieux physiques n'étaient pas adéquats pour les usagers, notamment pour favoriser le maintien de l'autonomie fonctionnelle du résident et le respect de son intimité, de même que pour assurer le bien-être des personnes présentant des déficits cognitifs.

Les recommandations portaient sur les trois points principaux suivants :

- les mesures importantes à mettre en place afin d'optimiser les espaces disponibles, l'élimination des chambres à plus de deux lits dans les milieux d'hébergement, les regroupements sélectifs des usagers et l'élimination de l'hébergement en milieu hospitalier ;
- l'urgence des besoins de rénovation ou de relocalisation de plusieurs installations, l'élaboration d'une grille d'analyse standardisée permettant de donner la priorité aux projets d'immobilisation soumis et la poursuite de la révision du guide d'aménagement. L'élaboration d'outils permettant le développement d'installations physiques contribuant à assurer aux résidents un environnement humain et physique de qualité, tout en leur conférant un caractère normatif ;
- l'examen de la possibilité de mettre au point des formules de partenariat avec les secteurs public, privé ou communautaire et l'accélération des projets de solutions de remplacement à l'hébergement institutionnel.

Les résultats observables à ce jour sont les suivants :

Évaluation fonctionnelle et technique des CHSLD

Un « Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie – Volet immobilier » a été introduit en 2005. Dès l'été 2006, l'opération « Évaluation fonctionnelle et technique des CHSLD » a été mise en place avec la participation de la Direction générale des services sociaux (DGSS) et la Direction générale de la coordination, du financement, de l'équipement et des ressources informationnelles (DGCFERI).

Sous la signature de monsieur Roger Paquet, alors sous-ministre, le cadre financier du programme d'intervention en CHSLD 2006-2007 spécifique de chaque région a été annoncé et des budgets ont été octroyés à partir d'un grille d'analyse standardisée. Une compilation des données relatives aux projets déposés a démontré que ces derniers ont privilégié, notamment, l'élimination des chambres multiples et la correction des problématiques fonctionnelles et techniques. On a également mis l'accent sur la relocalisation des lits d'hébergement situés dans des centres hospitaliers spécialisés ou surspécialisés, par le recours à des ressources alternatives existantes ou par le déploiement de nouveaux milieux (RI-RTF, etc.).

En 2006-2007, des enveloppes budgétaires ont été rendues disponibles pour des *rénovations fonctionnelles mineures* (105 M$) et pour des *rénovations fonctionnelles majeures* (297,24 M$). De plus, deux régions se sont partagées l'enveloppe budgétaire initiale de 61,3 M$ pour le *développement de nouveaux lits*. Dans certaines installations en CHSLD, il a été prévu de mettre en place une unité prothétique par laquelle il devient possible d'offrir un environnement adapté aux résidents qui présentent, notamment, des déficits cognitifs, des problèmes de santé mentale ou une déficience intellectuelle.

Avec la réalisation de « l'Évaluation fonctionnelle et technique des CHSLD », 30 % des chambres multiples ont été éliminées à ce jour. Cependant, c'est à long terme que l'on verra le nombre de chambres multiples diminuer, et ce, de façon significative, après la fermeture possible de certaines installations considérées comme vétustes.

Le guide d'aménagement

Des séances de travail sont en cours afin de déterminer les besoins d'aménagement du milieu de vie en rapport avec les orientations et l'accueil de résidents nécessitant trois heures ou plus de soins, et dans le but de mieux circonscrire les modifications à apporter.

Les formules de logement diversifiées

La DPAPA poursuit deux grands objectifs dans son plan d'action 2005-2010 : améliorer l'accès aux services et soutenir l'établissement de formules diversifiées de logement en vue d'offrir le plus d'options possible aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches. Différents chantiers ont été mis en place afin de déterminer les formules les mieux adaptées aux usagers à desservir, tout en assurant à ceux-ci la qualité de vie recherchée.

Le partenariat public privé (PPP). En 2006, les ASSS ont déposé des plans d'action régionaux indiquant les besoins en nouvelles places d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. L'établissement de 1 000 à 1 200 places dans des CHSLD était annoncé. Un premier projet d'achat de 200 nouvelles places en hébergement et soins de longue durée en mode PPP a été amorcé au printemps 2006 et, en avril 2009, le projet était officiellement annoncé. Des visites d'appréciation sont prévues dans ces centres afin d'assurer aux résidents un milieu de vie de qualité.

Les projets novateurs. Les projets novateurs reposent sur un partage de responsabilités entre des partenaires des secteurs public, privé et communautaire. Par l'actualisation de ce type de projet, le MSSS veut expérimenter de nouvelles formules où le volet hébergement est assuré par le secteur privé qui assure l'organisation du soutien aux personnes en perte d'autonomie. Les services de santé, les services sociaux et les services d'aide sont offerts en collaboration avec les autres acteurs du milieu.

Le programme de projets novateurs a permis de développer 31 projets dans 16 régions pour un total de 509 places. Une recherche évaluative a été menée à propos de ces projets et le rapport final est disponible dans le site Internet du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

2.4 Le suivi des recommandations portant sur la reddition de comptes demandé par le MSSS et la poursuite des visites d'appréciation dans tous les CHSLD et dans d'autres milieux substituts

Le processus des visites d'appréciation de la qualité se concluant par des recommandations adressées aux établissements, ces derniers sont tenus d'élaborer un plan d'amélioration exposant les actions qui seront entreprises. Ce sont les ASSS qui ont la responsabilité d'assurer le suivi des plans d'amélioration des établissements de leur territoire. À ce sujet, le rapport national de 2004 a mis en lumière le besoin de soutien des ASSS dans la réalisation de ce mandat et a soulevé la pertinence de documenter, sur le plan national, les améliorations effectuées. Toujours en ce qui concerne le processus des visites d'appréciation, le rapport national concluait également, à la suite d'une première expérience positive, que ces visites avaient non seulement avantage à être reconduites, mais encore qu'il serait pertinent de les élargir à d'autres milieux de vie substituts.

Les recommandations portaient sur les deux points principaux suivants :

- élaboration d'un processus d'imputabilité et de reddition de comptes pour les ASSS ;
- poursuite des visites en CHSLD et élargissement de la démarche à d'autres milieux de vie substituts.

Les résultats observables à ce jour se définissent comme suit.

La reddition de comptes

Depuis 2005, une demande de désignation d'un responsable du suivi des plans d'amélioration est adressée annuellement à chaque ASSS. Le 31 mars de chaque année, les ASSS doivent produire un bilan de l'état d'avancement des plans d'amélioration des installations visitées sur leur territoire.

En 2006, une directive à propos de l'obligation d'approbation par l'ASSS du plan d'amélioration de l'établissement a été mise en place par l'Unité des visites d'appréciation et diffusée auprès des ASSS.

Depuis 2005, une reddition de comptes annuelle est aussi exigée des ASSS par l'intermédiaire de la DPAPA à propos de certaines conditions considérées comme favorables à la qualité des services et à l'intégration de l'approche *Milieu de vie*.

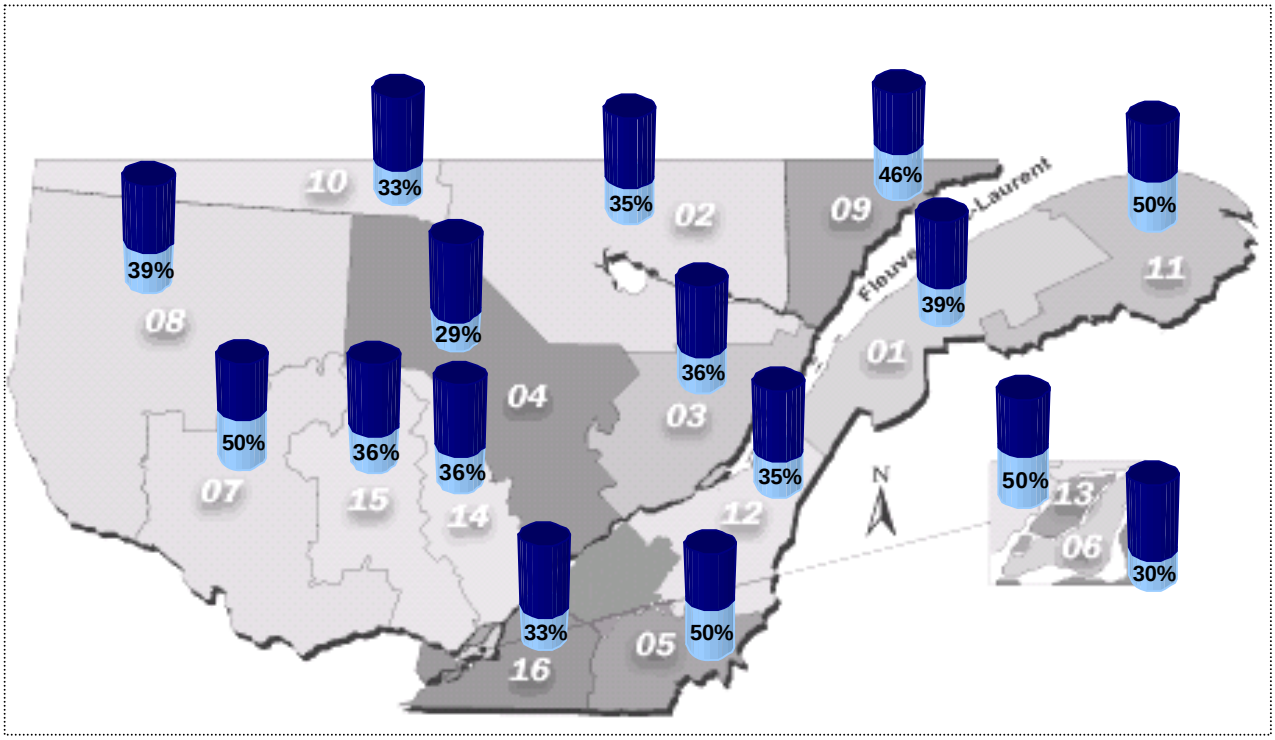
Maintenant obligatoire pour tous les établissements, le processus d'agrément comporte, par ailleurs, le devoir d'actualiser un mécanisme d'évaluation de la satisfaction des usagers.

La poursuite des visites d'appréciation

Tel que le mentionne le premier chapitre, les visites d'appréciation ont été reconduites dans les CHSLD et élargies à d'autres milieux de vie substituts (RI-RTF, centres jeunesse). Le présent bilan se concentrant sur le volet CHSLD des visites d'appréciation, les autres milieux feront l'objet d'un rapport subséquent.

Rappelons que, pour l'année allant de 2003 à 2004, 47 visites d'appréciation ont été faites en CHSLD. Pour les trois années subséquentes, le nombre de visites a été, respectivement, de 48 en 2004-2005, 48 en 2005-2006 et 41 visites en 2006-2007. En considérant ces quatre années, un total global de 184 installations ont été visitées, ce qui représente 36 % des installations pouvant recevoir une visite d'appréciation. La figure suivante illustre, par région, le chemin parcouru de 2003 à 2007.

Figure 1 : Pourcentage, par région, des installations visitées de 2003 à 2007



PARTIE 2

Bilan national des visites d'appréciation de la qualité réalisées en CHSLD pour les années 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007

Préambule

Cette seconde partie du bilan présente les résultats obtenus à la suite de l'analyse des différentes données recueillies au cours des visites d'appréciation ayant eu lieu en 2004-2005, 2005-2006 et 2006-2007.

Le chapitre 3 dressera d'abord une vue d'ensemble factuelle des installations visitées au cours des années mentionnées au paragraphe précédent.

Par la suite, au chapitre 4, nous traiterons les classifications qui ont été attribuées aux installations. Ces dernières seront abordées sous plusieurs angles, soit : globalement, par année, différenciées selon les groupes rencontrés et selon les quatre grands thèmes appréciés. Ces derniers sont l'environnement organisationnel, les services, activités et fournitures, l'environnement humain et l'environnement physique.

Ces quatre grands thèmes seront repris au chapitre 5 qui présentera les éléments de ces environnements qui ont été considérés par les équipes ministérielles comme étant les mieux instaurés et ceux nécessitant le plus d'améliorations quant à la mise en œuvre des orientations ministérielles et de l'application des principaux cadres de référence et politiques pertinents.

Le chapitre 6 abordera succinctement le volet « situations inacceptables ».

Au chapitre 7, il est fait état du suivi des recommandations réalisé par les agences depuis 2004 en ce qui a trait, d'une part, à leur degré d'atteinte et, d'autre part, aux difficultés plus ou moins grandes à les mettre en application.

Finalement, et à l'issue de l'information recueillie au cours de ces trois années de visite d'appréciation, il a été possible de dégager certaines recommandations de priorités d'action adressées au MSSS. On les retrouve au chapitre 8 du présent bilan.

Chapitre 3
Un regard sur les milieux visités

Les visites d'appréciation ayant eu lieu de 2004 à 2007 se sont déroulées dans 15 régions sociosanitaires de la province, ont engagé 116 établissements de santé publics et privés ainsi que 137 de leurs installations ayant pour mission d'offrir aux personnes âgées un service d'hébergement de longue durée[2]. Dans le processus des visites d'appréciation, les équipes ministérielles demandaient aux directions d'établissement de remplir une grille intitulée « données de base » qui permettait aux visiteurs d'avoir une vue d'ensemble factuelle de l'installation appréciée. Pour les fins du présent bilan, nous avons fait la compilation de toutes les grilles collectées dans les années allant de 2004 à 2007[3]. Puisqu'il était impossible de couvrir l'ensemble de l'information générée, nous avons sélectionné certains éléments à présenter ici, retenant ceux qui se révèlent pertinents pour les chapitres subséquents.

3.1 Quelques caractéristiques des installations

Bien que la plupart des milieux visités par les équipes ministérielles aient eu pour seule mission l'hébergement de longue durée, l'offre de services dans certaines installations incluaient également d'autres missions, telles que, par exemple, la courte durée ou un programme de santé mentale. Dans le contexte des visites d'appréciation qui font l'objet du présent bilan, seul le volet d'hébergement de longue durée a été pris en considération et ce dernier représente plus de 13 000 places en longue durée. Ces places se répartissent dans 134 installations à grosseurs variables que nous avons ici distinguées en quatre catégories. Dans la catégorie des « petites installations », nous avons inclus celles qui hébergent 50 résidents ou moins. Ces dernières représentent 21 % du total des installations visitées au cours des années allant de 2004 à 2007. Nous avons considéré comme « moyennes » les installations hébergeant de 51 à 100 résidents. Avec 42 % du total des installations visitées, c'est donc la catégorie le plus fréquemment visitée par les équipes ministérielles. Finalement, nous avons créé les catégories « grandes » (de 101 à 150 résidents) et « très grandes » (151 résidents ou plus), représentant respectivement 20 % et 17 % des installations visitées.

Compte tenu que l'intimité du résident est une notion de première importance dans l'appréciation du milieu de vie (et nous y reviendrons plus en détail dans les chapitres suivants), nous avons demandé aux représentants des installations d'indiquer le nombre de chambres simples et de chambres multiples que comprenait leur milieu. Les résultats obtenus montrent que 79 % des chambres étaient conçues pour accueillir un seul résident, 19 % étaient doubles

2. Vous pouvez consulter, à l'annexe 3 du présent document, la liste complète des établissements et installations visités.
3. Le portrait qui suit se base sur 134 grilles « données de base ». Les grilles de trois installations n'ont pas été considérées dans cette compilation puisque ces dernières ont fait l'objet de situations particulières et que les données disponibles étaient incomplètes ou ne pouvaient pas être utilisées.

et 2 % des chambres accueillaient trois ou quatre résidents. Aucune installation visitée ne comptait de chambres de cinq personnes ou plus.

Finalement, notons que 70 % des installations visitées faisaient partie du réseau public de santé et de services sociaux et 30 % était composées de milieux privés[4]. Ces proportions se rapprochent de la situation à l'échelle de la province où 77 % des installations à mission d'hébergement de longue durée se trouvent au sein du système public.

Le tableau suivant résume les données recueillies quant aux caractéristiques des installations visitées dans les années s'échelonnant de 2004 à 2007.

Tableau 1 : Caractéristiques des installations visitées de 2004 à 2007

	2004-2005		2005-2006		2006-2007		Les trois années	
	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %
Places au permis en longue durée	4 509		4 646		4 213		13 368	
Mission unique longue durée	39	75 %	40	83 %	30	53 %	109	81 %
Autres missions	7	15 %	8	17 %	10	25 %	25	19 %
Total	46	100 %	48	100 %	40	100 %	134	100 %
Petites (X ≤ 50)	8	17 %	11	23 %	9	23 %	28	21 %
Moyennes (51 ≤ X ≤ 100)	22	48 %	21	44 %	13	32 %	56	42 %
Grandes (101 ≤ X ≤ 150)	8	17 %	9	19 %	10	25 %	27	20 %
Très grandes (X ≥ 151)	8	17 %	7	14 %	8	20 %	23	17 %
Total	46	100 %	48	100 %	40	100 %	134	100 %
Chambres simples	2 976	79 %	2 864	75 %	2 956	83 %	8 796	79 %
Chambres doubles	705	19 %	836	22 %	553	16 %	2 094	19 %
Chambres triples	46	1 %	41	1 %	23	1 %	110	1 %
Chambres quadruples	53	1 %	61	2 %	8	0 %	122	1 %
Total	3 780	100 %	3 802	100 %	3 540	100	11 122	100 %
Publiques	35	76 %	34	71 %	25	63 %	94	70 %
Privées	11	24 %	14	29 %	15	37 %	40	30 %
Total	46	100 %	48	100 %	40	100 %	134	100 %

4. La catégorie des installations privées inclut les établissements et installations privés avec permis et les privés-conventionnés.

3.2 La présence d'un conseiller *Milieu de vie*

En consultant l'information fournie, par les représentants des installations visitées, en ce qui concerne les services professionnels disponibles pour les résidents, force est de constater que la présence d'un conseiller ou d'une conseillère *Milieu de vie* est lacunaire. En effet, au cours des trois années de visite, seulement 7 % des installations avaient, au sein de leur personnel, un conseiller ou une conseillère *Milieu de vie* travaillant à temps plein. Ce poste était comblé à temps partiel dans 29 % des installations visitées et, pour plus de 60 % d'entre elles, personne n'occupait cette fonction. En regardant de plus près les résultats, il est possible de remarquer la présence accrue d'un conseiller *Milieu de vie* dans les installations visitées en 2005-2006 comparativement à l'année 2004-2005. Cependant, cette augmentation ne s'est pas poursuivie en 2006-2007.

Tableau 2 : La présence d'un conseiller *Milieu de vie*

[redacted]	2004-2005		2005-2006		2006-2007		Les trois années	
	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %
Temps plein	1	2 %	5	11 %	3	7 %	9	7 %
ETC ≤ 0,5	9	21 %	14	29 %	9	23 %	32	24 %
ETC > 0,5	1	2 %	2	4 %	3	7 %	6	5 %
Aucune présence	33	75 %	27	56 %	25	63 %	85	64 %
Total	44[5]	100%	48	100%	40	100%	132	100%

3.3 La formation

La compilation des grilles « données de base » nous a permis de répertorier près de 400 activités de formation différentes auxquelles a participé le personnel clinique et de gestion des installations visitées dans les années allant de 2004 à 2007[6]. Pour fins d'analyse, nous avons regroupé ces activités en 36 thèmes distincts, ce qui nous a permis de déterminer les sujets et les enjeux auxquels a été donnée la priorité en ce qui concerne la formation et ceux auxquels, au contraire, peu d'importance a été accordée. D'abord, en ce qui concerne les thèmes qui ont été le plus fréquemment abordés, nous trouvons, au premier rang et très loin devant les autres avec 193 mentions, les formations offertes sur la gestion des risques. Ces dernières incluent, notamment, la formation sur les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) qui fut, tout thème confondu, la formation le plus fréquemment suivie au cours des trois années ici observées (54 installations). Notons également l'importante

5 Les informations concernant la présence d'un conseiller Milieu de vie n'étaient pas disponibles pour deux installations.

6. Cette compilation se base sur les données de 109 installations; en ce qui concerne les autres installations, aucune information n'a été indiquée à ce point dans la grille « données de base ».

fréquence des formations portant sur la prévention des infections, sur les soins de la peau et des plaies, et sur les mesures de contention (respectivement 33, 32 et 27 installations).

Le deuxième groupe de formation le plus fréquemment mentionné par les représentants des installations dans les grilles « données de base » concerne les colloques, congrès et conférences. Cette catégorie comprend près de 50 activités différentes sur des sujets aussi variés que la gériatrie et les ressources humaines, en passant par l'intégration des services et les services de loisirs. C'est donc davantage la quantité d'activités qui composent ce bloc, avec 96 mentions, qui le place au deuxième rang, plutôt que l'offre d'une même formation au sein de plusieurs installations et au fil des années.

Le troisième thème de formation le plus souvent mentionné concerne l'organisation du travail. Ici, les 69 activités de formation touchent, d'une part, les rôles et les responsabilités professionnelles et, d'autre part, la réorganisation des soins. La fréquence des formations relatives à la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, offertes dans 40 installations, se démarque de celles des autres activités propres à ce thème.

Les thèmes de formation qui ont été peu mentionnés dans les grilles « données de base » se rapportent à la vie spirituelle, aux aspects juridiques relatifs à la clientèle hébergée et aux plans de soins. Il importe de noter qu'aucune formation ne semble avoir été donnée sur le plan d'intervention spécifiquement. Dans les chapitres suivants, nous verrons que le manque de formation sur les plans d'intervention se révèle problématique pour l'actualisation d'un milieu de vie de qualité tel qu'il est promu par les orientations ministérielles de 2003.

Tableau 3 : Les activités de formation

[redacted]	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Les trois années
	N^{bre}	N^{bre}	N^{bre}	N^{bre}
Gestion des risques	61	84	48	193
Colloques, congrès et conférences	36	55	6	97
Organisation du travail	33	32	4	69
Plans de soins	2	0	1	3
Aspects juridiques	0	1	0	1
Vie spirituelle	1	0	0	1

3.4 La gestion des risques

En ce qui concerne la gestion des risques, il a été demandé aux représentants des installations d'indiquer le nombre de contentions, d'infections, de chutes et de lésions de pression répertoriées au cours de l'année financière précédant la visite d'appréciation. Pour chacun des points mentionnés, un grand nombre de représentants d'installations étaient

incapables, au moment de la visite d'appréciation, de fournir un ou plusieurs renseignements demandés. En outre, nous avons constaté une lacune dans l'harmonisation des données. L'information obtenue ayant été fournie dans plusieurs formats[7], il ne semble pas y avoir consensus quant à la façon de comptabiliser les différentes dimensions de la gestion des risques. Ainsi, en raison du grand nombre de renseignements absents et du manque de comparabilité de ceux obtenus, il a été impossible de faire une compilation valable de l'information demandée, d'en ressortir une vue à l'échelle provinciale et d'en dégager des conclusions.

3.5 Les plaintes

L'information disponible dans les grilles « données de base » indique que 41 installations ont reçu 341 plaintes en 2004-2005, que 48 installations en ont reçu 206 en 2005-2006 et que 38 installations ont reçu 238 plaintes en 2006-2007. Le tableau de la page suivante présente une compilation de ces plaintes que nous avons rapportées « par résident », permettant ainsi de comparer les installations visitées, que celles-ci soient petites ou très grandes, par rapport au nombre de plaintes qu'elles ont reçues[8].

En observant ce tableau, il ressort que la répartition des installations selon les catégories proposées se compose de deux parties équivalentes. En effet, 47 % des installations se concentrent dans les trois premières catégories, correspondant à plus d'une plainte par 30 résidents, alors qu'un autre taux de 43 % a reçu moins d'une plainte pour le même nombre de résidents. Près du quart des installations visitées dans les années allant de 2004 à 2007 n'avaient reçu aucune plainte lors de l'année de référence précédant la visite d'appréciation de l'équipe ministérielle.

En comparant les résultats obtenus selon les années, il est possible de constater qu'il y a eu plus de plaintes formulées par résident en 2004-2005 que lors des deux années subséquentes. De plus, au cours de cette même année, très peu d'installations ont rapporté n'avoir reçu aucune plainte. Cependant, l'interprétation de ces résultats doit tenir compte du fait qu'en 2004-2005, le processus de sélection des installations à visiter était conçu de manière à cibler davantage celles qui étaient reconnues comme étant peu avancées dans la mise en œuvre des orientations ministérielles. Ce biais de sélection a été abandonné à partir de 2005.

7. À titre d'exemple, nous avons obtenu plusieurs renseignements différents à propos du nombre de contentions : le nombre de contentions au total, le nombre de résidents ayant au moins une contention, la moyenne des contentions par période et, selon les installations, le nombre de contentions rapporté incluait ou excluait les ridelles de lit.

8. Par exemple, une installation de 50 résidents qui a reçu 5 plaintes (donc 1 plainte pour 10 résidents) est comparable à une installation de 150 résidents ayant reçu 15 plaintes (aussi 1 plainte pour 10 résidents).

Tableau 4 : Les plaintes

	2004-2005		2005-2006		2006-2007		Les trois années	
	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %
Total des plaintes	341		206		238		785	
1 plainte ou plus par 10 résidents	9	19 %	6	12 %	5	13 %	20	15 %
1 plainte ou plus par 20 résidents	10	21 %	6	13 %	5	12 %	21	16 %
1 plainte ou plus par 30 résidents	7	15 %	10	21 %	4	10 %	21	16 %
1 plainte ou plus par 50 résidents	3	7 %	7	15 %	2	5 %	12	9 %
1 plainte ou plus par 100 résidents	6	13 %	3	6 %	6	15 %	15	11 %
Moins de 1 plainte par 100 résidents	3	7 %	2	4 %	1	3 %	6	5 %
Aucune plainte	3	7 %	14	29 %	14	35 %	31	23 %
Donnée inconnue	5	11 %	0	0 %	3	7 %	7	5 %
Total	46	100 %	48	100 %	40	100 %	134	100 %

3.6 Les résidents âgés de moins de 65 ans

Les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* faisaient état de l'importante croissance des besoins des usagers hébergés âgés de 65 ans ou moins en perte d'autonomie. Ce document rappelait que, bien que minoritaires et révélant des conditions variées, ces résidents présentent des caractéristiques qui leur sont propres et qu'on ne peut négliger. Alors que les orientations de 2003 évaluaient à une proportion de 11 % les usagers hébergés âgés de moins de 65 ans, une mise à jour de celles-ci, basées sur l'information fournie dans les grilles « données de base », porte ce nombre à 15 % des résidents en CHSLD[9]. Pourtant, la consultation des formulaires « données de base » nous a permis de constater que 92 % des installations n'avaient ni instauré, ni amorcé, un programme spécifique pour répondre aux besoins des personnes âgées de moins de 65 ans hébergées sous leur toit.

9. Ce résultat représente les années 2004-2005 et 2005-2006. Pour l'année 2006-2007, l'item « Nombre de résidents de moins de 65 ans » avait été retirée du formulaire « données de base ».

Tableau 5 : Les programmes pour les personnes âgées de moins de 65 ans

[redacted]	2004-2005		2005-2006		2006-2007		Les trois années	
	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %
Programme présent	3	6,5 %	0	0 %	0	0 %	3	2 %
Programme en cours d'élaboration	3	6,5 %	4	8 %	1	3 %	8	6 %
Pas de programme	40	87 %	44	92 %	39	97 %	123	92 %
Total	46	100 %	48	100 %	40	100 %	134	100 %

Chapitre 4
La classification des installations

Le processus d'appréciation est appuyé par une démarche et des outils qui permettent d'aborder les différents éléments constitutifs d'un milieu de vie de qualité en tenant compte d'une multiplicité de points de vue. En effet, les équipes ministérielles rencontrent, au cours de leurs visites, différents groupes de personnes afin de recueillir leur appréciation quant à la mise en œuvre des orientations, des cadres de référence et des politiques au sein de l'installation où elles résident ou travaillent. En conséquence, les résidents et leurs proches, les employés, des représentants de divers comités et la direction de l'installation sont autant de sources venant nourrir l'appréciation faite par les équipes ministérielles quant à la mise en œuvre des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. L'un des outils utilisés afin d'obtenir le point de vue de ces différents groupes est appelé « grille d'appréciation de la qualité des services » et il consiste à accorder une cote allant de 0 à 10 aux différents énoncés qui se rapportent à l'environnement organisationnel, aux services, activités et fournitures, à l'environnement humain et à l'environnement physique[10]. L'équipe complète l'information obtenue par l'observation directe du milieu, à l'aide d'une grille dont les éléments sont préalablement déterminés. C'est ainsi que les équipes ministérielles sont à même d'apposer des cotes reflétant l'appréciation de chaque énoncé, de dégager les points positifs et les points à améliorer spécifiques de l'installation visitée et de formuler des recommandations appropriées.

Dans le présent chapitre, nous donnerons d'abord une vue d'ensemble à l'échelle provinciale de la classification des installations visitées au cours des années allant de 2003 à 2007, selon l'appréciation des équipes ministérielles. Ensuite, nous nous attarderons davantage aux différents environnements appréciés et, finalement, nous confronterons à ces environnements les perceptions des différents groupes rencontrés.

4.1 La classification des installations selon les équipes ministérielles

Selon les cotes globales obtenues par les installations, ces dernières sont classées dans cinq catégories faisant état de la réalisation, plus ou moins avancée, de la mise en œuvre des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Ainsi, la catégorie 1 regroupe les installations pour lesquelles la mise en œuvre des orientations est achevée. Celle-ci correspond aux cotes de 90 % ou plus. Les installations regroupées sous la catégorie 2 ont, quant à elles, réussi en très grande partie l'instauration d'un milieu de vie de qualité. Elles ont reçu une cote globale variant de 80 à 89 %. Les catégories 3 et 4 correspondent, respectivement, aux installations ayant réalisé, en grande partie (de 70 à 79 %) et en partie (de 60 à 69 %), les orientations ministérielles. Finalement, les installations pour lesquelles la mise en œuvre d'un milieu de vie de qualité était peu

10. La teneur respective de ces différents environnements est décrite au chapitre 5 du présent bilan.

avancée (moins de 60 %) au moment de la visite d'appréciation sont regroupées sous la catégorie 5.

Pour les années s'échelonnant de 2003 à 2007, les installations avaient mis en œuvre, au moment de la visite d'appréciation, les orientations ministérielles en totalité, en très grande partie ou en grande partie dans une proportion variant de 36 % à 59 % selon les années.

Tableau 6 : Classification des installations selon les équipes ministérielles

[redacted]	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		Total	
	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %	N^bre	En %
Catégorie 1	1	2 %	3	6 %	0	0 %	1	2 %	5	3 %
Catégorie 2	8	17 %	6	13 %	7	15 %	4	10 %	25	14 %
Catégorie 3	12	25 %	8	17 %	21	44 %	16	39 %	57	30 %
Catégorie 4	13	28 %	13	27 %	15	31 %	20	49 %	61	33 %
Catégorie 5	13	28 %	17	35 %	5	10 %	0	0 %	35	19 %
Non disponible	0	0 %	1	2 %	0	0 %	0	0 %	1	1 %
Total	47	100 %	48	100 %	48	100 %	41	100 %	184	100 %

Précisons qu'en 2003-2004, 13 des 47 installations visitées avaient peu réalisé, (c'est-à-dire à moins de 60 %), la mise en œuvre des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. Pour l'année suivante (2004-2005), ce sont 17 des 48 installations qui se classaient de la même manière. En 2005-2006, 5 installations sur 48 obtenaient la cote 5, laquelle correspond à cette réalité, alors qu'aucune ne la recevait en 2006-2007 pour 41 visites accomplies. Rappelons, cependant, qu'il faut tenir compte d'un biais de sélection en ce qui concerne les résultats des deux premières années de visite d'appréciation, soit 2003-2004 et 2004-2005. En effet, lors de la planification des installations à visiter, on portait une attention particulière à celles pour lesquelles l'implantation de l'approche *Milieu de vie* semblait *a priori* peu avancée. Ainsi, sans invalider l'hypothèse que l'approche *Milieu de vie* ait pu, au fil des années, gagner du terrain au sein des installations, l'abandon de cette pratique de sélection pour adopter une méthode aléatoire a très certainement eu un effet sur la diminution des installations ayant reçu la cote 5.

Nous avons croisé les cotes accordées par les équipes ministérielles et les différents types d'installations visitées afin de constater si certaines caractéristiques pouvaient être plus propices à la mise en œuvre des orientations ministérielles. Les résultats obtenus ne nous ont pas permis d'établir de telles relations; toutefois, deux observations méritent d'être mises

en relief. D'abord, il est possible de remarquer une moins grande disparité dans les cotes obtenues par les installations publiques. En effet, celles-ci sont concentrées au sein des cotes 3 et 4 contrairement à la catégorie des installations privées qui compte davantage de cotes 2 et 5. Peut-on penser que le système public agit tel un régulateur de vitesse sur la majorité de ses installations? Aussi, notons que les « petites installations » n'ont obtenu aucune cote 1 et 2.

Tableau 7 : Croisement des cotes et caractéristiques des installations[11]

	% de cote 1	% de cote 2	% de cote 3	% de cote 4	% de cote 5
Petites (X ≤ 50)	0 %	0 %	52 %	30 %	18 %
Moyennes (51 ≤ X ≤ 100)	2 %	15 %	38 %	36 %	9 %
Grandes (101 ≤ X ≤ 150)	0 %	18 %	39 %	30 %	13 %
Très grandes (X ≥ 151)	0 %	10 %	16 %	58 %	16 %
Total	2 %	12 %	37 %	37 %	12 %
Publiques	0 %	8 %	42 %	39 %	11 %
Privées	2 %	19 %	28 %	33 %	17 %
Total	2 %	12 %	37 %	37 %	12 %

4.2. L'appréciation des quatre environnements[12]

En portant un regard sur la moyenne des cotes accordées par les équipes ministérielles aux différents environnements, il est possible de constater que certains ont été appréciés légèrement plus favorablement que d'autres. En effet, l'environnement physique est celui qui a obtenu la plus haute moyenne avec 75 %. Ce dernier est suivi de près par l'environnement humain qui a obtenu une moyenne de 73 %. Correspondant à la catégorie 4, soit réalisés en partie, les services, activités et fournitures ont obtenu une moyenne de 69 %. Finalement, l'environnement apprécié le moins favorablement est l'environnement organisationnel avec une moyenne de 66 %. Le graphique ci-dessous illustre ces résultats par environnement.

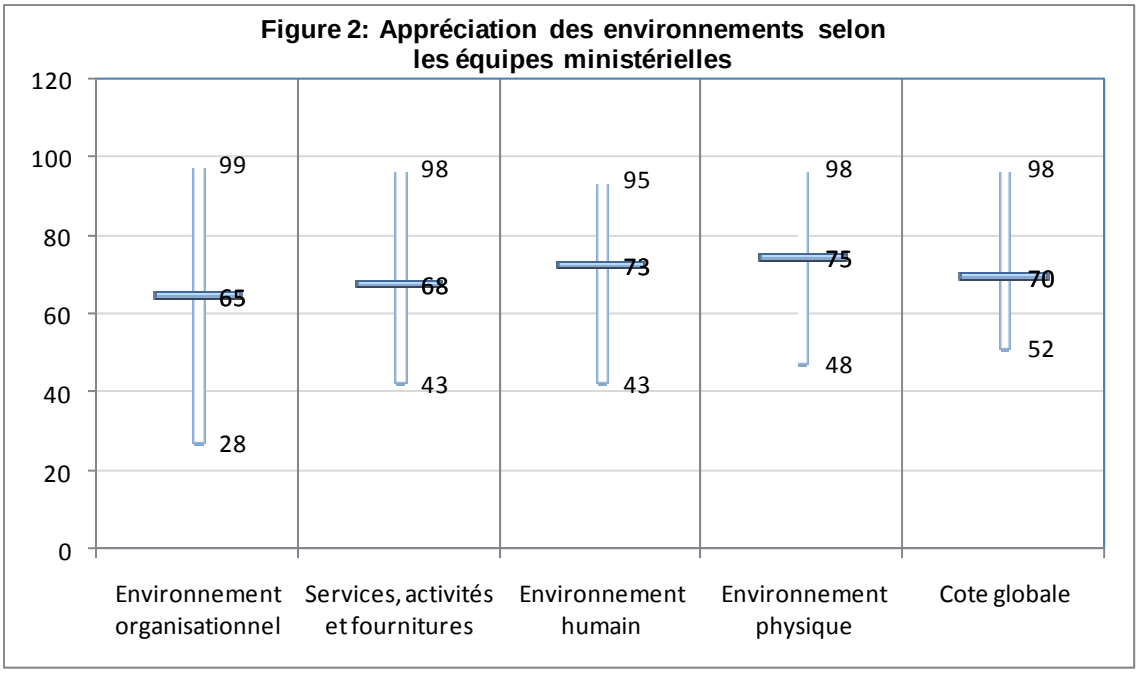
Nous avons également indiqué dans ce graphique les données extrêmes, soit la plus haute cote accordée ainsi que la plus basse. Ainsi, il est possible de mettre en évidence la dispersion des cotes attribuées et de constater l'importance de l'écart, pour un même

11. Les installations visitées en 2003-2004 sont exclues de cette analyse.

12. Les résultats présentés aux points 4.2 et 4.3 n'incluent pas les données obtenues en 2004-2005. Un logiciel maison permettant la compilation de ces données n'a vu le jour que pour l'année de visite 2005-2006.

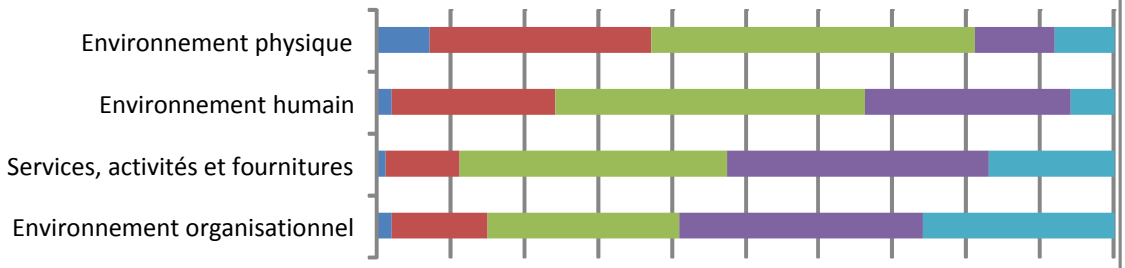
environnement, de l'appréciation de la mise en œuvre des orientations ministérielles. Remarquons que l'environnement organisationnel, celui qui a été apprécié le moins favorablement, est celui dans lequel on trouve une plus grande dispersion de données avec un écart de 71 % entre la cote la plus haute et la cote la plus basse. Cependant, les dispersions des trois autres environnements sont comparables; en effet, ces environnements présentent des écarts allant de 50 % à 55 %.

Figure 2: Appréciation des environnements selon les équipes ministérielles



Le graphique suivant reprend les différentes catégories liées à la réalisation des orientations (catégories 1 à 5) et indique le pourcentage des installations s'étant classées dans chacune de ces catégories selon les environnements. À la lecture de celui-ci, on observe qu'en majorité, les installations ont réalisé, en très grande partie ou en grande partie (catégories 2 et 3), la mise en œuvre des orientations ministérielles quant à l'environnement physique. Les résultats obtenus à propos de l'environnement humain se répartissent, quant à eux, dans les catégories 2, 3 et 4. Ainsi, bien que la moyenne provinciale soit comparable à celle de l'environnement physique, il est possible de constater qu'un plus grand nombre d'installations ont réalisé, en partie seulement, la mise en œuvre des orientations. En majorité, les installations visitées ont réalisé, en grande partie ou en partie (catégories 3 et 4), les orientations en ce qui concerne les services, activités et fournitures, et elles se répartissent dans les catégories 3, 4 et 5 (en grande partie, en partie et peu réalisée) pour l'environnement organisationnel.

Figure 3 : Catégorisation des installations selon les environnements



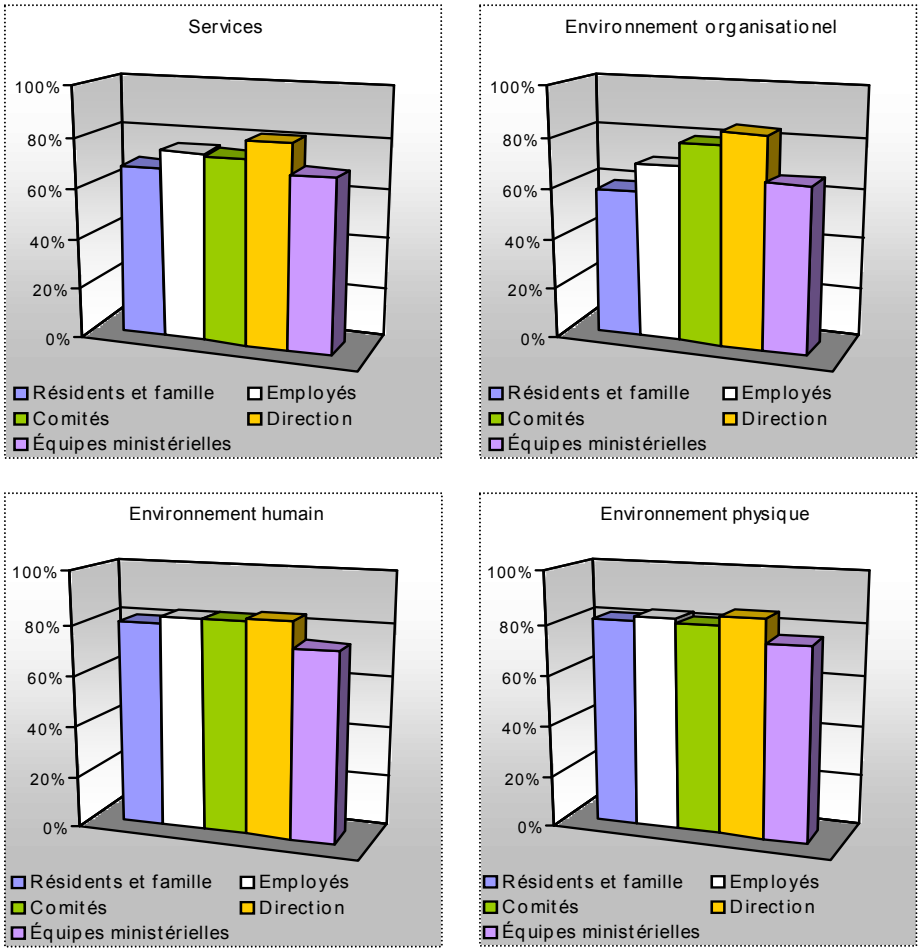
	Environnement organisationnel	Services, activités et fures	Environnement humain	Environnement physique
Catégorie 1	2 %	1 %	2 %	7 %
Catégorie 2	13 %	10 %	22 %	30 %
Catégorie 3	26 %	36 %	42 %	44 %
Catégorie 4	33 %	35 %	28 %	11 %
Catégorie 5	26 %	17 %	6 %	8 %

Les résultats illustrés par ce graphique correspondent aux moyennes provinciales et à la dispersion des données pour chaque environnement qui ont été présentées plus haut. Il est donc possible de conclure ce qui suit : alors que l'environnement physique est l'aspect pour lequel les orientations ministérielles ont été réalisées en plus grande partie, c'est la mise en œuvre des composantes organisationnelles pour un milieu de vie de qualité qui, de 2004 à 2007, était la moins avancée.

4.3 Les perceptions différenciées des groupes rencontrés

Chaque groupe rencontré par les équipes ministérielles au cours des visites d'appréciation considère la mise en œuvre des éléments constituant un milieu de vie de qualité avec des préoccupations qui leur sont propres. Ces différences dans les angles d'approche se reflètent sur les résultats obtenus, comme l'illustrent les graphiques suivants.

Figure 4 : Classification des environnements selon les groupes rencontrés



Remarquons que le groupe des directions d'établissement est celui qui a apprécié le plus positivement chacun des quatre environnements. À l'opposé, c'est le groupe composé des usagers et de leurs proches qui a apprécié le moins favorablement la mise en œuvre des orientations ministérielle *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*. L'appréciation des équipes ministérielles se rapproche davantage de la perception de ce deuxième groupe. En ce qui a trait aux divergences de point de vue pour un même environnement, il est possible de constater, en relation avec le point précédent, que moins la mise en œuvre des éléments constituant un milieu de vie de qualité est avancée dans un environnement, plus l'écart de perception entre les groupes s'accentue. Ainsi, l'instauration des composantes organisationnelles est perçue comme étant réalisée en très grande partie par les directions d'établissements, alors que les usagers et leurs proches considèrent qu'elle est peu réalisée. Au contraire, outre les équipes ministérielles, tous les groupes s'accordent pour dire que l'environnement physique correspond, en très grande partie, à un milieu de vie de qualité pour les résidents en CHSLD.

Chapitre 5
Un regard sur les éléments appréciés

Le chapitre 5 présente les éléments d'un milieu de vie de qualité, lesquels, au terme de l'analyse des données recueillies, sont apparus comme étant particulièrement bien instaurés ou, au contraire, très peu consolidés pour chacun des environnements appréciés. Nous avons fait le choix de puiser l'information sur laquelle est basé ce chapitre dans les rapports de visite remis aux installations par les équipes ministérielles. En effet, ces derniers étant riches en renseignements, ils viennent « mettre de la chair » autour des cotes attribuées pour chaque élément d'un milieu de vie de qualité et en permettent une meilleure interprétation. Les sections qui suivent présentent donc, d'une part, la méthodologie qui a été privilégiée pour le travail d'analyse et, d'autre part, les « faits saillants » des résultats obtenus pour chaque environnement.

5.1 La méthodologie

La démarche des visites d'appréciation ayant elle-même été appréciée et bonifiée annuellement depuis ses débuts, les outils utilisés pour la collecte de données ont subi des modifications au fil des ans. Ainsi, avant de procéder à l'analyse des rapports, il nous a fallu construire un nouvel outil qui tenait compte des trois années de visite d'appréciation concernées par ce bilan. C'est donc cette nouvelle grille qui a servi de canevas pour effectuer une analyse fréquentielle des 134 rapports de visite rédigés dans les années s'échelonnant de 2004 à 2007. Cependant, cet outil n'était pas hermétique : certains éléments, absents des différentes grilles d'appréciation mais discutés dans les rapports de visite, sont venus s'ajouter en cours d'analyse[13].

L'analyse fréquentielle qui a été effectuée avait pour objectif de dégager les éléments spécifiques sur lesquels les équipes ministérielles ont porté une plus grande attention. Nous nous sommes basés sur la moyenne absolue afin de sélectionner les objets à présenter ici : un élément a donc été considéré comme significatif lorsque, en combinant les trois années de visite, celui-ci a été considéré comme étant positif ou à améliorer pour 50 % ou plus des installations visitées[14]. Cet exercice a permis de dégager les éléments qui, à l'échelle, étaient les mieux instaurés dans les installations visitées de 2004 à 2007 et ceux qui, au contraire, étaient les moins bien instaurés et demandaient amélioration. Soulignons que le fait d'observer simultanément trois années de visites d'appréciation permet également de saisir si des améliorations tangibles sont observables d'une année à l'autre. Il est aussi important de noter que le présent rapport fait état des tendances quant à l'instauration des divers éléments d'un

13. C'est le cas, notamment, de l'élément « Appropriation du changement vers un milieu de vie » qui, bien qu'il ne fût pas apprécié systématiquement par les équipes ministérielles, était régulièrement commenté dans les rapports de visite.

14. La liste de tous les éléments appréciés ainsi que leurs résultats correspondants se trouvent à l'annexe 4 du présent document.

milieu de vie de qualité. Les éléments considérés comme étant bien instaurés ne le sont donc jamais entièrement.

Chaque élément présenté dans les sections suivantes sera commenté et accompagné d'un graphique qui illustre, pour chacune des années ici abordées et pour les trois années combinées, le pourcentage des installations qui ont reçu un commentaire positif (colonnes bleues), le pourcentage de celles qui ont reçu un commentaire négatif (colonnes rouges) et celui des installations pour lesquelles l'élément en question n'a pas été commenté (colonnes blanches). Sur ce dernier point, le lecteur pourra observer que, souvent, une décroissance des colonnes « non mentionnées » s'observe entre les années. Cette variation peut s'expliquer par l'évolution constante du processus des visites d'appréciation. En effet, les modalités de rédaction des rapports de visite se sont systématisées au fil des années, ce qui a eu pour effet d'augmenter le nombre de références, tant positives que négatives, sur la plupart des éléments observés. Aussi, un encadré bleu intitulé « Un exemple de réussite » présentera, lorsque ce sera pertinent, des extraits issus des rapports de visite. Ces derniers peuvent illustrer des résultats notables atteints par des installations ayant bien réussi à instaurer un élément ou des moyens originaux utilisés pour se conformer à un milieu de vie de qualité. Finalement, notons que, dans la présentation qui suit, l'ordonnancement des éléments suit la structure utilisée pour la rédaction des rapports de visite.

5.2. L'environnement organisationnel

Apprécier l'environnement organisationnel a permis aux équipes ministérielles de constater l'état d'instauration des éléments structurels préconisés par le MSSS pour favoriser un milieu de vie de qualité pour les résidents en CHSLD. Ainsi, d'une part, on trouve sous ce thème les outils, mécanismes et règlements qui sont en mesure d'appuyer l'instauration du milieu de vie. D'autre part, l'ouverture, la mobilisation et la motivation des différents acteurs devant le changement ont également été appréciées afin de constater si le climat de travail présent dans l'installation constitue un terreau fertile à l'instauration d'un milieu de vie de qualité.

En un coup d'œil…

Les éléments les mieux instaurés

- L'information transmise à l'accueil.
- La correction des comportements inacceptables des employés.
- Le résident et la qualité de son milieu au cœur des préoccupations.
- L'appropriation du changement vers un milieu de vie.

Les éléments les moins instaurés

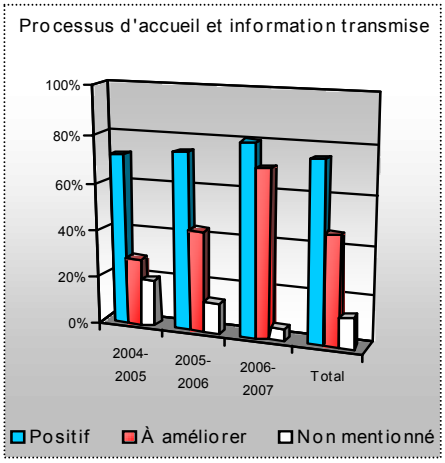
- Le plan d'intervention (PI) :
  - o son appropriation par le personnel;
  - o la participation des résidents et de leurs proches.
- La diffusion du code d'éthique, des renseignements relatifs aux comités de résidents et aux comités des usagers et au processus de traitement des plaintes.
- La continuité des services.

- L'élément intégration et application du protocole sur les mesures de contrôle a généré des commentaires tant positifs que « à améliorer » pour plus de 50 % des installations.

Accueil et intégration du résident

Processus d'accueil et information transmise

L'information transmise à l'accueil a été appréciée très favorablement par les équipes ministérielles. Sur les trois années ici observées, plus de 75 % des installations se sont vu reconnaître la qualité ou l'efficacité de leur stratégie d'accueil. Par contre, le nombre relativement élevé de points à améliorer (près de 46 % des installations) dénote que, bien que généralement instauré et satisfaisant, le processus de transmission d'information à l'accueil peut être bonifié.



En effet, les rapports de visites font notamment mention d'information manquante, en particulier en ce qui concerne le code d'éthique, le commissaire aux plaintes et le comité des usagers. De plus, des lacunes importantes sont soulevées quant à la rétention, par le résident et ses proches, de l'information fournie : les équipes ministérielles soulignent que, malgré la qualité et la quantité des renseignements transmis à l'accueil, souvent les résidents et leurs proches ne se souviennent pas de cette information ou ne l'ont pas intégrée. D'ailleurs, on observe que, dans les installations où un retour systématique est fait auprès des résidents nouvellement admis, ces derniers retiennent davantage l'information, ont une

meilleure compréhension des services offerts et tissent des liens de confiance avec les personnes-ressources qui assurent ce suivi. Ainsi, un processus d'accueil complet, comprenant des étapes de pré-admission, d'admission et de post-admission, semble constituer la meilleure condition d'intégration des nouveaux résidents.

Un exemple de réussite

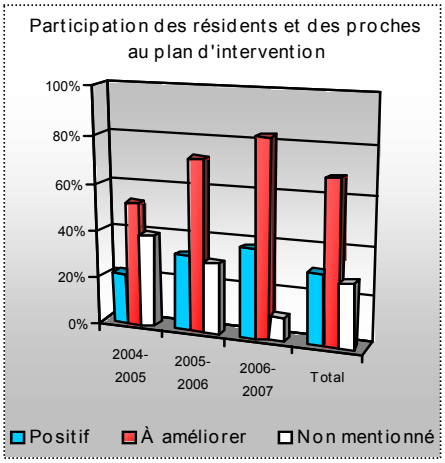
Un programme de soutien aux familles est appliqué dans le centre. Trois rencontres avec le résident et ses proches sont prévues au moment de l'accueil et de l'intégration. Un guide d'accueil est remis à la première rencontre de pré-admission. La deuxième rencontre se tient la journée de l'admission et la troisième rencontre a lieu une semaine après l'admission. Ces rencontres permettent aux résidents et à leurs proches de bien intégrer l'information transmise.

Plan d'intervention

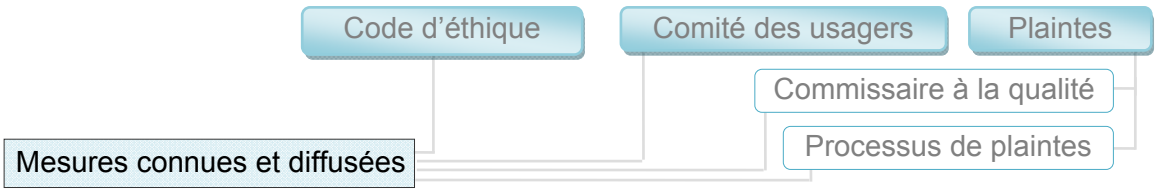
Participation des résidents et des proches

Avant de jeter un regard sur la participation des résidents et des proches aux plans d'intervention, il importe de mettre en relief l'importante confusion qui semble entourer cet élément. En effet, la lecture des différents rapports de visite nous permet de constater que les plans d'intervention, tels qu'ils sont décrits à l'article 102 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, sont souvent confondus avec les plans d'intervention disciplinaire, ou plans de soins, lesquels n'impliquent pas le travail en interdisciplinarité. Il est donc difficile de se prononcer avec certitude, pour les fins du présent rapport, au sujet de la mise sur pied, dans les différentes installations qui nous intéressent ici, du plan d'intervention (PI) tel qu'il est souhaité par le MSSS. Cela dit, voici ce que les équipes ministérielles ont rapporté à ce sujet : dans les années allant de 2004 à 2007, 34 % des installations disaient avoir élaboré un PI pour tous les résidents et 21 % des installations disaient l'avoir fait pour plus de la moitié des personnes hébergées. Dans un autre taux de 21 % des installations, moins de la moitié des résidents auraient eu un PI terminé dans leur dossier et, finalement, 24 % des CHSLD visités disaient n'avoir élaboré aucun PI. Ainsi, outre l'importance de clarifier le plan d'intervention, auprès de l'ensemble des acteurs du domaine, qui se dégage de notre analyse, des efforts supplémentaires semblent nécessaires afin que tous les résidents aient un PI et que soit ainsi atteint l'objectif ministériel à ce sujet.

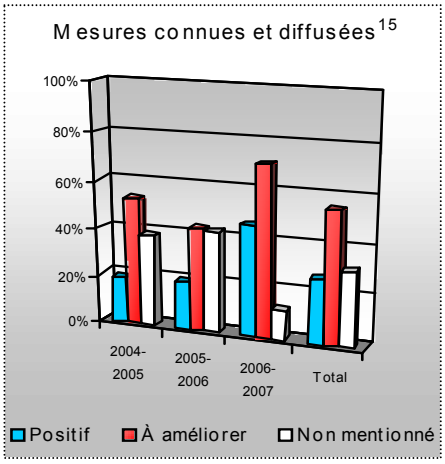
Cependant, c'est la participation des résidents et de leurs proches qui est apparue comme l'aspect le plus problématique en ce qui concerne la mise sur pied du PI. C'est d'ailleurs l'élément qui, tout environnement confondu, a généré le plus grand nombre de recommandations (101). En effet, pour près de 70 % des installations visitées, la participation des résidents et des proches aux plans d'intervention n'est pas conforme aux attentes ministérielles.



En observant de plus près les résultats, il est cependant possible de remarquer une gradation dans la participation des résidents et des proches. Dans les cas les moins conformes, les résidents et les proches ne sont aucunement invités à participer à l'élaboration et à la révision des plans (33 %). Dans d'autres installations, les résidents et les proches participent à l'élaboration du PI, bien qu'ils ne soient pas invités pour sa révision (20 %). Finalement, pour 15 % des cas, les équipes ministérielles ont noté que la participation des résidents et des proches était présente mais non conforme (les résidents et les proches sont consultés avant la rencontre interdisciplinaire et un compte rendu leur est fourni lorsque les décisions ont été prises) ou présente mais non systématique (les résidents et leurs proches sont invités, tant à l'élaboration qu'à la révision du plan d'intervention, seulement dans les cas où le résident présente des problèmes particulièrement complexes).



Les résultats de notre analyse démontrent que les résidents et leurs proches (et, dans une moindre mesure, le personnel) connaissent peu les éléments structurels mis en place pour assurer un milieu de vie de qualité. De plus, rien ne semble indiquer qu'il y ait eu une amélioration avec les années. Ainsi, selon les équipes ministérielles, il y a un important travail à faire afin de diffuser davantage le code d'éthique, les rôles et les fonctions du comité des usagers, du commissaire à la qualité et aux plaintes ainsi que le processus formel de traitement des plaintes. En effet, la méconnaissance de ces mesures prive souvent le résident du plein exercice de ses droits et engendre une confusion évitable. À titre d'exemple, les équipes ministérielles ont mentionné à plusieurs reprises que de méconnaître le processus formel de traitement des plaintes pouvait empêcher les résidents d'y recourir. Le nombre important de recommandations formulées en ce qui concerne la diffusion de chacun de ces éléments (233) confirme la nécessité de pallier ces lacunes.



15. Ce graphique présente la moyenne des points positifs et des points à améliorer en ce qui a trait aux quatre éléments ici appréciés. Les résultats respectifs en ce qui concerne la diffusion du code d'éthique, des rôles et fonctions du comité des usagers, du commissaire à la qualité et aux plaintes ainsi que du processus formel de traitement des plaintes se trouvent à l'annexe 4 du présent document.

Ces recommandations couvrent trois aspects. D'abord, il a été recommandé aux directions de plusieurs installations de s'assurer que des documents explicatifs sur les quatre éléments ci-haut mentionnés sont remis aux résidents, notamment au cours de la période d'accueil. Ensuite, il a été noté que tous les renseignements pertinents devaient être affichés dans l'installation. Finalement, les équipes ministérielles ont affirmé que des efforts plus importants devaient être consentis à la sensibilisation des résidents et de leurs proches en ce qui concerne ces différentes mesures. Ainsi, et dans le même ordre d'idées que pour l'information transmise à l'accueil, un suivi auprès des résidents sur les renseignements fournis semble être la condition à instaurer afin de s'assurer que ces derniers auront bien intégré l'information. À ce sujet, certaines initiatives dignes de mention ont été soulignées par les équipes ministérielles. Par exemple, certaines installations se sont démarquées en organisant des activités annuelles de promotion du code d'éthique. Ailleurs, le comité des usagers ou le comité de résidents rencontre, au moment de l'admission, le résident et ses proches.

Un exemple de réussite

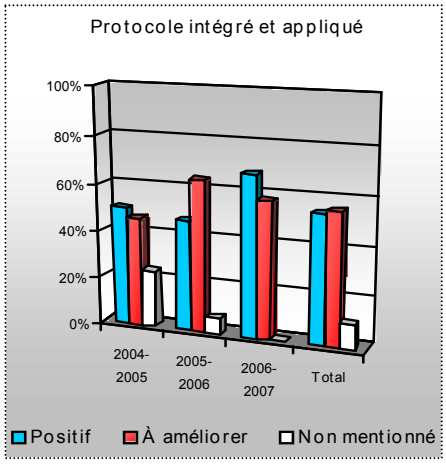
Des efforts sont faits pour bien informer les résidents et leurs proches de l'existence des comités, de même que de leurs rôles et fonctions. À titre d'exemple, en plus de l'information généralement transmise au moment de l'accueil, un brunch a récemment été organisé à l'intention des résidents et des familles pour diffuser cette information et pour améliorer les contacts entre le comité et les résidents.

Protocoles

Mesures de contrôle

Intégré et appliqué

Le portrait qui se dégage de l'appréciation, à l'échelle provinciale, de l'intégration et de l'application du protocole sur les mesures de contrôle, comme l'illustre le graphique ci-contre, est scindée en deux parties équivalentes. Au moment des visites, il y avait autant d'installations dans lesquelles cet élément était bien instauré que d'installations où il y avait amélioration à apporter. En effet, d'un côté, 34 % des installations visitées ont reçu seulement des points positifs lorsque l'intégration et l'application du protocole sur les mesures de contrôle ont été appréciées. Les aspects le plus fréquemment cités concernent la connaissance et

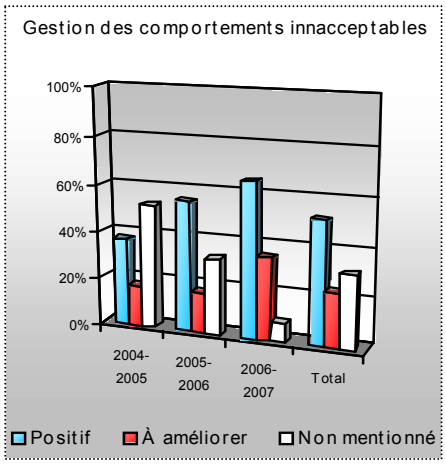


l'application du protocole par les employés et le recours exceptionnel aux mesures de contention. À l'opposé, les équipes ministérielles ont noté exclusivement des points à améliorer pour 35 % des installations visitées dans les années s'échelonnant de 2004 à 2007.

En ce qui concerne les points à améliorer, la lecture des différents rapports de visite nous permet de constater que, généralement, l'utilisation des mesures alternatives à la contention n'a pas atteint son niveau optimal, qu'il y a encore beaucoup de mesures de contention qui sont utilisées à mauvais escient et qu'il reste encore un travail important à faire afin que tous les intervenants aient une définition uniforme de ce qu'est la contention et de ce que signifie « mesure de dernier recours ». À l'intersection entre ces deux extrêmes se trouvent les installations (20 %) pour lesquelles des efforts d'instauration ont été reconnus, mais qui doivent poursuivre le travail afin de bien respecter le protocole sur les mesures de contrôle. Par exemple, les équipes ministérielles ont noté, pour certaines installations, que le nombre de contentions y avait été réduit, mais que ces dernières n'étaient pas toujours appliquées comme mesure de dernier recours ou ne faisaient pas l'objet d'une description détaillée dans le dossier du résident.

Gestion des employés

Gestion des comportements inacceptables



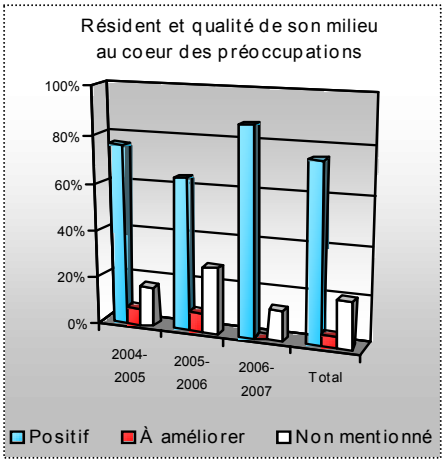
Pour plus de la moitié des installations visitées, la gestion des comportements inacceptables de l'employé fait l'objet d'un encadrement adéquat et satisfaisant. En effet, les rapports de visite dénotent que, majoritairement, le responsable au sein de l'installation encourage la divulgation des comportements inadéquats, qu'il intervient rapidement par rapport à ces derniers et que des mesures disciplinaires sont appliquées au besoin.

Bien que cet élément ait toujours fait partie des différentes grilles d'appréciation utilisées, il est possible de noter que l'attention portée, par les équipes ministérielles, à la gestion des comportements inacceptables a augmenté considérablement au cours des années. En effet, le nombre d'installations pour lesquelles ce point n'a pas été commenté dans les rapports de visite passe de 24 en 2004-2005 à seulement 3 en 2006-2007. Outre la systématisation de la rédaction des rapports de visite mentionnée dans la section méthodologique du présent chapitre, un autre élément de contexte peut expliquer l'augmentation du nombre de références, tant positives que négatives, sur la gestion des comportements inacceptables. En effet, la publication, en juillet 2004, du *Cadre de référence pour le signalement de comportements en établissement hébergeant des personnes vulnérables* vient mettre l'accent sur l'importance d'une gestion appropriée des

comportements des employés. On y mentionne que : « sur réception d'un signalement, la direction procède avec diligence à la vérification des faits et, s'il y a lieu, prend, dans les plus brefs délais, les mesures qui s'imposent ». Il est donc pertinent de penser que cette publication a eu une influence sur l'intérêt porté à cet élément au fil des années.

Climat mobilisateur pour un milieu de vie de qualité

Résident et qualité de son milieu au cœur des préoccupations



Au cours des visites ayant eu lieu de 2004 à 2007, les rapports produits ont fait référence, et ce, dans une forte proportion de 75 % des installations concernées, au fait que le résident et la qualité de son milieu étaient au cœur des préoccupations. Sous ce libellé, deux aspects sont discutés. D'une part, les visiteurs soulignent l'ouverture à l'amélioration de la qualité constatée au sein des installations, et ce, tant en ce qui concerne la qualité de vie des résidents qu'en ce qui a trait à celle des services qui leur sont offerts. D'autre part, on y parle de la place du résident dans les préoccupations de la direction et du personnel. À ce sujet, les équipes ministérielles mentionnent la présence d'un personnel dédié aux résidents ou la présence, au sein de l'installation, d'une philosophie d'intervention axée sur la personne. Finalement, il est possible de constater que tant pour les installations qui ont un haut niveau d'instauration du milieu de vie que pour celles qui sont moins avancées, le résident et la qualité de son milieu de vie sont au cœur des préoccupations.

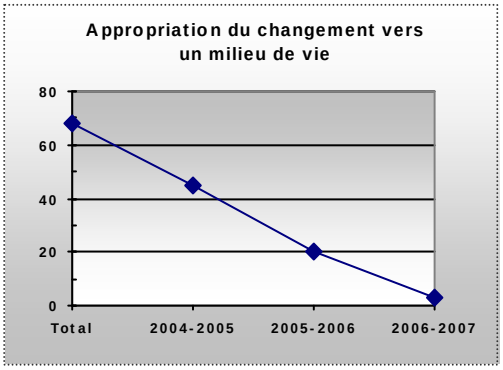
Appropriation du changement vers un milieu de vie de qualité

L'élément « appropriation du changement vers un milieu de vie de qualité » n'a jamais fait partie des grilles d'appréciation utilisées dans les années allant de 2004 à 2007. Cependant, les équipes ministérielles ont jugé pertinent d'émettre des commentaires à ce sujet. Si la compilation des commentaires positifs et « à améliorer » n'est pas significative en soi, il en est tout autre lorsque l'on s'attarde au nombre de recommandations faites à propos de cet élément. En effet, plus de 50 % des installations ont reçu de telles recommandations. Les recommandations adressées aux installations au sujet de l'appropriation du changement vers un milieu de vie couvrent trois aspects. D'abord, elles ont surtout insisté sur les conditions à mettre en place. Ainsi, les équipes ministérielles ont notamment recommandé aux représentants des installations d'élaborer un plan d'action, d'assurer la présence d'un conseiller *Milieu de vie*, afin de faciliter l'actualisation des orientations ministérielles, et d'introduire un processus d'évaluation des changements et de leurs résultats. En second lieu,

c'est la mobilisation du personnel qui est encouragée. En effet, dans leurs recommandations, les équipes ministérielles réitèrent l'importance de faire participer le personnel aux réflexions entourant le concept de *Milieu de vie* et d'assurer une supervision adéquate auprès de ce dernier quant à l'application des changements. Les équipes ministérielles ont d'ailleurs noté quelques initiatives lesquelles, par leur retombées positives sur la mobilisation du personnel, ont été considérées comme dignes de mention. Ces initiatives ont en commun qu'elles ont ciblé un aspect bien précis de la vie en CHSLD (les soins d'hygiène, le déjeuner) et ont mobilisé le personnel à toutes les étapes du projet de transformation de ces aspects dont le but est d'améliorer la qualité de vie. Finalement, et dans une moindre mesure, les différentes équipes ministérielles ont recommandé aux représentants des installations de s'assurer que l'information sur l'instauration d'un milieu de vie de qualité, qui concerne autant l'état de la mise sur pied que les actions à venir, est transmise au personnel ainsi qu'aux résidents et à leurs proches.

Un exemple de réussite

Le choix précis d'articuler le projet autour de l'activité hygiène constitue, sans aucun doute, un facteur ayant favorisé la mobilisation du personnel. De plus, l'objectif de ne cibler que l'activité hygiène et l'objectif de mettre d'abord l'accent sur l'appropriation de la philosophie d'intervention avant d'y intégrer les comportements qui y sont associés apparaissent comme des conditions gagnantes. La théorie des petits pas a fait son œuvre.

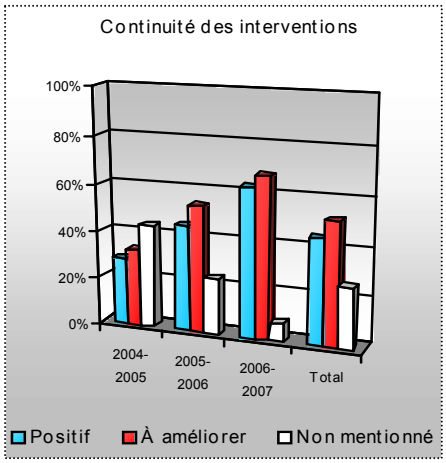


Le nombre de recommandations en rapport avec l'appropriation du changement vers un milieu de vie de qualité diminue clairement d'une année à l'autre. En effet, 45 recommandations ont été formulées à ce sujet en 2004-2005, 20 en 2005-2006 et seulement 3 en 2006-2007. Compte tenu que cet élément n'a jamais été apprécié systématiquement, ce qui élimine donc qu'une telle observation soit causée par les modifications apportées aux grilles d'appréciation, les résultats obtenus permettent de penser que de plus en plus d'installations sont activement engagées dans l'adaptation des pratiques vers un milieu de vie de qualité.

Continuité des interventions

Les données recueillies en ce qui concerne la continuité des interventions, si l'on se reporte au graphique ci-contre, nous montrent que cette dernière n'est ni particulièrement bien instaurée dans les CHSLD visités (44 % des installations ont eu un commentaire positif), ni

particulièrement problématique (51 % des installations ont eu un commentaire négatif). En observant de plus près les résultats obtenus, il est possible de constater que, lorsque la continuité des services est assurée d'une équipe à l'autre et d'un jour à l'autre, elle l'est, notamment, grâce à des rencontres inter équipes et des outils de suivi (profils de besoins, rapports entre les quarts de travail) et, particulièrement, lorsque le personnel régulier est en place.



Parallèlement, notre analyse démontre que les facteurs contraignant la continuité des services varient peu d'une installation à l'autre. Par ordre d'importance, les équipes ministérielles ont identifié le recours à du personnel de remplacement, la rotation du personnel au sein d'une même installation et le manque d'outils dédiés à la continuité des services ou leur utilisation inadéquate. En ce qui concerne les situations où les installations doivent faire appel à du personnel de remplacement, les équipes ministérielles mentionnent que cela touche particulièrement les soirs, les fins de semaines et les jours fériés.

Un exemple de réussite

L'établissement a une entente avec les agences de placement afin que la même personne fasse un remplacement à long terme, ce qui permet d'assurer une stabilité du personnel.

Sur la rotation des équipes de travail, les rapports de visites font état de pratiques organisationnelles empêchant la stabilité du personnel : rotations du personnel aux deux semaines ou aux trois mois, rotation du personnel d'un étage à l'autre ou d'une unité à l'autre, pour n'en nommer que quelques-unes. Ces pratiques, notent les équipes ministérielles, affectent particulièrement les résidents qui présentent des déficits cognitifs (ruptures relationnelles évitables) de même que la continuité des interventions entre différents intervenants et peut amener un désengagement de la part du personnel devant des situations problématiques. En ce qui a trait au manque d'outils ou à l'emploi inadéquat de ces derniers, on mentionne le manque de réunions d'équipe, l'absence d'outils de suivi, le manque de temps afin de compléter les outils disponibles et le manque de communication (ou de communication systématisée) entre les différentes équipes. Une information partiellement transmise entraîne le risque d'interventions morcelées et non optimales auprès du résident.

Les résultats attendus pour le résident

Environnement organisationnel

À la lumière des résultats présentés et afin que les résidents en CHSLD puissent jouir d'un milieu de vie de qualité, il importe :

1. de s'assurer que le résident et ses proches connaissent et intègrent le nouveau milieu de vie en complétant le processus d'admission (généralement bien instauré) par un suivi systématique de l'information transmise (post admission) ;
2. de systématiser la présence du résident et de ses proches au moment de l'élaboration et de la révision des plans d'intervention individualisés. Ceux-ci sont une occasion, pour le résident et ses proches, de faire valoir leur droit de participer activement aux décisions à leur sujet et d'émettre leurs opinions, leurs attentes et leurs suggestions ;
3. de fournir des efforts additionnels et davantage créatifs afin que le résident connaisse et s'approprie les mesures contribuant à un milieu de vie de qualité. Ainsi, il pourra bénéficier pleinement des effets recherchés par l'adoption d'un code d'éthique, d'un processus formel de traitement des plaintes et des comités des usagers et des résidents ;
4. de s'assurer que le protocole sur les mesures de contrôle est compris et appliqué adéquatement pour que les mesures de contention soient de dernier recours, et l'utilisation de mesures alternatives, privilégiée ;
5. de mettre en place des pratiques organisationnelles favorisant la continuité des services auprès du résident, et ce, tant en ce qui concerne la transmission de l'information qu'en ce qui a trait à la stabilité du personnel.

5.3 Les services, activités et fournitures

Les résidents en CHSLD reçoivent quotidiennement plusieurs services. Ceux qui ont été appréciés dans le contexte des visites ministérielles comprennent les soins de santé, les services associés aux activités de la vie quotidienne, les équipements et les aides techniques disponibles ainsi que les différentes activités offertes. Au cours des visites, les équipes ministérielles avaient comme mandat de s'assurer que, d'une part, les installations offraient l'ensemble de ces services et que, d'autre part, ceux-ci étaient de qualité et correspondaient aux besoins des résidents.

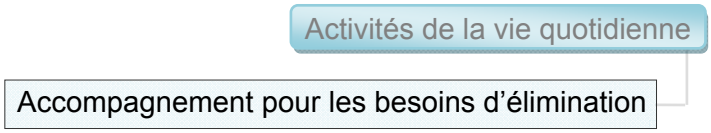
En un coup d'œil…

Les éléments les mieux instaurés

- La qualité de la nourriture.
- Le temps dont les résidents disposent pour manger.
- Les soins infirmiers.
- L'accessibilité générale aux services spécialisés.
- Les activités spirituelles.

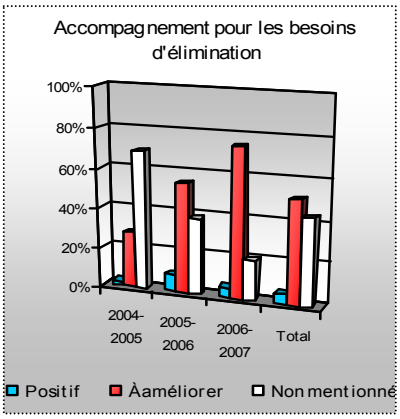
Les éléments les moins instaurés

- L'accompagnement au moment de l'élimination.
- L'horaire des repas.
- L'aide à l'alimentation.
- L'information transmise aux résidents ou aux proches en ce qui concerne les médicaments.
- La disponibilité de certains services spécialisés.
- La présence d'un intervenant accompagnateur.
- Les activités récréatives et sociales.



Les visites d'appréciation effectuées dans les années allant de 2004 à 2007 ont fait ressortir, en ce qui a trait à l'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne, que l'aspect le plus problématique concerne les activités liées à l'élimination. En effet, les équipes ministérielles ont noté une déficience par rapport à cet élément pour plus de 50 % des installations visitées et les commentaires positifs sont, pour ainsi dire, inexistants (5 %). Les rapports font état de délais problématiques tant dans l'accompagnement à la toilette que lorsque les culottes d'incontinence doivent être changées; de plus, on y mentionne à plusieurs reprises que ces délais sont beaucoup plus fréquents et importants aux heures de repas, le soir et la nuit et au moment des changements de quart de travail. Ces constats

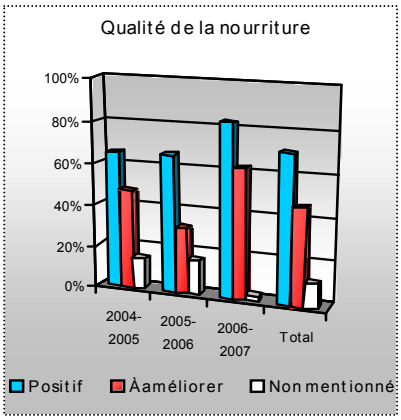
affecteraient davantage les résidents qui ne bénéficient pas, ou qui bénéficient rarement, de la présence d'un proche aidant.



Les équipes ministérielles ont fait ressortir qu'un accompagnement non adéquat pour les besoins d'élimination pouvait engendrer certaines conséquences. D'abord, un résident qui se voit contraint à subir une incontinence situationnelle ou forcée ne voit pas sa continence favorisée. Ensuite, un résident qui est laissé avec une culotte d'incontinence souillée se voit atteint dans le respect de sa dignité et de son confort.

Alimentation

Qualité de la nourriture



L'alimentation est une dimension majeure dans un milieu de vie et, dans le contexte des visites ministérielles, elle a été appréciée sous plusieurs de ses aspects[16]. Parmi ces derniers, c'est l'élément portant sur la qualité de la nourriture qui a généré le plus grand nombre de commentaires. En majorité, ceux-ci ont été positifs et attribués à 71 % des installations visitées; il y avait tout de même une grande part d'éléments à améliorer dans le cas de 47 % des installations.

Selon les rapports de visite, la nourriture serait donc généralement satisfaisante, et ce, particulièrement sous les aspects du goût (42 % des installations), de la quantité servie (38 %) et de l'apparence des plats offerts (31 %). Notons également qu'en général, la disponibilité des collations a été appréciée positivement par les équipes ministérielles, la majorité des résidents ayant accès à une collation en tout temps, lorsque ces derniers le désirent.

Un exemple de réussite

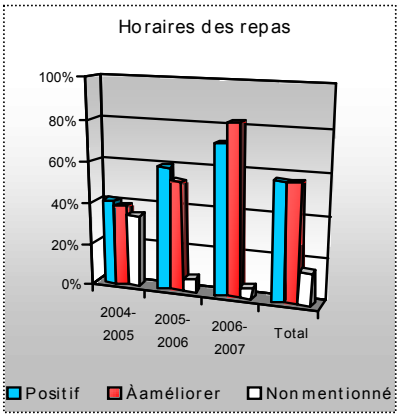
Les résidents sont satisfaits de la nourriture et leur opinion à ce sujet est recherchée sur une base régulière par le « comité menu ».

16. Vous pouvez trouver la liste des aspects appréciés, ainsi que leurs résultats correspondants, à l'annexe 4 du présent document.

À l'opposé, les points notés comme étant « à améliorer » concernent, principalement, la température des aliments. En effet, sur les 62 installations ayant reçu un commentaire négatif quant à la qualité de la nourriture, 50 d'entre elles serviraient une nourriture tiède, voire froide. Selon les rapports de visite, cette lacune résulterait des délais engendrés par la distribution des repas. Les résidents qui s'alimentent « sur les étages » ou dans les unités de vie seraient d'ailleurs davantage concernés. En concordance avec cette constatation, 66 % des recommandations portant sur la qualité de la nourriture ont pour but de faire en sorte que les installations concernées développent un système de distribution des repas qui permet aux résidents de bénéficier de repas chauds.

Horaires des repas

Le portrait qui se dégage de l'appréciation des horaires de repas, telle que le présente le graphique ci-contre, comporte autant de commentaires positifs que de commentaires notant une amélioration à apporter (57 % des installations de part et d'autre). En observant les résultats de plus près, il est possible de remarquer que l'élément « horaire des repas » se divise en deux aspects principaux et, alors que le premier est bien instauré, le deuxième ne l'est pas, ce qui explique un tel portrait.



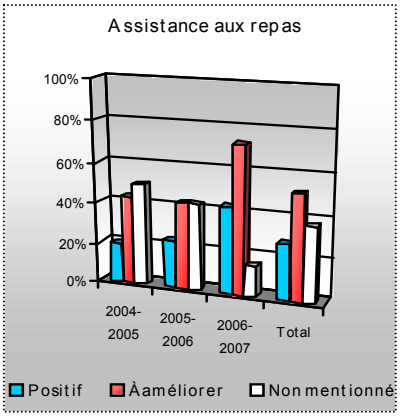
L'aspect de l'horaire des repas qui a été apprécié positivement et qui, par conséquent, se rapproche d'un milieu de vie de qualité est le temps dont disposent les résidents pour manger. En effet, la plupart des plages horaires mises en place par les installations visitées sont constituées de périodes suffisamment longues pour que les résidents puissent prendre leurs repas à un rythme qui leur convient. Notons, cependant, que le temps accordé pour les repas n'est pas toujours suffisant pour les résidents qui ont besoin d'aide pour s'alimenter.

À l'opposé, la mise en place d'un horaire convenable, c'est-à-dire des repas servis à des heures qui s'apparentent aux habitudes de vie des résidents et des écarts adéquats entre les différents services, demande une amélioration notable. D'ailleurs, 82 % des recommandations portant sur l'horaire des repas ont pour but d'assurer que les installations concernées offrent à leurs résidents une plage horaire convenable et flexible. Cette plage horaire devrait permettre aux résidents de se refaire un appétit entre le déjeuner et le dîner, d'avoir un laps de temps raisonnable entre le souper et le déjeuner du lendemain et la souplesse nécessaire afin de respecter davantage les habitudes de vie des résidents.

Un exemple de réussite

Les usagers et leurs familles expriment leur grande satisfaction en ce qui concerne l'organisation du repas du matin, lequel est servi entre 7 h et 9 h, tous les jours, ce qui facilite le choix de l'heure du déjeuner. Cette flexibilité permet au résident de répondre à son besoin selon l'heure de son choix.

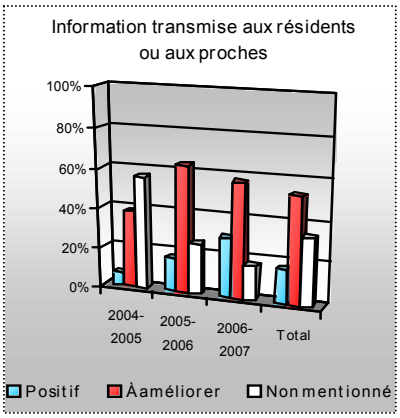
Assistance



Pour plus de la moitié des installations visitées (55 %), les équipes ministérielles ont mentionné que l'assistance apportée aux résidents pendant les repas devait être améliorée. Plusieurs aspects sont cités dans les rapports précisant ce qui devait être modifié afin que l'activité repas en soit une de qualité pour tous les résidents. Par ordre d'importance, les équipes ministérielles ont d'abord observé que certains intervenants ne prenaient pas le temps d'interagir avec la personne ou restaient debout pendant l'assistance aux repas, ce qui va à l'encontre des techniques préconisées et du respect du résident. On a également noté que la nourriture en purée était parfois mélangée par les intervenants ce qui fait en sorte qu'en plus de rendre le repas moins attrayant, les résidents qui le consomment ne peuvent distinguer les saveurs de ce qu'ils mangent. Les équipes ministérielles ont également souligné certains cas où un intervenant pouvait assister, par exemple, huit résidents à la fois. Elles ont noté la non-conformité de ces pratiques avec un milieu de vie de qualité et suggéré de mettre de l'avant une organisation du travail qui favorise une présence maximale du personnel au moment des repas. Finalement, les équipes ministérielles ont remarqué que les résidents ayant besoin d'assistance étaient parfois alimentés rapidement et que des plateaux à servir pouvaient être retirés de la table avant que les résidents n'aient terminé leur repas. À ce propos, elles soulignent que le rythme du résident ne peut être respecté dans les balises d'un horaire trop rigide et prescrit par des routines organisationnelles.

Médicaments

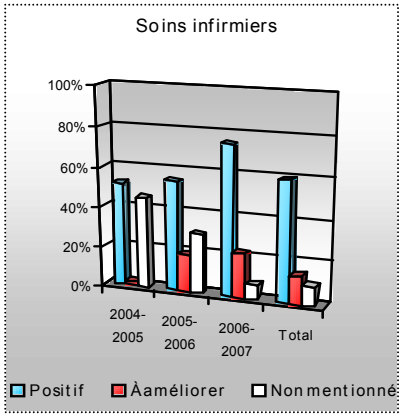
Information transmise aux résidents ou aux proches



L'analyse des différents rapports de visite a démontré qu'une stratégie d'information systématique sur la médication et destinée aux résidents ou à leurs proches était rarement instaurée au sein des installations. En effet, les équipes ministérielles ont pu constater que le personnel des installations visitées, s'il avisait le résident ou sa famille des changements apportés dans la médication ou des effets secondaires des médicaments prescrits, le faisait souvent uniquement dans les cas où l'information leur était demandée ou lorsque des effets importants étaient prévisibles. Ainsi, en majorité, les résidents ou leurs proches n'ont pas accès du tout, ou n'ont pas accès d'emblée, à une information complète et actuelle en ce qui concerne les médicaments consommés.

Organisation des soins

Soins infirmiers

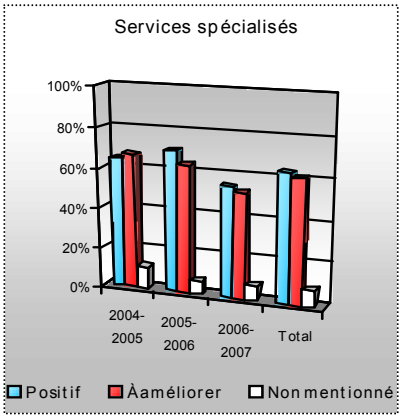


De 2004 à 2007, les équipes ministérielles ont constaté qu'en ce qui a trait à l'organisation des soins, 60 % des installations visitées offraient des soins infirmiers répondant adéquatement aux besoins requis par la situation de leurs résidents. Dans certains rapports de visite, on souligne positivement la présence de personnel infirmier 24 heures sur 24 et quelques installations se sont démarquées par la qualité notable des soins infirmiers offerts. Notons cependant que, si les interventions du personnel infirmier ont été considérées par les équipes ministérielles comme étant généralement suffisantes, en temps opportun et s'inscrivant dans « la bonne pratique clinique », cela n'exempte pas nécessairement le personnel infirmier des considérations relatives à l'approche *Milieu de vie* qui seront décrites dans la section suivante portant sur l'environnement humain.

Services spécialisés

En ce qui a trait aux services spécialisés, nous avons ici encore obtenu, à la suite de la compilation des commentaires positifs et « à améliorer » qui ont été recueillis, un portrait

équivalent. En effet, alors que les équipes ministérielles soulignaient des aspects positifs par rapport à cet élément pour 64 % des installations, elles notaient également des points à améliorer pour 62 % d'entre elles. Précisons d'abord que ce qui a été apprécié par les équipes ministérielles est l'accessibilité, pour les résidents, aux services spécialisés, que ces derniers soient internes à l'installation ou obtenus par une entente avec l'établissement ou avec le privé. Ainsi, les équipes ministérielles ont fait ressortir que, pris dans leur ensemble, les services spécialisés étaient généralement facilement accessibles, et ce, de façon encore plus marquée pour les installations étant parties prenantes ou situées à proximité d'un centre hospitalier.

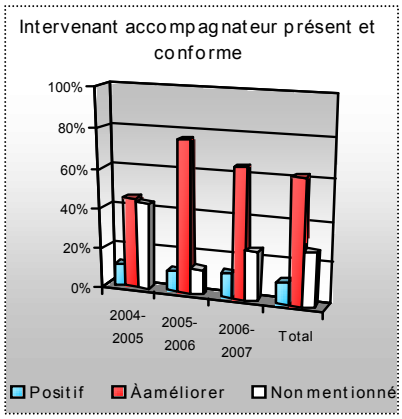


Quant à eux, les aspects notés « à améliorer » ont fait référence à l'absence ou à la rareté de spécialités spécifiques, ce qui explique l'équivalence des résultats. Ceux-ci démontrent que les services spécialisés pour lesquels on a constaté un manque d'accessibilité sont d'abord et avant tout les services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie) et les services psychosociaux (psychologie, travail social). On note également, mais dans une proportion moindre, les services de diététique et d'orthophonie. Selon les équipes ministérielles, l'accessibilité restreinte à ces spécialistes a des conséquences multiples. Par exemple, en plus de ne pas répondre adéquatement aux besoins des résidents, et ce, autant sous l'angle du rétablissement que sous celui de la prévention, cette inaccessibilité appauvrit les rencontres interdisciplinaires prévues à l'intérieur des plans d'intervention individualisés.

Personnel

Intervenant accompagnateur

Présent et conforme



Tel que cela est édicté dans les orientations ministérielles, un intervenant appartenant à l'installation doit être affecté à chaque résident pour agir à titre de personne de référence, assurer un suivi personnalisé tout au long du séjour du résident et créer avec lui un lien privilégié et significatif. Toutefois, les équipes ministérielles ont constaté que cet élément était peu instauré. En effet, 42 % des installations n'avaient pas, au moment des visites, actualisé cette fonction dans leur organisation. Pour un autre 20 %, une personne-ressource était identifiée aux résidents, mais cette dernière ne répondait pas entièrement aux attentes ministérielles en ce qui a trait à la désignation d'un intervenant accompagnateur. À titre d'exemple, on mentionne, dans quelques rapports de visite, que la personne choisie pour

remplir ce rôle n'est pas suffisamment significative pour le résident ou, encore, qu'elle n'est pas identifiée formellement.

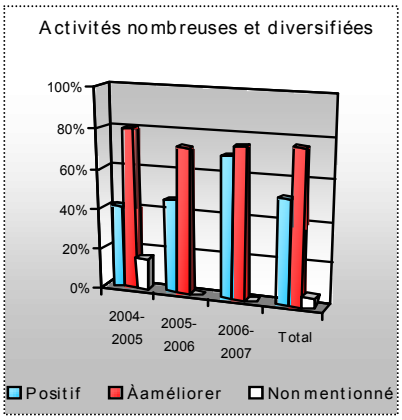
Nous arrivons donc à la conclusion que, dans les années allant de 2004 à 2007, et tel que l'illustre le graphique ci-contre, 62 % des installations ne rejoignaient pas les orientations ministérielles quant à la mise en place de la fonction d'intervenant accompagnateur. En réaction à cette constatation, un grand nombre de recommandations ont été formulées par rapport à cet élément. Ainsi, à la suite du passage des équipes ministérielles dans leurs murs, 72 % des installations visitées avaient reçu la recommandation d'instaurer ou de réviser la fonction de l'intervenant accompagnateur.

Activités

Récréatives et sociales

Nombreuses et diversifiées

Tout environnement confondu, c'est l'élément appréciant le nombre et la diversité des activités récréatives et sociales offertes qui a généré le plus grand nombre de commentaires « à améliorer ». En effet, les équipes ministérielles ont accordé de tels commentaires à plus de 75 % des installations visitées et il ne semble pas y avoir eu amélioration avec les années. Notons, cependant, que des commentaires positifs ont également été accordés à 52 % de ces installations, ce qui démontre que, malgré un besoin d'amélioration évident, certains aspects liés au fait d'offrir des activités récréatives et sociales nombreuses et diversifiées sont plus satisfaisants.

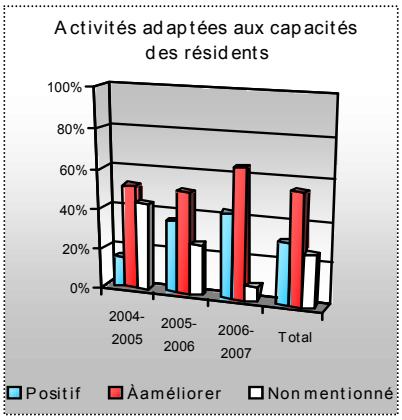


En regardant de plus près les commentaires positifs, on observe que les équipes ministérielles ont considéré que les activités offertes étaient nombreuses et diversifiées de jour, du lundi au vendredi. Ainsi, au moment où les visites ont été effectuées, les installations offraient une programmation intéressante pour les résidents, mais concentrée dans l'horaire ouvrable des intervenants responsables de ce volet. Conséquemment, les commentaires « à améliorer » font ressortir, le plus souvent, la carence notable d'activités offertes les soirs et les fins de semaine. D'ailleurs, développer un programme d'activités sociales et récréatives de soir et de fin de semaine est l'aspect le plus fréquemment mentionné dans les recommandations formulées aux représentants des installations. Cependant, en considérant que les CHSLD qui n'ont eu que des commentaires positifs par rapport à cet élément représentent seulement 18 % des installations visitées, il semble juste de considérer que, dans son ensemble, la programmation des activités récréatives et sociales mérite d'être bonifiée afin que les résidents puissent jouir d'activités fréquentes et répondant à leurs goûts et préoccupations.

Un exemple de réussite

Les activités récréatives et sociales sont nombreuses et diversifiées, le jour et la fin de semaine. Un préposé aux bénéficiaires anime des activités individuelles pour les résidents qui ne participent pas aux activités de groupe.

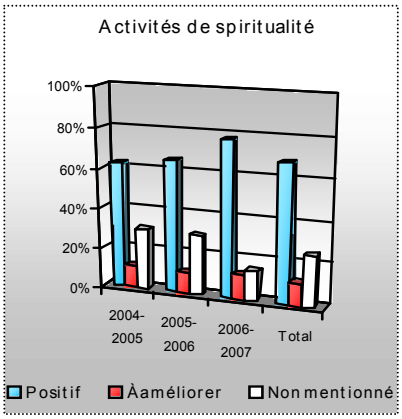
Adaptées aux capacités des résidents



Les résultats de notre analyse démontrent que, dans les années s'échelonnant de 2004 à 2007, certains résidents n'avaient pas accès à des activités récréatives et sociales adaptées à leurs capacités dans plus de 55 % des installations visitées. À la lumière des 134 rapports de visite consultés, il est possible de constater que cet aspect « à améliorer » concerne surtout les résidents qui présentent des déficits cognitifs. En effet, les commentaires des équipes ministérielles font ressortir que les programmations en place au moment des visites incluaient peu d'activités dont le but spécifique est d'animer la vie des résidents qui présentent un déficit cognitif (telles la musicothérapie, la zoothérapie ou les activités individuelles). Dans certaines installations (11 %), on a même constaté une absence complète de programmation répondant à ces résidents.

Dans une moindre mesure, les rapports de visite mentionnent qu'il y a également certains manques dans l'offre d'activités récréatives et sociales adaptées pour les résidents qui présentent un déficit physique ainsi que pour ceux qui ont moins de 65 ans.

Activités de spiritualité



Les équipes ministérielles ont apprécié très positivement les activités de spiritualité offertes dans les installations visitées. En effet, dans la grande majorité de ces dernières (68 %), les activités de spiritualité répondent aux besoins des résidents en matière d'accessibilité et de fréquence, et elles correspondent à leurs croyances. De plus, dans la plupart des milieux où l'on trouve des confessions multiples, des démarches sont entreprises afin de répondre aux besoins spirituels de tous les résidents. Les quelques commentaires « à améliorer » émis (11 % des installations) concernent une accessibilité restreinte à ces activités (chapelle inaccessible,

peu de disponibilité des ministres religieux) et les difficultés encore éprouvées par quelques installations afin de répondre aux besoins des résidents dont les pratiques religieuses ne correspondent pas à celles de la majorité.

Deux exemples de réussite

Le service de pastorale est très bien structuré et fort apprécié des résidents, des membres des familles et des bénévoles. Une messe est célébrée deux fois par semaine et la communion est donnée dans les unités. Notons, également, la récitation presque quotidienne du chapelet.

Des activités en matière de spiritualité, selon l'ethnie et la croyance du résident, sont accessibles facilement, et ce, à différents moments au cours de la semaine.

Les résultats attendus pour le résident

Les services, activités et fournitures

À la lumière des résultats présentés et afin que les résidents en CHSLD puissent jouir d'un milieu de vie de qualité, il importe :

1. de veiller à ce que l'accompagnement apporté pour les besoins d'élimination (accompagnement à la toilette, changements de culottes d'incontinence) soit fait à des moments opportuns afin que, d'une part, le résident puisse maintenir sa continence et que, d'autre part, sa dignité et son confort soient respectés ;
2. de mettre au point des stratégies efficaces au moment de la distribution des repas pour que le résident puisse jouir d'une nourriture toujours à la bonne température ;
3. de mettre en place des horaires de repas convenables et flexibles qui permettent de respecter les habitudes de vie des résidents ;
4. de s'assurer que les techniques préconisées en ce qui concerne l'assistance aux repas sont, d'une part, connues et respectées par le personnel et, d'autre part, soutenues par une organisation du travail adéquate afin que le résident puisse prendre ses repas dans la dignité et à un rythme qui lui convient ;
5. d'implanter une stratégie d'information systématique sur la médication et destinée aux résidents ou à leurs proches et de veiller à ce qu'elle soit appliquée. Le résident a le droit de recevoir toute l'information relative à son état de santé, notamment en ce qui a trait aux changements et aux effets secondaires de sa médication ;
6. de s'assurer que les services spécialisés de physiothérapie, d'ergothérapie, de psychologie et de service social sont facilement accessibles afin de répondre aux besoins des résidents;
7. d'affecter formellement, et ce, pour chaque résident, un intervenant qui l'accompagnera tout au long de son séjour dans l'installation. Les fonctions remplies par cet intervenant doivent correspondre aux orientations ministérielles publiées à ce sujet ;
8. d'élargir la programmation des activités sociales et récréatives afin que les résidents puissent se divertir également les soirs et les fins de semaine et de veiller à ce que ces activités soient adaptées aux capacités et aux préoccupations de tous les résidents, particulièrement en ce qui a trait à ceux qui présentent des déficits cognitifs.

5.4 L'environnement humain

La présente section sur l'environnement humain donne les résultats témoignant du respect des valeurs ou des principes fondamentaux qui doivent gouverner l'organisation et l'offre de services dans un milieu de vie de qualité. Sous ce thème ont donc été appréciés l'intégration du résident et le maintien de ses relations, le droit à son identité, à son autonomie et à son autodétermination ainsi que le respect de sa dignité, de son intimité et de la confidentialité des renseignements à son sujet. Finalement, les équipes ministérielles ont également observé le dynamisme du milieu, c'est-à-dire la qualité du climat et des interactions quotidiennes qu'entretiennent les résidents entre eux et avec le personnel.

En un coup d'œil…

Les éléments les mieux instaurés

- Le personnel connaît les résidents.
- La chambre du résident est un endroit qui lui appartient.
- Le personnel s'adresse au résident de manière respectueuse.
- L'intimité du résident est respectée.

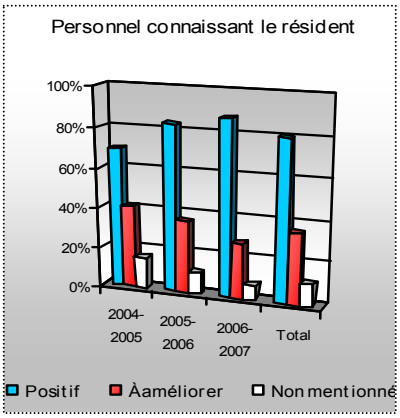
Les éléments les moins instaurés

- Les activités de la vie quotidienne ne se font pas dans le respect des habitudes de vie des résidents.
- Le maintien des capacités des résidents n'est pas toujours favorisé.
- L'emploi du tutoiement et d'expressions familières pour s'adresser au résident a cours.
- Le respect de la confidentialité dans les lieux publics n'est pas respectée.

Intégration du résident

Personnel connaissant le résident

Près de 80 % des installations visitées au cours des années allant de 2004 à 2007 ont reçu un commentaire positif lorsque fut abordée la connaissance des résidents par le personnel. Parmi tous les éléments observés par les équipes ministérielles, cet élément est celui qui a été apprécié le plus positivement. De plus, les données recueillies pour les fins du présent rapport nous permettent de penser que cet élément tend à s'améliorer avec les années. En effet, le graphique ci-contre montre que, de 2004 à 2007, le nombre d'installations ayant reçu un commentaire positif a augmenté de 18 %, alors que le nombre de celles qui ont reçu un commentaire « à améliorer » a diminué de 14 %.



Les commentaires émis indiquent qu'en très grande majorité, le personnel connaît bien le résident en ce qui a trait à ses problèmes, à ses besoins, à ses capacités et à ses aptitudes. Cependant, cela se révèle moins vrai pour l'histoire de vie des résidents et leurs habitudes antérieures à l'admission en CHSLD. En effet, le nombre d'installations pour lesquelles les équipes ministérielles ont mentionné cet aspect parmi les points positifs diminue de moitié si nous comparons avec le nombre d'installation pour lesquelles l'information clinique, mentionnée précédemment, est connue du personnel.

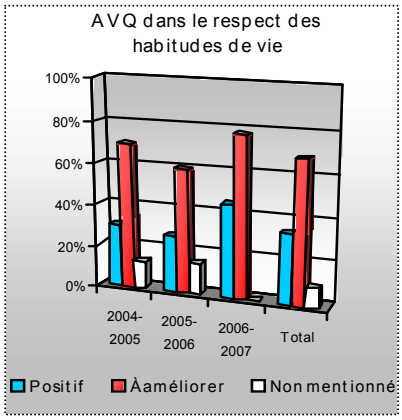
Dans les différents rapports de visite, les équipes ministérielles ont fait ressortir des facteurs facilitant et contraignant la connaissance des résidents par le personnel. Ainsi, elles mentionnent que l'utilisation d'outils pertinents contribue et favorise cette connaissance. À titre d'exemple, elles citent des outils de collecte de l'histoire de vie, le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), des fiches de préférences et des profils de besoins issus du Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD). À l'opposé, et comme nous l'avons vu avec l'élément « continuité des interventions » de l'environnement organisationnel, le recours fréquent à du personnel de remplacement et la rotation du personnel au sein d'une même installation sont des obstacles à l'appropriation de l'information nécessaire afin que celui-ci puisse répondre adéquatement, et de façon personnalisée et globale, aux besoins des résidents.

Un exemple de réussite

[…] les intervenants ont une bonne connaissance du résident, de ses habitudes de vie, de ses aptitudes et capacités, de ses problèmes et de ses besoins. Le personnel peut se reporter à l'histoire de vie du résident, à son PI ou à son profil de besoins (SICHELD).

Identité, autonomie et autodétermination

Activités de la vie quotidienne (AVQ) dans le respect des habitudes de vie



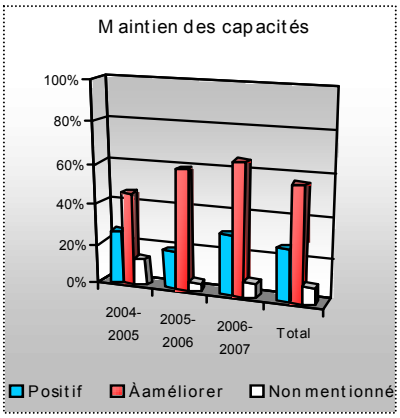
Tel que le point précédent le mentionne, il y avait, au moment où les installations en cause dans le présent rapport ont été visitées, une lacune dans la connaissance que détient le personnel de l'histoire et des habitudes de vie des résidents. C'est notamment cet aspect qui explique que près de 70 % des installations ont reçu un commentaire « à améliorer » en rapport avec l'accomplissement des activités de la vie quotidienne dans le respect des habitudes de vie des résidents. Cependant, les équipes ministérielles ont constaté que cet aspect n'était pas le principal obstacle au respect des habitudes de vie des résidents. En effet, le facteur le plus contraignant est la présence, au sein des installations, d'une organisation des

services centrée sur la tâche à accomplir plutôt que sur les préférences des résidents. Ainsi, les horaires de lever et de coucher, des soins d'hygiène et des repas sont déterminés selon des routines de travail rigides desquelles les intervenants dérogent très peu. Dès leur admission, les résidents sont donc, en majorité, contraints de s'adapter au cadre institutionnel qui a cours dans leur nouvelle demeure. Par exemple, si l'organisation des services en place définit que les bains se donnent le matin, il est souvent impossible pour un résident qui préfère prendre, et qui a toujours pris son bain le soir de voir cette habitude prise en considération. Dans certaines installations, on va jusqu'à réveiller les résidents afin de leur donner ce service et d'entrer dans les temps impartis pour cette tâche. Les équipes ministérielles font donc ressortir autant l'urgence que l'ampleur du virage à effectuer afin que l'organisation du travail soit édifiée à partir des habitudes de vie des résidents et que ces derniers puissent vivre dans un milieu qui se rapproche, le plus possible, de la vie à domicile. C'est d'ailleurs l'élément qui, dans l'environnement humain, a généré le plus grand nombre de recommandations.

Un exemple de réussite

L'approche relationnelle de soins préconisée par l'établissement permet un cadre organisationnel souple et assure le respect des habitudes de vie du résident. Ce dernier peut conserver ses habitudes de sommeil et peut manger à une heure de son choix.

Maintien des capacités



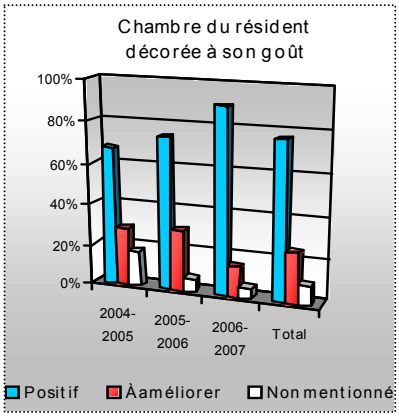
Dans plus de la moitié des installations visitées (56 %), les équipes ministérielles ont pu observer que, pendant l'exécution de ses tâches, le personnel démontrait davantage une approche de prise en charge plutôt qu'une approche axée sur l'accompagnement du résident afin de favoriser le maintien de ses capacités. Par exemple, une équipe a constaté qu'un résident avait été conduit à la cafétéria dans un fauteuil roulant, alors que ce dernier, avec un accompagnement adéquat, aurait très bien pu s'y rendre en marchant et, ainsi, maintenir ou améliorer sa mobilité. Dans leurs commentaires « à améliorer », les équipes ministérielles déplorent également l'absence de programme visant spécifiquement le maintien des capacités des résidents, tels les programmes de marche ou d'accompagnement à la toilette.

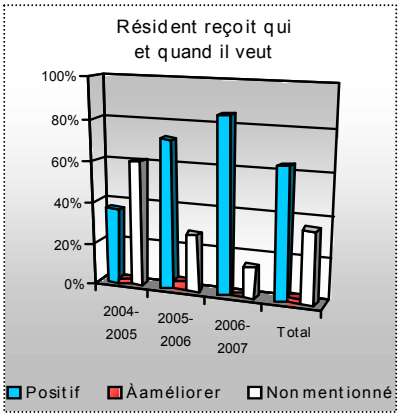
Dans la foulée du respect des habitudes de vie, les équipes ministérielles mentionnent que la culture organisationnelle de l'installation est un facteur majeur qui restreint la possibilité du personnel de favoriser le maintien des capacités des résidents. En effet, une organisation du travail axée sur la tâche, plutôt que sur les besoins et caractéristiques des résidents, met de côté la qualité de vie de ces derniers au profit d'habitudes organisationnelles qui ne

conviennent pas. Les témoignages des différentes personnes rencontrées au cours des visites d'appréciation confirment d'ailleurs que, souvent encore, le personnel va « faire à la place du résident » afin de « gagner du temps » ou, encore, dans le but de « prendre de l'avance » sur sa journée de travail.

Chambre du résident

Deux éléments ont été appréciés par les équipes ministérielles en ce qui concerne la chambre du résident. Le premier avait pour but de vérifier si le résident est libre de décorer sa chambre comme il le souhaite et le second, de s'assurer que le résident peut y accueillir, sans restriction, des invités. Les deux graphiques suivants illustrent bien que, pour l'un comme pour l'autre de ces éléments, les installations visitées ont été appréciées très positivement.



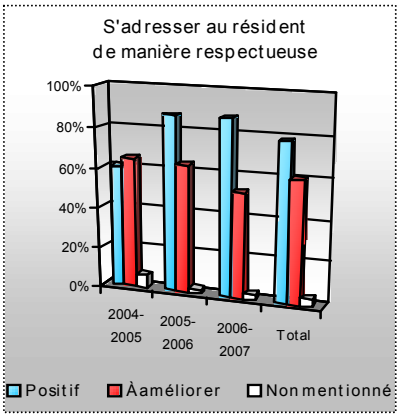


En ce qui a trait au premier élément, plus de 70 % des installations étaient ouvertes à ce que le résident décore sa chambre comme il le souhaite. Dans 51 % des cas, les équipes ministérielles mentionnent également que les résidents peuvent aménager cet espace avec des objets et des meubles personnels. Les quelques commentaires « à améliorer » émis ont fait référence à la présence de certaines règles pouvant contrevenir au respect des choix du résident (par exemple, d'imposer une même couleur pour toutes les chambres) et à la présence de chambres multiples limitant la possibilité du résident de décorer sa chambre selon ses goûts.

Le second élément apprécié, soit la possibilité du résident de recevoir sans restriction, n'a généré, au cours des trois années de visites, que trois commentaires « à améliorer ». Le résident peut donc recevoir dans sa chambre qui il veut et quand il le veut. Dans le cas des chambres à occupation multiple, les équipes ministérielles notent que la même liberté a cours dans la mesure où les visites se font dans le respect des autres occupants. En prenant en considération ces deux éléments, il est possible de conclure que la chambre du résident est, dans la très grande majorité des installations visitées au cours des années allant de 2004 à 2007, un espace qui lui appartient et dont il peut disposer à sa guise.

Dignité et respect

S'adresser au résident



Pour l'élément « le personnel s'adresse aux résidents de manière respectueuse », les équipes ministérielles ont attribué des commentaires positifs à 78 % des installations et des commentaires « à améliorer » à plus de 60 % d'entre elles. Ces résultats mitigés proviennent du fait que plusieurs des installations visitées (43 %) ont reçu à la fois un commentaire positif et un commentaire « à améliorer ». L'analyse des différents rapports de visite montre que, du côté positif, et à part quelques rares exceptions, le personnel s'adresse aux résidents de manière respectueuse, polie et courtoise. Cependant, cette attitude qui, en elle-même, est appropriée cohabiterait souvent avec l'emploi plus ou moins fréquent du tutoiement et d'expressions familières. En effet, au cours de leurs visites, les équipes ministérielles ont pu constater qu'il subsistait au sein du personnel une incompréhension vis-à-vis de l'importance du vouvoiement. Ainsi, malgré le fait que la plupart des installations se sont donné une politique sur le vouvoiement, cette dernière n'est pas toujours respectée. De plus, les équipes ministérielles ont noté que des surnoms, tels « ma chérie » ou « papi », étaient considérés par le personnel comme des marques d'affection. À la lumière de ces résultats, il est possible de conclure que, dans plusieurs installations, le personnel distingue mal les notions de contacts chaleureux, d'empathie et de compassion, de la notion de familiarité.

Un exemple de réussite

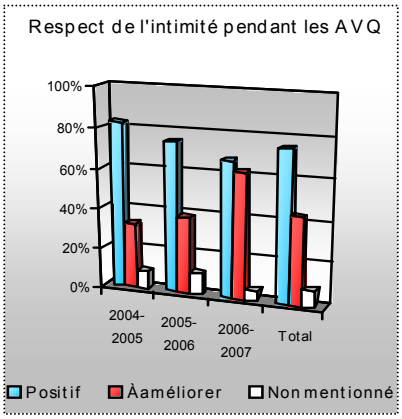
La semaine du « VOUS » mise sur pied par le comité des usagers pour sensibiliser les personnes de l'installation à cette réalité.

Respect de l'intimité

Pendant les activités de la vie quotidienne (AVQ)

Les rapports de visite consultés pour les fins du présent rapport font principalement état, pour l'élément ici présenté, d'un personnel soucieux de respecter l'intimité des résidents au cours des activités de la vie quotidienne et des soins donnés. Ainsi, 75 % des installations visitées ont reçu un commentaire positif par rapport à cet élément. Par contre, le nombre relativement élevé de commentaires « à améliorer » (près de 44 % des installations) dénote qu'il y a encore des efforts à fournir pour que l'intimité du résident soit entièrement respectée. Deux pratiques ont

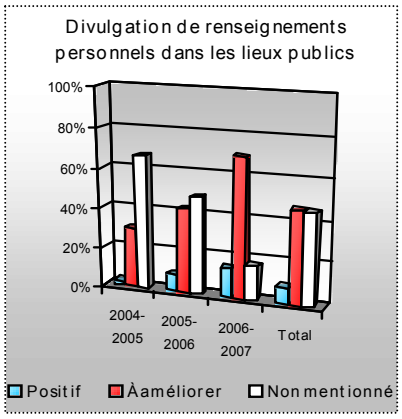
été particulièrement ciblées par les équipes ministérielles. D'une part, elles ont noté que le respect du caractère privé de la chambre du résident présentait souvent une lacune. En effet, les équipes ministérielles font mention d'intervenants qui entrent dans la chambre du résident sans frapper ou qui frappent mais entrent sans attendre la réponse du résident. D'autre part, les commentaires « à améliorer » soulignent qu'il est fréquent que deux bains sont donnés simultanément dans une même salle d'eau et que cela ne correspond pas à un environnement humain de qualité. Les équipes ministérielles soutiennent donc que, bien que les attitudes des intervenants soient axées vers le respect de l'intimité, certaines habitudes, non étrangères à des pratiques en milieu de soins, sont encore à modifier.



En observant les résultats illustrés dans le graphique ci-contre, le respect de l'intimité du résident semble être un aspect qui s'est détérioré au fil des années. Il est cependant difficile de déterminer si cette tendance est le reflet d'une qualité décroissante dans les milieux, d'un hasard de sélection ou si elle résulte d'une importance grandissante portée à cet élément par les équipes ministérielles.

Confidentialité

Divulgation de renseignements personnels dans les lieux publics



Les résultats obtenus en ce qui concerne la divulgation de renseignements personnels dans les lieux publics n'auraient pas été, selon notre stratégie de sélection, suffisamment significatifs pour inclure cet élément dans le présent rapport. Cependant, l'observation du graphique ci-contre, qui indique une tendance marquée vers le « à améliorer » ainsi qu'un nombre important d'installations pour lesquelles cet élément n'a pas été mentionné[17], nous a amenés à faire une exception.

Les équipes ministérielles ont attribué des commentaires « à améliorer » à 47 % des installations visitées en ce qui concerne la divulgation de renseignements personnels dans les lieux publics. Essentiellement, ces commentaires font référence à des conversations entre membres du personnel ayant eu lieu dans un espace public (cafétéria, corridor, etc.) à propos de renseignements personnels au sujet d'un résident. Afin d'enrayer ces manquements à la confidentialité, les équipes ministérielles ont recommandé trois types de stratégies d'action.

17. Rappelons que, dans les différents graphiques, les références « à améliorer » sont représentées par les colonnes rouges et les « non mentionné », par les colonnes blanches.

D'abord, elles ont recommandé à certains établissements de faire des efforts afin de sensibiliser les intervenants à l'existence et aux conséquences de ces situations problématiques. Ensuite, elles attribuent à la direction de certaines installations la responsabilité de prendre les moyens nécessaires pour s'assurer que les règles de confidentialité sont respectées. Finalement, plus rarement, les équipes ministérielles proposent d'aménager un local fermé dans lequel les intervenants pourraient discuter de leurs difficultés et, ainsi, répondre à leur besoin de « ventiler » sans craindre de porter atteinte à la confidentialité des résidents.

Les résultats attendus pour le résident

L'environnement humain

À la lumière des résultats présentés et afin que les résidents en CHSLD puissent jouir d'un milieu de vie de qualité, il importe :

1. de revoir l'organisation du travail afin que le déroulement de la journée réponde davantage aux besoins et aux préférences des résidents plutôt qu'il soit planifié en fonction de pratiques institutionnelles ;
2. de s'assurer que cette nouvelle organisation du travail permet aux intervenants d'accompagner les résidents dans le maintien de leurs capacités et de veiller à ce que tous en saisissent l'importance ;
3. de sensibiliser les intervenants à l'importance du vouvoiement et aux conséquences de l'emploi de surnoms pour les résidents ;
4. de mettre au point une stratégie d'action ayant pour but de changer les comportements qui persistent et qui enfreignent le respect de l'intimité des résidents. Pour ce faire, le personnel, généralement soucieux de cet aspect, aurait avantage à être mobilisé.

5.5 L'environnement physique

La « double raison d'être » des CHSLD, soit de constituer un milieu de vie substitut au sein duquel les résidents reçoivent des soins et des services de qualité, demande que plusieurs éléments physiques spécifiques de tels milieux et essentiels à ceux-ci soient mis en place. Conséquemment, le mandat des équipes ministérielles quant à cet environnement consiste à apprécier si, d'une part, l'aménagement des lieux contribue à créer un milieu chaleureux, un « chez-soi » qui se rapproche du domicile et si, d'autre part, ce dernier est aménagé de manière à soutenir le personnel et l'offre d'interventions de qualité.

En un coup d'œil…

Les éléments les mieux instaurés

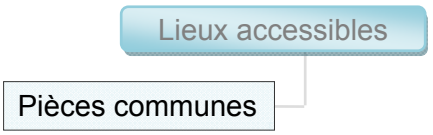
- Les chambres privées assurent l'intimité du résident.
- En général, les lieux sont sécuritaires.

Les éléments les moins instaurés

- Les chambres doubles et multiples n'assurent pas l'intimité du résident.
- Les résidents peuvent avoir accès à des produits dangereux.
- Les corridors sont souvent encombrés.
- Les lieux correspondent encore davantage à un milieu de soins qu'à un milieu de vie.

Les éléments suivants ont généré des commentaires autant positifs que « à améliorer » pour 50 % et plus des installations :

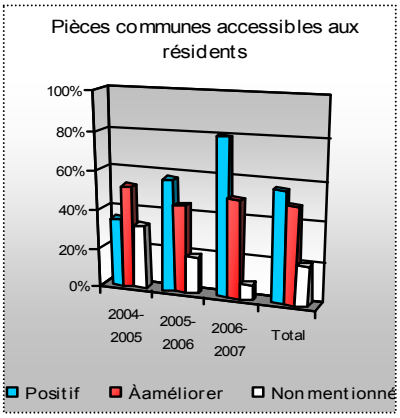
- l'accessibilité des pièces communes ;
- l'adaptation des lieux.



D'entrée de jeu, il importe de noter que, dans les rapports de visite consultés pour les fins du présent bilan, l'élément « accessibilité des pièces communes » revêt deux sens. D'une part, les équipes ministérielles y notaient la présence ou l'absence de différents types de pièces communes. Dans cette optique, on vérifiait si les résidents avaient accès, par exemple, à des aires de détente, à une chapelle, à une salle à manger. D'autre part, les équipes ministérielles ont apprécié la disponibilité, pour les résidents, des locaux existants. Dans ce cas, les pièces communes ont été considérées comme accessibles si ces dernières n'étaient pas verrouillées et si elles étaient utilisées prioritairement par les résidents et leurs proches[18].

18. Bien que quelques commentaires aient été émis à ce sujet dans les rapports de visites des années antérieures, cet aspect n'a été inclus dans la grille d'appréciation qu'en 2006-2007.

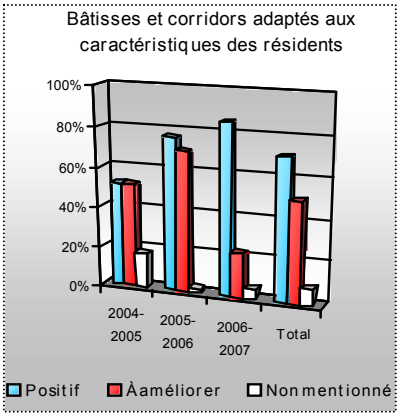
Le graphique ci-contre illustre que, dans les années allant de 2004 à 2007, les équipes ministérielles ont émis des commentaires positifs en ce qui concerne 56 % des installations et des commentaires à améliorer en ce qui a trait à 50 % d'entre elles. L'analyse des résultats nous a amenés à regrouper ces commentaires en quatre catégories : la disponibilité des lieux semi-privés permettant au résident de s'isoler ou d'y recevoir ses proches, la présence de lieux favorisant la socialisation des résidents, la présence de pièces « spécialisées[19] » et l'utilisation prioritaire des pièces communes par les résidents. Pour chacune de ces catégories, le nombre d'installations ayant reçu un commentaire positif est légèrement plus élevé que le nombre d'installations ayant reçu un commentaire « à améliorer ». Aussi, les recommandations relatives à cet élément émises par les équipes ministérielles se répartissent dans ces catégories de manière, pour ainsi dire, équivalente. À la lumière des résultats obtenus, nous ne pouvons conclure que l'élément « accessibilité des pièces communes » est bien instauré à l'échelle de la province, ni qu'il est particulièrement problématique. Cependant, nous pouvons affirmer qu'il subsiste des manques à combler afin que les résidents aient accès (dans les deux sens du terme cités précédemment) aux différents types de pièces communes devant être disponibles dans un milieu de vie substitut et que les lacunes varient d'une installation à l'autre.



Lieux adaptés

Bâtisses et corridors

Tout comme l'élément précédent, l'appréciation des bâtisses et des corridors en tant qu'environnements adaptés aux caractéristiques des résidents a généré des commentaires en ce qui concerne 50 % et plus des installations autant du côté positif que de celui « à améliorer ». En s'attardant d'abord aux commentaires positifs, accordés à 71 % des installations, il est possible de constater que les aspects le plus fréquemment abordés par les équipes ministérielles concernent l'adaptation des lieux pour les résidents qui présentent une déficience physique. À ce sujet, on a notamment cité la fenestration permettant aux résidents en fauteuils roulants de voir à l'extérieur et la largeur des aires de circulation. En ce qui a trait aux commentaires « à améliorer », accordés à 50 % des installations visitées, les équipes ministérielles ont surtout remarqué que les lieux n'étaient pas suffisamment adaptés pour les résidents présentant un déficit cognitif. Par exemple, les équipes ont souvent noté l'absence



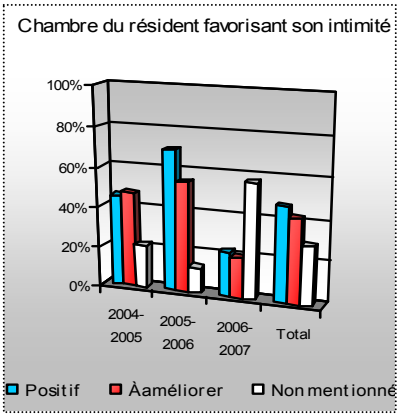
19. Ce libellé inclut les locaux assignés aux soins palliatifs, les chapelles et les fumoirs.

ou l'insuffisance d'indices visuels permettant aux résidents de s'orienter dans leur milieu de vie ainsi que des lacunes sur le plan du contrôle des stimuli auditifs.

En appréciant l'adaptation de la bâtisse et des corridors, les équipes ministérielles se sont également attardées à distinguer si l'environnement présentait des barrières architecturales pouvant nuire aux résidents et si les lieux étaient aménagés de manière à favoriser l'autonomie fonctionnelle de ces derniers. Encore ici, les installations ayant reçu un commentaire positif (34 %) sont plus nombreuses que celles pour qui un commentaire « à améliorer » a été fait (18 %). Il importe de noter que ces aspects ont été retirés de la grille d'appréciation dans la version de 2006-2007 utilisée par les équipes ministérielles. Rien ne porte à croire que cela ait pu affecter la teneur des résultats présentés ici, mais leur importance relative par rapport aux autres aspects en fut certainement diminuée. Au cours de la même année, un autre changement effectué dans la grille d'appréciation vient invalider l'importante amélioration qui, selon le graphique ci-dessus, semble avoir eu lieu en 2006-2007. En effet, le grand écart observable entre les points positifs et ceux « à améliorer », alors que les colonnes des deux années précédentes sont comparables, peut s'expliquer par le retrait de l'élément « Le milieu est adapté en fonction des résidents présentant des déficits cognitifs », qui, nous l'avons vu, est généralement moins bien instauré au sein des installations. Pour les fins du bilan, retenons donc que, de manière générale, les bâtisses et les corridors sont adaptés aux caractéristiques des résidents, et ce, de façon plus marquée en ce qui concerne les déficits physiques.

Lieux favorisant l'intimité

Chambre du résident

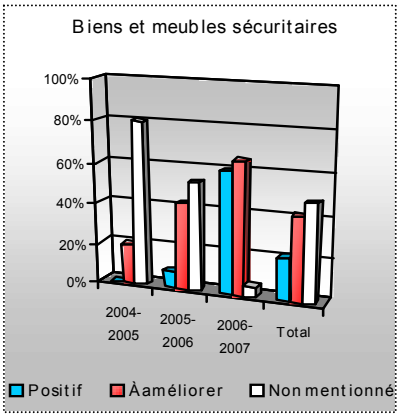


Dans les commentaires positifs qui ont été faits en ce qui concerne la chambre du résident et le respect de son intimité, nous trouvons la possibilité d'occuper une chambre simple et l'accès à des toilettes privées ou semi-privées. Les équipes ministérielles y ont également noté la présence de moyens appropriés pour en assurer le caractère privé, c'est-à-dire la possibilité de verrouiller sa porte (tant de l'intérieur que de l'extérieur) et l'accès à des espaces de rangement privés. Un ou plusieurs de ces aspects positifs ont été soulignés en ce qui concerne 46 % des installations visitées au cours des années allant de 2004 à 2007. Parallèlement, c'est lorsque l'un ou l'autre de ces aspects était absent que les équipes ministérielles ont considéré que la chambre du résident n'assurait pas de façon optimale le respect de l'intimité de ce dernier. Les commentaires « à améliorer », lesquels ont été faits à 42 % des installations, font donc référence aux chambres à occupation multiple, aux toilettes partagées par plus de deux résidents ainsi qu'à l'impossibilité de verrouiller sa porte ou de ranger ses effets personnels dans un espace réservé et privé.

Ces résultats, qui semblent au premier abord mitigés, doivent faire l'objet d'un complément d'information. D'abord, il importe de noter que l'élément « la chambre du résident favorise son intimité » a été retiré de la grille d'appréciation pour les visites de 2006-2007. Ainsi, il est pertinent de penser que cet élément aurait pris une plus grande importance s'il avait été considéré au cours des trois années ici observées[20]. De plus, la consultation des formulaires « données de base » remplis par les installations visitées nous informe que, dans les installations visitées de 2004 à 2007, près de 80 % des chambres étaient occupées par un seul résident. Nous formulons donc l'hypothèse qu'en réalité, les chambres qui assurent le respect de l'intimité des résidents sont en plus grand nombre que les résultats obtenus ici ne le laissent paraître.

Lieux sécuritaires

Biens et meubles

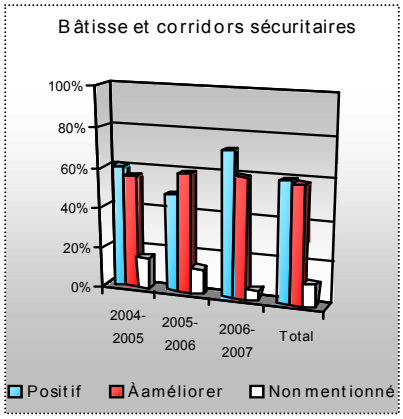


En ce qui a trait à l'aspect sécuritaire des biens et des meubles, les équipes ministérielles ont émis au moins un commentaire « à améliorer » envers 41 % des installations visitées de 2004 à 2007. La quasi-totalité de ces commentaires et, par conséquent, des recommandations rédigées par les équipes ministérielles font référence aux produits dangereux et aux médicaments lesquels, rangés de façon inadéquate ou laissés sans surveillance, deviennent accessibles et potentiellement dangereux pour les résidents. Notons que cet aspect n'a pas été apprécié systématiquement en 2004-2005. Ainsi, le même raisonnement qu'au point précédent a été appliqué pour expliquer le maintien, dans le présent bilan, de l'élément « les biens et meubles sont sécuritaires » (voir la note de bas de page n° 20). En effet, malgré un nombre de références insuffisant pour atteindre la moyenne absolue des installations visitées, la prise en considération du changement dans la grille d'appréciation nous permet de constater que cet élément « à améliorer » est d'une importance notable.

Bâtisses et corridors

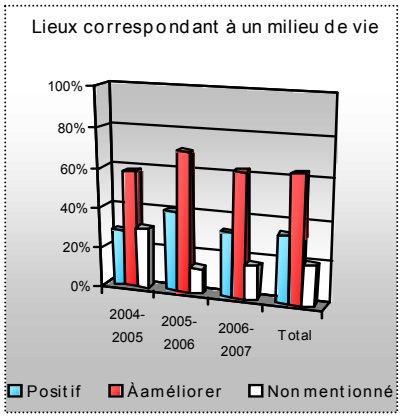
20. C'est la raison pour laquelle nous avons convenu de décrire cet élément dans le présent bilan malgré le fait que les résultats obtenus n'atteignaient pas la moyenne absolue, c'est-à-dire le critère de rétention des éléments tel qu'il est présenté en introduction du présent chapitre.

Encore ici, le graphique illustrant les résultats relatifs à la sécurité des bâtisses et des corridors nous présente un portrait équivalent. En effet, alors que des commentaires positifs ont été accordés à 60 % des installations visitées, 59 % d'entre elles recevaient un commentaire « à améliorer ». En regardant de plus près les résultats, il est possible de constater qu'alors que les commentaires positifs se répartissent sur trois aspects principaux (les planchers mouillés sont clairement signalés, les corridors sont munis de rampes et de mains courantes, et les corridors et les sorties ne sont pas encombrés), les commentaires « à améliorer » sont, quant à eux, concentrés autour de la problématique des corridors encombrés par les chariots du personnel. D'ailleurs, à lui seul, cet aspect touche 63 % des recommandations faites par les équipes ministérielles relativement à la sécurité des bâtisses et des corridors. Ces recommandations avisent les installations en cause de s'assurer que les corridors sont toujours libres, en plaçant tous les chariots sur un même côté des corridors lorsqu'ils sont utilisés et en les rangeant entre chaque usage, afin de ne pas nuire à la mobilité des résidents et de permettre à ces derniers d'y circuler de façon sécuritaire.



Milieu de vie

Bâtisses et corridors



La raison d'être de l'élément « milieu de vie » est de permettre aux équipes ministérielles de constater *in situ* si les installations visitées ont bien adopté, sur le plan de leurs aménagements, le virage « comme à la maison », les éloignant ainsi d'un environnement physique comparable à un milieu de soins. Les résultats obtenus indiquent que ce virage n'est pas encore bien instauré à l'échelle de la province. En effet, parmi les 134 installations dont le rapport de visite a été consulté pour les fins du bilan, 64 % ont reçu des commentaires « à améliorer » pour cet élément. Par ordre d'importance, les équipes ministérielles ont noté la présence d'un système de communication (cloche d'appel, interphone) bruyant et dérangeant pour les résidents. Cet aspect touche 44 % des installations visitées. En second lieu, ce sont les symboles médicaux (personnel en uniforme, bracelets d'identification) qui ont généré le plus de références. À ce sujet, c'est la présence de postes de garde qui domine les préoccupations des appréciateurs : lorsqu'ils sont encore présents, ces postes non seulement rappellent le milieu hospitalier, mais aussi occupent un espace imposant qui pourrait, notent les équipes ministérielles, être mis à la disposition des résidents. Finalement, on note également l'absence d'une décoration chaleureuse et personnalisée.

Les résultats attendus pour le résident

L'environnement physique

À la lumière des résultats présentés et afin que les résidents en CHSLD puissent jouir d'un milieu de vie de qualité, il importe :

1. d'élaborer ou de réviser un plan d'aménagement existant afin que ce dernier prévoie :
    - l'abolition des symboles hospitaliers, notamment les systèmes de communication bruyants et les postes de garde ;
    - la mise en place d'aménagements adaptés aux résidents, particulièrement à ceux qui présentent un déficit cognitif ;
    - des chambres (y compris les toilettes) qui permettent le respect de l'intimité des résidents ;
    - une disponibilité de pièces communes qui répondent tant aux besoins de socialisation des résidents (salons, cuisines, etc.) qu'à leurs besoins d'intimité (pièces pour s'isoler ou recevoir des proches) et besoins particuliers (soins palliatifs, chapelle, etc.).
2. de s'assurer que les lieux communs sont utilisés exclusivement par les résidents et leurs proches ;
3. de mettre en place des moyens appropriés afin que l'environnement physique garantisse la sécurité des résidents, notamment en contrôlant l'accès à des produits potentiellement dangereux (produits d'entretien ménager, médicaments) et en s'assurant que les aires de circulation sont libres de tout encombrement.

Chapitre 6
Les situations inacceptables

Pendant ces trois années de visites, quelques situations inacceptables ont été déclarées par les équipes de visite. Toutefois, ces situations concernent moins de 4 % des installations visitées. Les motifs ayant amené les équipes à poser ce jugement relèvent de l'une ou de plusieurs des considérations suivantes :

- l'organisation clinique des soins qui s'exerce dans un contexte où prime une culture de soins et de prise en charge, où les capacités, préoccupations et ressources des résidents sont peu explorées et où l'observation de certaines pratiques est inusitée, quant à la dispensation des soins et des services, et où elle soulève des inquiétudes. Peu d'efforts sont consentis au maintien de l'autonomie du résident ;
- désuétude des lieux physiques, du mobilier et des équipements; cela laisse planer des doutes quant à la sécurité des lieux ;
- exiguïté des lieux et lacunes de l'environnement physique qui affectent la capacité des résidents à pouvoir accéder à l'ensemble de l'immeuble. Les personnes qui doivent utiliser un déambulateur (marchette) ou un fauteuil roulant ou celles qui ont une perte d'autonomie physique importante sont confinées dans une partie de l'installation ;
- recours inapproprié et exagéré aux mesures de contention ;
- non-divulgation d'accidents avec conséquences ;
- délais inacceptables pour recevoir l'accompagnement requis dans les activités de la vie quotidienne, notamment l'élimination ;
- présomption selon que des situations d'abus sont tolérées; comportements inappropriés observés de la part de membres du personnel ;
- manque général de respect envers le résident ;
- résidents laissés à eux-mêmes, avec peu de surveillance et de stimulation ;
- autres situations similaires.

Les situations inacceptables ont fait l'objet d'un suivi spécifique par l'ASSS et l'Unité des visites d'appréciation.

Chapitre 7
La mise en œuvre des recommandations adressées aux établissements

Des représentants désignés par les ASSS ont la responsabilité de soutenir les établissements dans l'élaboration et le suivi des plans d'amélioration. Une reddition de comptes est faite annuellement au MSSS.

Le suivi des recommandations au 31 mars 2008

Selon les résultats obtenus, pour les quatre premières années du programme des visites, près de 68 % des installations ont mis en œuvre 70 % ou plus des recommandations leur ayant été adressées, et ce, en totalité ou en grande partie.

Pour 34 % des installations, le dossier est inactif, car les recommandations ont été achevées en totalité ou en grande partie dans une proportion de 80 %.

Les résultats détaillés

En dépit du fait que les grilles d'évaluation n'étaient pas tout à fait identiques d'une année à l'autre, l'on peut quand même dégager de l'information facilement comparable.

Pour la **cohorte 2003-2004**, au total 528 recommandations étaient initialement adressées à 47 installations, les thèmes ayant amené le plus de recommandations étant par ordre décroissant : l'environnement physique, soit le matériel, l'entretien, les réaménagements (14 %), l'organisation du travail (9 %), le comité de résidents (8 %), l'offre de services, soit l'autonomie, l'intimité, le respect du résident (7 %), le plan d'intervention (6 %), les services alimentaires (6 %), la formation (6 %) et les plaintes (5 %).

Du 31 mars 2007 au 31 mars 2008, 18 installations faisaient toujours l'objet d'un suivi. Au 31 mars 2008, 14 d'entre elles ont mis en place les recommandations en totalité ou en grande partie. Les recommandations créant le plus de difficultés concernent les réaménagements mineurs, dont la réalisation est partielle. Trente-deux recommandations demeurent partiellement réalisées ou non réalisées.

Pour la **cohorte 2004-2005**, au total 958 recommandations étaient initialement adressées à 48 installations. Le bilan est, en bonne partie, superposable à celui de 2003-2004 avec 15 % des recommandations pour l'environnement physique, 9 % pour la prestation de services, 7 % pour les services alimentaires, 7 % et 6 % respectivement pour l'accessibilité et la qualité des services (assistance et accompagnement, services infirmiers et services spécialisés), 6 % pour les activités récréatives et sociales, 6 % pour la formation, 5 % respectivement pour les plaintes et les mesures de contrôle.

Du 31 mars 2007 au 31 mars 2008, 30 installations faisaient toujours l'objet d'un suivi. Au 31 mars 2008, 22 d'entre elles ont mis en place les recommandations en totalité ou en grande partie. Les recommandations créant le plus de difficultés concernent, encore une fois, non seulement les réaménagements mineurs, mais aussi ceux qui sont majeurs. Quatre-vingt-sept recommandations demeurent partiellement réalisées ou non réalisées.

Pour la **cohorte 2005-2006**, au total 1 079 recommandations étaient initialement adressées à 48 installations. Parmi celles-ci, 18 % touchent la sécurité et l'adaptation des lieux, 11 % ont rapport à l'accessibilité et à la qualité des services (activités de la vie quotidienne, soins infirmiers et services spécialisés, personnel clinique et d'encadrement suffisant, surveillance), 8 % portent sur la dignité et le respect du résident et 7 % visent l'alimentation.

Du 31 mars 2007 au 31 mars 2008, 45 installations faisaient toujours l'objet d'un suivi. Au 31 mars 2008, 29 d'entre elles ont mis en place les recommandations en totalité ou en grande partie. Les recommandations créant le plus de difficultés concernent l'accès à un personnel suffisant (soins infirmiers et personnel d'encadrement) de même que l'adaptation des lieux. Le nombre de recommandations qui demeurent partiellement réalisées ou non réalisées s'élève à 185.

En ce qui concerne la **cohorte 2006-2007**, 1 177 recommandations ont été initialement adressées à 41 installations. Parmi celles-ci, toujours par ordre décroissant, 10 % touchent l'alimentation, 8 % portent sur l'aménagement des lieux, 6 % ont rapport au traitement des plaintes, 6 % concernent l'identité, l'autonomie et l'autodétermination et 5 % visent le comité des usagers et le comité de résidents.

Au 31 mars 2008, 12 installations ont mis en place les recommandations en totalité ou en grande partie. Le nombre de recommandations qui demeurent partiellement réalisées ou non réalisées s'élève à 372.

Tableau 8 : Mise en œuvre des recommandations

[redacted]	Nombre d'installations visitées	Nombre et pourcentage des installations dont les recommandations sont partiellement réalisées ou non réalisées au 31 mars 2008	Nombre de recommandations non réalisées au 31 mars 2008
2003-2004	47	4 (9 %)	32
2004-2005	48	8 (17 %)	87
2005-2006	48	16 (33 %)	185
2006-2007	41	29 (71 %)	372
Total	**184**	**57 (31 %)**	**676**

Chapitre 8
Les recommandations de priorité d'action au ministère de la Santé et des Services sociaux

En prenant en considération les résultats attendus pour le résident, tels que les pages précédentes les présentent, des actions demeurent à poursuivre par le MSSS et, notamment, par la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie pour assurer la poursuite de l'instauration des orientations ministérielles, en tenant compte du fait que certains aspects demandent un soutien supplémentaire.

L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL

De toute évidence, bien que les établissements s'investissent dans la mise en place et l'actualisation des lois, politiques, règlements et outils qui sont de nature à soutenir ou à structurer la qualité des services, des efforts importants demeurent à poursuivre pour que le résident et ses proches connaissent et utilisent mieux les moyens mis à leur portée en vue de faire valoir leurs besoins, leurs préoccupations, leurs droits. Pour en permettre une meilleure appropriation, nous recommandons :

1. que le MSSS encadre l'actualisation des plans d'intervention interdisciplinaires pour les résidents en CHSLD, et ce, en produisant des lignes directrices à cet égard et en soutenant les acteurs concernés (gestionnaires et intervenants) par de la formation ;

2. que le MSSS se situe par rapport à l'accompagnement à offrir aux résidents, à leurs proches ainsi qu'aux intervenants (intervenant-accompagnateur, personne de référence, conseiller *Milieu de vie*), afin de faciliter au quotidien, lorsque requis et en temps opportun, le recours aux différents mécanismes mis en place pour assurer la qualité des services ;

3. que le MSSS et les établissements poursuivent leurs démarches pour favoriser l'attraction et le maintien des ressources humaines afin de stabiliser les équipes de travail en CHSLD.

LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES

L'appréciation de cette dimension a suscité des questionnements de fond chez les équipes de visites et chez les membres de l'Unité des visites d'appréciation. En effet, entre ce qui est désiré et ce qui est souhaitable, possible et indispensable d'offrir aux résidents, il y a plusieurs écarts de perception possibles, et ce, selon les valeurs de chacun, les opinions des

personnes en présence, les ressources disponibles, etc. De plus, à cela s'ajoute, depuis quelques années, l'alourdissement de la clientèle, cet élément ayant un réel impact sur l'offre de services. En même temps, des constatations s'imposent sur certains plans, lesquelles doivent être prises en considération pour l'ensemble des établissements et des installations. Ainsi il est recommandé :

4. que le MSSS fasse en sorte que les besoins de chaque résident soient l'objet d'une évaluation précise et standardisée et que soit établi le niveau de réponse possible aux besoins des résidents sur le plan des activités de la vie quotidienne (taux de satisfaction atteignable) ;

5. que le MSSS définisse l'offre de services spécifique à la mission CHSLD ;

6. que le MSSS soutienne les établissements de sorte que l'alimentation soit pensée, planifiée et réalisée comme une activité de première importance pour les résidents, et ce, à tous les niveaux (principes d'une saine alimentation, plaisir de manger, horaire des repas, accompagnement approprié, nourriture présentée au plat par plat, etc.) ;

7. que le MSSS donne des indications quant à la programmation d'activités récréatives et sociales à rendre disponibles aux résidents (jour, soir et fin de semaine; types d'activités à proposer).

L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

Évidemment, cette dimension du milieu de vie des résidents est un sujet très délicat et il faut reconnaître que les principes qui président à sa qualité sont, dans l'ensemble, bien intégrés dans les pratiques des intervenants des CHSLD. Sur le chapitre des améliorations à apporter, nous suggérons :

8. que le MSSS outille les établissements dans le développement d'une organisation de travail plus souple, permettant de mieux respecter les habitudes de vie des résidents.

L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

La mise en œuvre d'un environnement physique adapté aux besoins des résidents a fait l'objet de mesures d'amélioration importantes depuis le rapport de 2004, lesquelles se poursuivent. Ainsi, dans le but de favoriser la personnalisation des lieux, l'intimité et la sécurité des résidents, il est recommandé :

9. que le MSSS poursuive les projets en cours et soutienne les établissements dans la mise en œuvre de rénovations qui respectent les principes édictés dans le *Guide d'aménagement des CHSLD*.

Conclusion

Au-delà des orientations, des politiques, des programmes, des mécanismes de recours, des normes, des exigences… il y a des personnes. Depuis l'avènement des visites d'appréciation de la qualité en 2004, le résident a été et est toujours au cœur de la démarche. Les personnes qui font les visites agissent avec des « lunettes milieu de vie de qualité ». Elles constatent que, malgré les obstacles et les difficultés qu'éprouvent les établissements, la grande majorité des directions et du personnel dans son ensemble se préoccupe d'offrir les meilleurs services possible aux résidents dans un climat généralement empreint de respect. Ceux-ci sont soutenus à leur tour par les représentants des ASSS qui réalisent le suivi des plans d'amélioration.

Nous croyons sincèrement que les visites ont eu un impact pour mieux situer le CHSLD dans le continuum de services aux personnes aînées en perte d'autonomie et faire « pencher la balance » vers le milieu de vie en contrepartie d'un milieu axé sur les soins.

Le rapport national de 2004 faisait état d'un « projet collectif » où tous doivent se concerter. En terminant le présent rapport, nous pouvons dire que ce projet est bien vivant et que sa poursuite est essentielle, et ce, sur tous les plans, individuel, local, régional et national.

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, c'est l'affaire de TOUS !

Bibliographie

Dubuc N. *et al.* (2009). « Évaluation de formules novatrices d'alternatives à l'hébergement plus traditionnel » [http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/fr/recherche-expertise/projets/rapports-recherche.php].

ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC, *Projet de loi 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, 2004, 105 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour le signalement de comportement inacceptables en établissements hébergeant des personnes vulnérables,* juillet 2004, 2 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité t au commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les agences de la santé et des services sociaux,* mai 2006, 21 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD ».* octobre 2003, 24 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan d'action 2005-2010 : « Un défi de solidarité, les services aux aînés en perte d'autonomie », 2005, 51 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan d'action 2006-2010 : « *Préposés aux bénéficiaires (PAB), contribution attendue de chacun des paliers d'intervention* », 2006, 4 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport : « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Visites d'appréciation de la qualité des services*, juin 2004, 155 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la Contention et à l'isolement »*. Direction des communications, 2006, 23 p.

ANNEXE 1

Cadre de référence
portant sur les visites d'appréciation de la qualité
effectuées dans les centres d'hébergement
et de soins de longue durée
en 2006-2007

Cadre de référence

Visites d'appréciation de la qualité dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale des services sociaux
Octobre 2006

PRÉAMBULE

Le respect des personnes et leur droit à des services de qualité sont les grands principes qui gouvernent l'organisation des services de santé et des services sociaux. Ainsi, l'ensemble de nos législations, de nos politiques, de nos cadres de référence et de nos orientations ministérielles vise à définir les modalités, les façons de faire ou les moyens pour en assurer ou en faciliter le respect.

Le Code civil du Québec, qui établit les principes et les règles de base du droit civil québécois, instaure le droit de toute personne à l'inviolabilité et à l'intégrité. Ainsi, sauf dans des situations exceptionnelles prévues à la Loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. À cet égard, toute personne est reconnue comme un citoyen à part entière, peu importe son âge, sa situation, sa problématique ou son milieu de vie. Les gestes posés à son endroit doivent être empreints du respect de ses droits et de ses libertés.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux détermine le cadre de l'organisation et de la dispensation des services de santé et des services sociaux au Québec. Au cours des dernières décennies, elle a évolué de façon à améliorer les réponses aux besoins manifestés par les citoyens, et ce, de façon à rendre davantage opérationnels les droits et les principes qui y sont définis, à savoir :

- le droit à des services de santé et des services sociaux qui s'applique à tous et qui ne doit souffrir d'aucun âgisme ;

- la personne doit être partie prenante à toutes les décisions qui concernent sa santé ou son bien-être ;

- la personne doit être bien informée sur la nature de son état de santé et de bien-être, sur les soins qui lui sont prodigués, sur les différentes possibilités de traitement qui s'offrent à elle et sur les risques qui leur sont associés, afin de faire des choix libres et éclairés ;

- la personne a le droit de mourir dans la dignité ;

- la personne doit être traitée avec courtoisie, avec équité et compréhension, dans le respect de son intimité, de son autonomie, de ses valeurs, de ses croyances et de sa culture ;

- la personne doit être assistée et accompagnée pour faire respecter ses droits, notamment lorsqu'il s'agit de porter plainte et d'exercer un recours.

L'ensemble des cadres de référence, des politiques ou des orientations québécoises en matière de santé et de bien-être, qui vient en amont ou en aval de la Loi, vise à ce que les services :

- soient planifiés et offerts selon des modalités qui respectent les valeurs de la personne et de ses proches ;

- soient développés et organisés pour être faciles d'accès, autant sur le plan géographique que financier ;

- favorisent le maintien, la récupération ou le développement du potentiel social et de santé de la personne, afin qu'elle puisse continuer à jouer un rôle actif dans la société.

- puissent maintenir la meilleure qualité de vie possible à la personne et à ses proches, dans le respect de sa dignité et de son intimité ;

- soient adaptés aux besoins spécifiques de la personne ;

- soient développés de façon concertée et complémentaire entre les différents secteurs (public, privé, communautaire) concernés, afin d'en assurer l'efficacité.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

1. LES ASSISES LÉGALES 6
1.1 BUT 6
1.2 OBJECTIFS 6

2. LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE 7

3. LES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION 7

4. LES SOURCES D'INFORMATION 7
4.1 INFORMATION DEMANDÉE PRÉALABLEMENT À LA VISITE 8
4.2 RENCONTRES DE GROUPES 8
4.3 OBSERVATION DU MILIEU 10

5. LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION RECUEILLIE 10

6. LES MODALITÉS OPÉRATIONNELLES 11
6.1 L'ÉQUIPE DE VISITE 11
6.1.1 Sa composition 11
6.1.2 Responsabilités de l'équipe de visite 12
6.1.3 Responsabilités particulières du représentant ministériel 12
6.1.4 Responsabilités particulières du représentant de l'agence 12
6.1.5 Formation des membres des équipes des visites 13
6.2 LE CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS 13
6.3 L'AVIS 14
6.4 LES RENCONTRES DE GROUPES 14
6.4.1 Rencontre des usagers, des familles et des proches 14
6.4.2 Rencontre avec le comité des usagers et des résidents, les bénévoles et les représentants du Curateur public 14
6.4.3 Rencontre avec les membres du personnel 14
6.4.4 Rencontre avec la direction du programme des personnes en perte d'autonomie et les cadres œuvrant dans l'établissement 15
6.4.5 Rencontre-bilan 15

7. LE TRAITEMENT D'UNE SITUATION INACCEPTABLE 16

8. L'HORAIRE TYPE 17

9. LE RAPPORT DE VISITE 18
9.1 COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT 18
9.2 DIFFUSION DU RAPPORT 19
9.3 PLAN D'AMÉLIORATION 19

10. LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'AMÉLIORATION.....20

11. LA FERMETURE DU DOSSIER.....20

12. LA LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....20

INTRODUCTION

À l'automne 2003, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, était interpelé à l'Assemblée nationale sur la capacité des centres d'hébergement et des soins de longue durée (CHSLD) d'assurer à leurs résidents un milieu de vie et des services de qualité. Cet événement amena l'instauration des visites d'appréciation de la qualité. Cette démarche visait initialement à réaliser des visites dans 10 % des établissements du Québec.

En juin 2004, le ministre annonçait que les visites s'effectueraient dans tous les CHSLD du Québec et qu'elles seraient élargies à tous les milieux de vie substituts autorisés à accueillir une clientèle vulnérable.

Depuis sa mise en place, les visites d'appréciation de la qualité dans les CHSLD ont été balisées par un cadre de référence qui a été révisé chaque année. Ce cadre de référence continuera d'évoluer annuellement. Cette année, pour procéder à cette révision, l'ensemble des partenaires impliqués, de près ou de loin, par ce processus a été consulté :

- les membres des équipes des visites ;
- les directions ministérielles concernées ;
- les agences de la santé et des services sociaux ;
- les associations des établissements.

Les visites d'appréciation de la qualité constituent donc un des outils que s'est donné le ministre pour veiller à la mise en œuvre des politiques, des cadres de référence et des orientations privilégiées dans les milieux de vie substituts hébergeant une clientèle vulnérable. À ce jour, 142 installations, hébergeant plus de 14 000 personnes, ont été visitées.

Le présent document permet de définir le processus et les modalités d'application qui encadreront les visites d'appréciation dans les CHSLD pour l'année 2006-2007, de manière à assurer sa compréhension et à faciliter sa mise en œuvre. Les procédures, les mécanismes privilégiés et les responsabilités dévolues à chacune des parties concernées y sont précisés.

1. LES ASSISES LÉGALES

L'article 431 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise que :

« Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application ».

Conformément aux responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi, le ministre a déterminé les orientations devant gouverner l'organisation et la prestation des services par la publication, en octobre 2003, des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD.*

Lors de la diffusion de ces orientations, le ministre demandait à l'ensemble des organisations concernées de mettre en place certaines mesures afin d'initier ou de poursuivre leur implantation. Par la même occasion, le ministre informait qu'un suivi périodique, eu égard à l'état d'implantation des orientations, serait effectué.

Tout établissement qui dispense des soins de longue durée dans un milieu d'hébergement a donc l'obligation d'adapter ses actions et de procéder à des choix organisationnels en matière de gestion, d'intervention et d'aménagement qui permettent de respecter ces orientations.

1.1 BUT :

Les visites d'appréciation de la qualité contribuent à l'amélioration des services dispensés à toute personne vulnérable, inscrite ou admise dans un établissement et vivant dans un milieu de vie substitut.

1.2 OBJECTIFS :

Les visites d'appréciation de la qualité visent, de façon plus spécifique, à :

- identifier les éléments positifs et les éléments à améliorer concernant l'organisation, la prestation des services et l'environnement physique ;
- cibler les interventions requises sur les plans local, régional et provincial, afin d'assurer ou d'améliorer l'environnement physique, l'organisation et la prestation des services ;
- assurer la mise en œuvre des mesures d'amélioration ciblées sur les plans local, régional et provincial.

2. LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE :

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec sont au nombre de 478. Ils hébergent 46 403 personnes.[21] Ces installations se répartissent de la façon suivante :

- 356 installations publiques (36 458 places) réparties dans 95 centres de santé et de services sociaux.

- 122 établissements privés (9945 places) :
  - 61 établissements privés conventionnés (6448 personnes) ;
  - 12 établissements privés conventionnés, spécifiques (797 personnes) ;
  - 2 établissements privés conventionnés à 80 % (152 personnes) ;
  - 34 établissements privés, non conventionnés (1520 personnes) ;
  - 13 établissements privés, non conventionnés, avec entente régionale de services (1028 personnes).

3. LES ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION

Les visites d'appréciation de la qualité permettent de recueillir de l'information sur les principaux éléments de l'environnement organisationnel, des services et activités, de l'environnement humain et de l'environnement physique. Les outils utilisés s'appuient sur les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD,* sur le *Plan d'action 2005-2010 : un défi de solidarité, les services aux aînés en perte d'autonomie*, sur les différentes lois portant sur la santé et les services sociaux et sur les différents droits reconnus par les chartes québécoise et canadienne.

4. LES SOURCES D'INFORMATION

L'information recueillie est obtenue à partir :

- d'une demande d'information adressée à l'établissement, préalablement à la visite ;

- de rencontres de groupes ;

- de l'observation du milieu de vie.

[21] MSSS – Référentiel des établissements, fichier des installations produit le 2006/05/05, critères de recherche CHSLD

4.1 INFORMATION DEMANDÉE PRÉALABLEMENT À LA VISITE :

Les établissements visités doivent remplir un questionnaire permettant de circonscrire leur organisation des services, à partir de données objectives ou factuelles. Les informations demandées portent sur les thèmes suivants :

- la clientèle desservie ;
- la mise en place des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* ;
- les protocoles ou les programmes existants ;
- les services et leur accessibilité ;
- la formation offerte ;
- les mécanismes et les outils mis en place visant à assurer la gestion de la qualité des services et des risques.

Ce questionnaire permet également à l'établissement de faire part de son appréciation générale de la qualité de ses services et des améliorations en cours ou à venir.

Aucun autre document n'est exigé de l'établissement, à moins que l'équipe de visite en fasse une demande expresse pendant la visite.

4.2 RENCONTRES DE GROUPES :

Les rencontres ont pour but de connaître l'appréciation de chacun des groupes rencontrés. Elles sont réalisées à l'aide d'une grille standardisée et portent sur les thèmes suivants :

A) L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL :	**B) LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES :**
1. L'accueil et l'intégration du résident. 2. Le plan d'intervention interdisciplinaire. 3. La révision de la situation du résident. 4. Le code d'éthique. 5. Le traitement d'une plainte du résident. 6. Le protocole d'application des mesures de contrôle. 7. Les règles de divulgation des accidents et des incidents. 8. La prévention des infections. 9. Le comité des usagers et des résidents. 10. La gestion des attitudes et des comportements des employés.	11. L'alimentation. 12. Les services de soutien ou d'assistance (les activités de la vie quotidienne). 13. La vigilance (surveillance attentive). 14. Les soins infirmiers. 15. Les services spécialisés. 16. Les médicaments. 17. L'encadrement clinique. 18. La continuité des services. 19. Les équipements et les aides techniques. 20. Les activités. 21. Le transport. 22. L'intervenant accompagnateur.

C) L'ENVIRONNEMENT HUMAIN :	D) L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE :
23. L'intégration du résident. 24. Le maintien des relations. 25. L'identité, l'autonomie et l'autodétermination. 26. L'intimité. 27. La dignité et le respect du résident. 28. La confidentialité. 29. Le dynamisme du milieu.	30. Le bâtiment extérieur et le terrain sont bien entretenus. 31. Les balcons et les aires extérieures sont adaptés en fonction des besoins des résidents. 32. Les lieux intérieurs sont bien entretenus. 33. L'entretien sanitaire de l'établissement est réalisé de façon à prévenir les situations de dangerosité. 34. L'aménagement des lieux. 35. Les biens et meubles. 36. La chambre du résident. 37. La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité. 38. L'utilisation des locaux.

Les discussions se réalisent à partir d'une série d'énoncés formulés en termes d'objectifs devant être atteints et selon les thèmes abordés. Pour chacun de ces énoncés, il est demandé aux participants de traduire leur appréciation sur une échelle de 0 à 10. La cote est inscrite dans la grille par l'équipe de visite. Elle correspond à la moyenne de l'ensemble de celles attribuées par chacun des participants ou elle est le résultat de la validation d'une cote consensuelle qui traduit l'appréciation du groupe.

10	L'objectif énoncé est atteint en totalité.
9	L'objectif énoncé est atteint en quasi-totalité.
8	L'objectif énoncé est atteint en très grande partie.
7	L'objectif énoncé est atteint en grande partie.
6	L'objectif énoncé est atteint en partie.
5	L'objectif énoncé est peu atteint (n'a pas la note de passage).
4 et moins	L'objectif énoncé est très peu atteint (est nettement en bas de la note de passage).
0	L'objectif énoncé n'est pas du tout atteint.

Les groupes rencontrés sont :

- la direction de l'établissement ;
- les résidents, les familles ou leurs proches ;
- le comité des usagers et des résidents, les bénévoles et le Curateur public du Québec ;
- les personnes œuvrant dans les différents corps d'emploi et les professionnels qui travaillent dans l'installation.

4.3 OBSERVATION DU MILIEU :

L'observation de l'installation porte sur les mêmes thèmes que ceux traités lors des rencontres. Pour ce faire, l'équipe déambule dans l'installation.

5. LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION RECUEILLIE

À partir de l'ensemble de l'information recueillie, l'équipe qui a réalisé la visite procède à sa propre appréciation. Elle complète la même grille qui a été utilisée lors des rencontres de groupes, selon le même processus de cotation. Par la suite, elle rédige le rapport qui détaille et explique son appréciation et formule, s'il y a lieu, des recommandations permettant d'améliorer la situation décrite.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) voit à la diffusion du rapport et en assure le suivi. Il effectue également le traitement et l'analyse des cotations consignées dans les grilles d'appréciation complétées par chacun des groupes et par l'équipe de visite. Dans le cadre de cette analyse, il procède à une classification des établissements en fonction de l'échelle d'appréciation suivante :

Catégorie	Descripteur
Catégorie 1	La mise en œuvre des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* est réalisée.
Catégorie 2	La mise en œuvre des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* est réalisée en très grande partie.
Catégorie 3	La mise en œuvre des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* est réalisée en grande partie.
Catégorie 4	La mise en œuvre des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* est réalisée en partie.
Catégorie 5	La mise en œuvre des orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* est peu réalisée.

La classification est obtenue par un traitement mathématique des cotes données par chacun des groupes, et ce, pour chaque énoncé validé.

Ainsi, les thèmes appréciés font l'objet d'un pointage basé sur la moyenne arithmétique des pointages accordés à chacun des sous-thèmes. Quant aux pointages des sous-thèmes, ils correspondent à la cote moyenne obtenue pour chacun des éléments appréciés.

Aucune pondération n'est appliquée pour procéder à cette classification et à ces pointages.

Par ce traitement, il est donc possible d'obtenir l'appréciation générale et détaillée de chacun des groupes rencontrés ainsi que celle de l'équipe de visite.

La classification témoigne de l'état d'avancement de la mise en œuvre des orientations ministérielles sur les plans local, régional et national. Elle fournit aux intervenants concernés (MSSS, agences, établissements) une information quantitative leur permettant d'identifier les thèmes d'appréciation qui devraient faire l'objet d'une attention particulière.

6. LES MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

6.1 L'ÉQUIPE DE VISITE :

6.1.1 Sa composition :

Chaque équipe est composée de quatre personnes : deux représentants nationaux et deux représentants régionaux.

REPRÉSENTANTS NATIONAUX :

Les représentants nationaux réalisent les visites dans l'ensemble des régions du Québec. Le premier représente le MSSS. Il est recruté dans le réseau de la santé et des services sociaux ou parmi les personnes retraitées. Cette personne est experte dans la gestion des milieux institutionnels ou encore dans les services cliniques. Le second est désigné par une association nationale choisie par le MSSS en raison de son implication dans la défense des droits ou de l'intérêt des personnes mises en cause.

REPRÉSENTANTS RÉGIONAUX :

Dans chacune des régions, deux personnes se joignent aux représentants nationaux. L'une de ces personnes est désignée par l'agence. Cette dernière fait partie du personnel de l'agence. L'autre personne représente une association ou une organisation régionale choisie par l'agence, et ce, en collaboration avec le MSSS, en raison de son implication dans la défense des droits ou de l'intérêt des personnes mises en cause.

SITUATION PARTICULIÈRE :

Deux personnes désignées par le MSSS s'ajoutent à l'équipe des quatre personnes lorsque les établissements comptent plus de 150 lits.

6.1.2 Responsabilités de l'équipe de visite :

Les membres de l'équipe de visite doivent s'approprier la démarche et se familiariser avec les outils à être utilisés. Avant chacune des visites, ils sont tenus de participer à une rencontre préparatoire qui, de préférence, se tient la journée précédente. Cette rencontre permet de faire un échange préliminaire entre les membres régionaux et nationaux, de partager l'information de base concernant l'établissement à visiter et de convenir des éléments de la logistique.

L'équipe procède à la visite de l'installation et aux rencontres, conformément aux modalités et à l'horaire convenus. Pour ce faire, les quatre personnes qui composent l'équipe se subdivisent en deux sous-équipes. Chacun assiste aux rencontres et aux visites sous sa responsabilité. Ces sous-équipes sont en mesure, par la suite, de partager l'information recueillie, de convenir de leur appréciation et de rédiger le rapport de visite.

6.1.3 Responsabilités particulières du représentant ministériel :

Le représentant ministériel est responsable de la coordination de l'équipe. Il en est le répondant. À ce titre, il :

- veille au bon fonctionnement de l'équipe lors de la visite ;
- est le porte-parole de l'équipe lors des rencontres avec l'établissement ;
- est la personne qui assure la communication avec l'équipe de coordination des visites d'appréciation de la qualité.

De plus, à la suite d'une visite, il :

- procède à la rédaction du rapport de visite ;
- valide le rapport avec les autres membres de l'équipe de visite ;
- transmet le rapport à l'équipe de coordination des visites d'appréciation de la qualité.

6.1.4 Responsabilités particulières du représentant de l'agence :

Le représentant de l'agence doit faire le portrait sommaire de l'établissement à l'intention des membres de l'équipe de visite, qu'il doit ensuite partager avec eux lors de la rencontre préparatoire.

À cette fin, il doit recueillir toute information pertinente qui pourrait être de nature à aider l'équipe dans le cadre de la réalisation de son mandat auprès de ses collègues de l'agence. Cette démarche doit se faire avec circonspection. Il doit être également rappelé aux personnes interpellées qu'elles sont tenues à la confidentialité.

Le représentant de l'agence est également responsable de la logistique à être mise en place pour assurer la réalisation de la visite. À ce titre, il :

- s'occupe de la mise en place de la logistique afin d'accueillir les autres membres de l'équipe et d'organiser la rencontre préparatoire (hôtels, déplacements, etc.) ;

- annonce la visite à l'établissement, conformément aux modalités prescrites ;

- soutient et collabore avec l'établissement à la mise en place de la logistique et de l'organisation à être déployées afin de satisfaire les attentes signifiées.

6.1.5 Formation des membres des équipes des visites :

Les personnes qui participent aux visites d'appréciation cette année doivent prendre part à une formation organisée par le MSSS, en collaboration avec l'École nationale d'administration publique (ÉNAP).

« Les visites d'appréciation, Bâtir une équipe gagnante 2006-2007 »

La formation porte sur les thèmes suivants **:**

- l'éthique et le concept *Milieu de vie* ;

- la logistique des visites d'appréciation de la qualité ;

- l'animation des groupes et la communication ;

- la rédaction des rapports et les recommandations.

6.2 LE CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS :

Les établissements sont choisis par l'équipe de coordination des visites d'appréciation, à la suite d'une consultation auprès de la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie du MSSS et des agences.

Les critères de sélection pour procéder à la sélection des établissements sont :

- le volume de la clientèle hébergée dans un établissement ;

- le nombre d'établissements répertorié dans un centre de santé et de services sociaux ;

- le type de permis de l'établissement (centre hospitalier de courte durée, CHSLD, centre de réadaptation, centre d'hébergement privé conventionné, etc.) ;

- les problématiques signalées ou connues ;

- les priorités ministérielles ;

- la réalisation des visites d'appréciation, en cours d'année ou au cours des années antérieures, dans un autre secteur d'activité de l'établissement (perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience intellectuelle, santé mentale ou jeunesse).

Dans le cadre de cette démarche, les événements majeurs qui mobilisent les gestionnaires des établissements, tels qu'une visite dans le cadre du processus d'agrément, une assemblée générale annuelle ou encore un colloque, seront pris en considération lors de l'élaboration du calendrier des visites. Cette information doit être transmise au MSSS par l'agence.

Les établissements qui font l'objet d'une enquête, par l'établissement ou par une instance habilitée, sont exclus de cette démarche.

6.3 L'AVIS :

Une semaine avant la date de la visite, l'équipe de coordination des visites d'appréciation informe le représentant de l'agence, lequel prend aussitôt contact avec les autres membres de l'équipe, afin de convenir de la logistique et de planifier la rencontre préparatoire. Le représentant de l'agence avise verbalement l'établissement 24 heures avant la visite et une confirmation écrite lui est transmise simultanément. Dans le cadre de cet avis, l'ensemble de l'information et des documents requis pour mettre en place la logistique de la visite est acheminé.

Il est donc attendu de l'établissement qu'il prenne les mesures nécessaires pour que :

- les personnes ciblées soient présentes, conformément à l'horaire convenu ;
- la logistique requise pour réaliser les rencontres et la visite de l'établissement soit planifiée (ex. : locaux, repas, libre circulation de l'équipe, remplacement des employés).

6.4 LES RENCONTRES DE GROUPES :

6.4.1 Rencontre des usagers, des familles et des proches :

L'établissement doit inviter les usagers, les parents, les proches et les responsables légaux à venir rencontrer l'équipe de visite à l'heure prévue. Il doit prendre les moyens requis pour faciliter et favoriser leur présence à cette rencontre. Si le nombre de personnes est supérieur à 30, l'équipe de visite déterminera des modalités permettant à chacun de s'exprimer (ex. : constitution de deux groupes).

6.4.2 Rencontre avec le comité des usagers et des résidents, les bénévoles et les représentants du Curateur public du Québec :

L'établissement doit s'assurer de la présence des membres du comité des usagers et des résidents, des bénévoles, des représentants du Curateur public du Québec, s'il y a lieu, et de tout autre groupe actif dans l'établissement.

6.4.3 Rencontre avec les membres du personnel :

Cette rencontre concerne les personnes qui travaillent dans l'installation à temps plein et les professionnels qui assurent les services spécialisés aux usagers.

Le choix de ces personnes œuvrant dans l'installation est fait par l'équipe de visite, de façon aléatoire, lors de la rencontre de prise de contact, à partir de la liste des présences. L'établissement doit prévoir les mesures de remplacement nécessaires afin de permettre la participation des personnes choisies.

Les personnes suivantes sont attendues :

- 3 préposés ;
- 2 infirmières auxiliaires ;
- 2 infirmiers ;
- 1 intervenant en loisirs ;
- 2 employés des services techniques (entretien ménager et services alimentaires) ;
- les autres professionnels œuvrant dans l'établissement.

Quant aux professionnels, l'établissement doit les convoquer à la rencontre et favoriser leur participation.

6.4.4 Rencontre avec la direction (souhaitable), la direction du programme des personnes en perte d'autonomie et les cadres œuvrant dans l'établissement :

Les personnes à être convoquées à cette rencontre sont :

- le directeur du programme des personnes en perte d'autonomie ;
- les cadres supérieurs responsables d'un secteur d'activité pour l'ensemble des installations ;
- les cadres supérieurs et intermédiaires de l'installation et/ou chefs de service.

Le nombre de participants devra être limité à 20.

6.4.5 Rencontre-bilan :

Cette rencontre a pour but de partager avec l'établissement les principaux constats ou les observations de l'équipe de visite et de l'informer de toute situation jugée inacceptable requérant une action immédiate. Les personnes suivantes sont invitées :

- la direction de l'établissement, incluant le président du conseil d'administration ;
- le président du comité des usagers et un membre du comité des résidents ;
- le commissaire aux plaintes et à la qualité ;
- les autres membres du comité de vigilance ;
- le directeur des ressources humaines et financières ;
- les autres personnes jugées pertinentes par la direction de l'établissement.

7. LE TRAITEMENT D'UNE SITUATION INACCEPTABLE

Une situation est considérée inacceptable lorsque l'équipe de visite est d'avis :

- qu'elle porte atteinte à la sécurité, aux droits et à la dignité des personnes hébergées ;
- qu'une décision sur les mesures correctrices à être entreprises ne peut attendre les délais décisionnels habituels du processus des visites.

Elle peut être attribuable à des causes de tout ordre qui constituent un danger moral ou physique, telles que :

- l'insalubrité ;
- le milieu non adapté physiquement, et ce, en rapport avec le type de clientèle hébergé ;
- l'environnement qui met en danger, de façon constante, la vie des personnes (éclairage défectueux, rampes d'accès défectueuses ou absentes, etc) ;
- la maltraitance (isolement, mesures de contrôle, abus, mauvais traitements physiques) ;
- l'exploitation.

Lorsque l'équipe est témoin d'une situation inacceptable, elle doit en informer l'établissement, l'équipe de coordination des visites d'appréciation ainsi que la personne désignée par l'agence, afin de traiter cette situation le plus rapidement possible.

Dans les 24 heures qui suivent cette information :

- L'équipe de visite :
  - o informe l'établissement lors de la rencontre-bilan et recueille ses réactions ;
  - o prend contact avec le coordonnateur des visites, pendant ou à la fin de la visite ;
  - o procède à la rédaction et à l'envoi au coordonnateur des visites d'un rapport sommaire décrivant la situation, la réaction ou la position de l'établissement et les avenues de solution à privilégier.
- Le coordonnateur des visites d'appréciation de la qualité organise une conférence téléphonique avec :
  - o le représentant ministériel de l'équipe de visite concernée ;
  - o le représentant désigné par l'agence ;
  - o le représentant de la Direction ministérielle des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Le coordonnateur des visites d'appréciation de la qualité informe la sous-ministre adjointe à la Direction générale des services sociaux de la situation et des actions privilégiées par les personnes qui ont participé à la conférence téléphonique.
- La sous-ministre adjointe à la Direction générale des services sociaux décide des actions devant être prises.
- L'équipe de coordination des visites d'appréciation veille à l'exécution de la décision ministérielle.

8. L'HORAIRE TYPE

La visite débute par une rencontre avec la direction générale de l'établissement, afin de finaliser la logistique requise au bon déroulement de la visite. Il revient au directeur général de déterminer les personnes qui peuvent l'accompagner.

La présence du directeur général de l'établissement est souhaitée, mais non requise, lorsqu'une autre installation ou un autre secteur sous sa responsabilité a déjà fait l'objet d'une visite.

L'horaire proposé peut être modifié préalablement à la visite à la demande de l'équipe ou de l'établissement, de façon à prendre en compte les réalités organisationnelles, les contraintes ou les particularités des installations. Cette modification doit être convenue entre le représentant de l'agence participant à la visite et l'établissement lors de la transmission de l'avis.

<table>
<tr><th rowspan="2">Heures des activités</th><th colspan="2">ÉQUIPE DE VISITE</th></tr>
<tr><th><u>Sous-Équipe A</u>

• Le représentant ministériel
• Le représentant de l'organisme régional</th><th><u>Sous-Équipe B</u>

• Le représentant de l'association nationale
• Le représentant de l'agence</th></tr>
<tr><td>8 h
à
8 h 45</td><td colspan="2">Prise de contact avec la direction de l'établissement (logistique, visite sommaire des lieux).</td></tr>
<tr><td>9 h
à
10 h 30</td><td>Rencontre avec l'équipe de direction.</td><td rowspan="2">Visite des lieux et observations sur le déroulement des activités quotidiennes et invitation aux résidents, aux familles et aux bénévoles de rencontrer l'équipe de visite à 14 h.</td></tr>
<tr><td>10 h 45
à
12 h 45</td><td>Rencontre avec le personnel de l'établissement.</td></tr>
<tr><td>12 h 45
à
14 h</td><td colspan="2">Dîner sur place et observations.</td></tr>
<tr><td>14 h
à
16 h</td><td>Rencontre avec les représentants du comité des usagers et des résidents, des bénévoles et du Curateur public du Québec.</td><td>Rencontre avec les résidents, les familles et les représentants légaux.</td></tr>
<tr><td>16 h
à
18 h</td><td colspan="2">Observations sur le déroulement des activités de la vie quotidienne
et préparation de la rencontre-bilan.</td></tr>
<tr><td>18 h</td><td colspan="2">Rencontre-bilan.</td></tr>
</table>

9. LE RAPPORT DE VISITE

Le rapport est rédigé par l'équipe de visite. Il est transmis au coordonnateur des visites d'appréciation, au plus tard 21 jours après la visite.

La première partie présente :

- les limites de la démarche ;
- le déroulement de la visite ;
- le climat d'accueil ;
- les principales données factuelles ou statistiques relatives à l'établissement, permettant ainsi de connaître la réalité et l'organisation des services.

L'appréciation de la qualité des services, de l'environnement physique, de l'environnement humain et de l'environnement organisationnel est présentée dans la seconde partie du rapport. On y décrit pour chacun des thèmes appréciés :

- les éléments positifs ;
- les éléments à améliorer ;
- les recommandations.

Les documents suivants se retrouvent en annexe :

- la liste des recommandations contenues au rapport ;
- les groupes et les personnes rencontrés ;
- la ou les situations inacceptables, s'il y a lieu ;
- les commentaires de l'établissement.

9.1 COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT :

Après s'être assuré que le rapport respecte les paramètres et les directives régissant sa production et son contenu, le coordonnateur des visites d'appréciation de la qualité le transmet au directeur général de l'établissement concerné afin d'obtenir ses commentaires écrits. Un délai de cinq jours ouvrables lui est accordé.

Cette demande permet à l'établissement de valider l'information contenue dans le rapport, de donner son avis sur l'analyse réalisée et sur les recommandations formulées et d'apprécier l'ensemble de la démarche.

Toute demande de modification ou d'ajout au rapport, autre que factuelle ou statistique, demandée par l'établissement et jugée recevable par le coordonnateur des visites sera partagée avec les membres de l'équipe de visite afin de déterminer les actions ou les mesures requises (ex. : modifications intégrées au rapport).

Cette opération complétée, les commentaires sont joints au rapport qui est transmis aux autorités ministérielles et à la direction ministérielle concernée.

9.2 DIFFUSION DU RAPPORT :

Le rapport officiel est transmis à l'agence par le sous-ministre en titre, avec copie conforme à l'établissement. Sur réception, il est attendu de l'établissement qu'il achemine le rapport de visite au président du comité des usagers et au comité des résidents.

Il est attendu de l'agence qu'elle s'assure que l'établissement procède à cette diffusion.

9.3 PLAN D'AMÉLIORATION

Le plan d'amélioration identifie, pour chacune des recommandations formulées dans le rapport de visite :

- les mesures à être mises en œuvre ;
- les résultats attendus ;
- les échéanciers.

La responsabilité de la production du plan d'amélioration revient à l'établissement. Cependant, il est demandé à l'agence qu'elle :

- s'assure que l'établissement réalise le plan d'amélioration demandé ;
- procède à l'analyse du plan d'amélioration, de manière à donner suite aux recommandations formulées dans le rapport de visite ;
- vérifie sa conformité avec le format demandé ;
- demande, s'il y a lieu, à l'établissement de procéder aux ajustements requis ;
- transmette au MSSS, dans les 60 jours, le plan d'amélioration approuvé.

10. LE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'AMÉLIORATION

Le suivi des recommandations constitue la pierre angulaire de tout le processus des visites. L'agence est responsable de mettre en place les mesures requises afin d'en assurer l'exécution. À cet effet, elle doit désigner une personne qui assumera cette responsabilité.

Le suivi à être déployé peut être variable. Il doit être déterminé en fonction de la problématique mise en cause, de la nature des mesures ou des actions convenues et des échéanciers. L'agence doit donc préciser les modalités de suivi, et ce, pour chacun des plans approuvés. Ces modalités doivent être consignées au document intitulé *Plan de suivi*, lequel est annexé au plan d'amélioration et transmis au MSSS.

Le 31 mars de chaque année, l'agence doit procéder à un bilan du suivi donné aux recommandations formulées. Pour ce faire, elle doit produire et faire parvenir au MSSS un rapport standardisé attestant des suites données au plan d'amélioration convenu avec chaque établissement visité. Le traitement et l'analyse de ces rapports par le MSSS assurent ainsi un suivi systémique des améliorations apportées et des difficultés rencontrées.

11. LA FERMETURE DU DOSSIER

La décision de fermer un dossier appartient à l'agence. Elle peut être réalisée lorsque 80 % des recommandations formulées sont réalisées en très grande partie.

Cette décision doit être justifiée et consignée dans la cadre du rapport de suivi transmis annuellement au MSSS.

12. LA LOI SUR L'ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les documents officiels utilisés, produits et transmis au MSSS, dans le cadre des visites d'appréciation, sont accessibles à toute personne ou organisme qui en fait la demande.

Il est important de rappeler qu'avant que ne soit acheminé un document, les mesures sont prises afin de protéger les renseignements d'ordre personnel, tel que stipulé dans la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

ANNEXE 2

Recommandations formulées

dans le rapport national

publié en juin 2004

A) La mise en application des correctifs demandés aux établissements

Il est recommandé :

1. Que l'agence transmette au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :
- 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 MSSS 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

Il est recommandé :

3. Que le MSSS 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

Il est recommandé :

4. Que le MSSS, 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

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 MSSS précise que ce bilan devra être mis en oeuvre 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, autant 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

Il est recommandé :

6. Que le MSSS 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 ;
- révise 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

Il est recommandé :

9. Que le MSSS 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 à leur âge

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.

12. 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.

13. Que chaque instance locale, dans le cadre du plan de mise en oeuvre 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.

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

Il est recommandé :

14. Que, dans le cadre des ententes de gestion, le MSSS 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, spécialisés et ultraspécialisés.

15. Que le MSSS 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.

16. Que le MSSS :

- 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) ;
- 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 à lui conférer un caractère normatif.

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

Il est recommandé :

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.

17. Que le MSSS 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

Il est recommandé :

18. Que le MSSS :

- 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.

19. Que le MSSS 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.

20. Que le MSSS 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

Il est recommandé :

21. 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.

22. Que le MSSS 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 consacrer aux personnes âgées en perte d'autonomie conformément aux orientations ministérielles et aux cibles nationales.

23. 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

Il est recommandé :

24. Que les visites d'appréciation de la qualité des services soient effectuées, sur une base aléatoire, dans tous les milieux de vie substituts à caractère institutionnel et non institutionnel, et ce, pour toutes les clientèles.

25. 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

Il est recommandé :

26. 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.

27. 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.

28. 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.

ANNEXE 3

Établissements et installations
ayant reçu une visite d'appréciation
entre 2003 et 2007

Annexe 3

Les établissements et les installations ayant reçu une visite d'appréciation dans les années allant de 2003 à 2007.

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
01	CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette	CHSLD de Rimouski-Neigette	X			(03-04)
	Centre hospitalier de Rivière-du-Loup	Hôpital Saint-Joseph	X			(03-04)
	Réseau de santé du Témiscouata	Villa de la Rivière	X			(04-05)
	Manoir de Caroline inc.	Manoir de Caroline			X	(04-05)
	Foyer Sainte-Bernadette inc.	Foyer Sainte-Bernadette		X		(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux des Basques	Centre hospitalier des Trois-Pistoles	X			(05-06)
	Foyer Saint-Cyprien (1993) inc.	Foyer Saint-Cyprien		X		(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia	Résidence Marie-Anne Ouellet	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska	Centre d'Anjou	X			(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux de Matane	Centre d'hébergement de Matane	X			(06-07)
02	Complexe hospitalier de la Sagamie	Pavillon Saint-Vallier	X			(03-04)
	Centre le Jeannois	Pavillon Métabetchouan	X			(03-04)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
02 (suite)	Carrefour de santé de Jonquière	Pavillon Arvida	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi	Résidence Beaumanoir	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux Cléophas-Claveau	Hôpital de la Baie	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux Domaine-du-Roy	Centre d'hébergement de Saint-Félicien	X			(05-06)
		Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement de Roberval	X			(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux Maria-Chapdelaine	Centre d'hébergement Oasis de Dolbeau-Mistassini	X			(06-07)
03	Groupe Champlain	Champlain Limoilou		X		(03-04)
	CLSC-CHSLD Haute-Ville des Rivières	Foyer Saint-Antoine	X			(03-04)
	Regroupement Charlevoix	Foyer de Clermont	X			(03-04)
	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec	Hôpital de l'Enfant-Jésus	X			(03-04)
	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale (Québec-Sud)	Résidence Notre-Dame-de-Lourdes	X			(04-05)
		Résidence le Faubourg	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord	Centre d'hébergement Saint-Augustin	X			(04-05)
		Centre d'hébergement du Fargy	X			(05-06)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
03 (suite)		Hôpital Chauveau	X			(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix	Accueil Bellerive	X			(04-05)
	Jardins du Haut-Saint-Laurent (1992) Inc.	Jardins du Haut-Saint-Laurent (1992)			X	(04-05)
	Vigi Santé ltée	CHSLD Saint-Augustin		X		(04-05)
	Hôpital Sainte-Monique inc.	Hôpital Sainte-Monique		X		(05-06)
	L'Hôpital Jeffery Hale	L'Hôpital Jeffery Hale	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux de Portneuf	Centre hospitalier Portneuf	X			(05-06)
	Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin inc.	Centre hospitalier Notre-Dame-du-Chemin		X		(06-07)
	Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes inc.	Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes		X		(06-07)
	Centre hospitalier universitaire de Québec	Résidence Paul-Triquet	X			(06-07)
04	CHSLD Cœur-du-Québec	Centre Frédérick-Georges-Heriot	X			(03-04)
	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie	Centre Laflèche	X			(03-04)
	CHSLD le Trifluvien	Résidence Cook	X			(03-04)
	Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice	Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice	X			(04-05)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
04 (suite)	Centre de santé et de services sociaux Vallée-de-la-Batiscan	CSSS Vallée-de-la-Batiscan/Site Foyer Mgr Paquin	X			(04-05)
		Centre multiservice Foyer de la Pérade	X			(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux Nicolet-Yamaska, les Blés d'Or	Centre Christ-Roi	X			(04-05)
	Foyer Saints-Anges de Ham-Nord inc.	Foyer Saints-Anges de Ham-Nord		X		(05-06)
	Vigi Santé ltée	CHSLD Vigi Les Chutes		X		(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable	Résidence Le Chêne	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé	Résidence Avellin-Dalcourt	X			(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières	Résidence Joseph-Denys	X			(06-07)
05	CHSLD Estriade	Centre Saint-Vincent-de-Paul	X			(03-04)
	Centre de santé Memphrémagog	Centre de santé Memphrémagog	X			(03-04)
	Maison Reine-Marie	Maison Reine-Marie		X		(03-04)
	La Maison Blanche de North Hatley inc.	La Maison Blanche de North Hatley inc.		X		(04-05)
	Centre de santé de la MRC de Coaticook	Centre de santé de la MRC de Coaticook	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux des Sources	Hôpital, CLSC et Centre d'hébergement d'Asbestos	X			(05-06)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
05 (suite)	Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	Centre d'hébergement de Richmond	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	Centre d'hébergement d'East Angus	X			(05-06)
	Vigi Santé ltée	CHSLD Vigi Shermont		X		(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux – Institut de gériatrie de Sherbrooke	Centre d'hébergement Saint-Joseph	X			(06-07)
	Foyer Wales	Foyer Wales			X	(06-07)
06	Centre le Cardinal	Centre le Cardinal		X		(03-04)
	Les résidences Laurendeau-Légaré-Louvain	Résidence Laurendeau	X			(03-04)
	Centre hospitalier Jacques-Viger	Centre hospitalier Jacques-Viger	X			(03-04)
	Groupe Champlain	Centre Champlain Marie-Victorin		X		(03-04)
	CHSLD Émilie-Gamelin Armand-Lavargne	Centre d'acceuil Armand-Lavargne	X			(03-04)
	Résidence Yvon-Brunet	Résidence Yvon-Brunet	X			(03-04)
	CHSLD Bourget inc.	CHSLD Bourget inc.		X		(03-04)
	Groupe Roy Santé inc.	CHSLD Le Royer		X		(04-05)
		CHSLD Saint-Georges		X		(06-07)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
06 (suite)	Centre de santé et de services sociaux du Nord de l'Île et Saint-Laurent	Pavillon Saint-Joseph-de-la-Providence	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux des Faubourg, Place Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc	Manoir l'Âge d'Or	X			(04-05)
		Résidence Saint-Charles-Borromée	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux Saint-Léonard et Saint-Michel	Havre les Quatre-Saisons	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux de Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont	Pavillon Résidence Maison-Neuve	X			(04-05)
	CHSLD Marie-Claret inc.	CHSLD Marie-Claret		X		(04-05)
	Centre d'accueil St-Margaret	Centre d'accueil St-Margaret	X			(04-05)
	Hôpital Mont-Sinaï	Hôpital Mont-Sinaï	X			(04-05)
	Monsieur Manuel Folla	Les Floralies Lasalle			X	(04-05)
		Les Floralies Verdun			X	(06-07)
	Manoir Pierrefonds inc.	Manoir Pierrefonds		X		(04-05)
	Résidence Rive-Soleil inc.	Résidence Rive-Soleil			X	(04-05)
	Résidence Sainte-Claire inc.	Résidence Sainte-Claire		X		(05-06)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
06 (suite)	Château Westmount inc.	Château Westmount			X	(05-06)
	Centre d'accueil Denis-Benjamin-Viger	Centre d'accueil Denis-Benjamin-Viger	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux du Cœur-de-l'Île	Hôpital Jean-Talon	X			(05-06)
	Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie inc.	Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie		X		(05-06)
	Centre de soins prolongés Grace Dart	Centre de soins prolongés Grace Dart	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux de Lasalle et du Vieux Lachine	Centre hospitalier de Lasalle	X			(05-06)
	Vigi Santé ltée	CHSLD Vigi Mont-Royal		X		(05-06)
	9022-1623 Québec inc.	Centre Garant			X	(05-06)
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Pavillon Rosemont	X			(05-06)
	Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal	X			(05-06)
	Villa Belle Rive inc.	Villa Belle Rive			X	(06-07)
	Centre d'hébergement et de soins de longue durée Manoir Fleury inc.	Centre d'hébergement et de soins de longue durée Manoir Fleury			X	(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île	Résidence Pierre-Joseph-Triest	X			(06-07)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
06 (suite)	Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci	X			(06-07)
	Résidence Berthiaume-du-Tremblay	Résidence Berthiaume-du-Tremblay		X		(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic de Montréal Nord	Centre d'hébergement Paul-Lizotte	X			(06-07)
07	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Gatineau	Foyer Père Guinard	X			(03-04)
		Centre d'hébergement de Gracefield	X			(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux de Papineau	CH Papineau	X			(03-04)
		Centre d'accueil la Petite-Nation	X			(06-07)
	Centre de santé du Pontiac	CHSLD Centre d'accueil Pontiac	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau	Centre d'accueil Renaissance – CHSLD Grande-Rivière	X			(04-05)
		Maison Bon Séjour	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux des Collines	CLSC-CHSLD des Collines	X			(05-06)
08	RSSS des Aurores Boréales	Centre hospitalier Saint-Jean (Macamic)	X			(03-04)
	Maison Pie XII	Pavillon Youville	X			(03-04)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
08 (suite)	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or	Foyer de Val-d'Or	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux les Eskers de l'Abitibi	CHSLD Les Eskers	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux du Lac-Témiscamingue	Pavillon Duhamel	X			(06-07)
09	Centre hospitalier régional de Sept-Îles	Résidence Urgel-Pelletier et Résidence Gustave-Gauvreau	X			(03-04)
	CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan	Résidence Boisvert	X			(03-04)
	Centre de santé des Nord-Côtiers	Centre de santé des Nord-Côtiers (Pavillon Escoumins)	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux de la Minganie	Résidence Irène-Bélanger et Foyer du Havre-Saint-Pierre	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux de Manicouagan	Résidence N.-A.-Labrie	X			(06-07)
10	Centre régional SSS de la Baie-James	Centre de santé de Chibougamau	X			(03-04)
11	Centre hospitalier de Chandler	USLD	X			(03-04)
	Centre hospitalier de Gaspé	Pavillon Mgr Ross	X			(03-04)
	Centre de santé des Nord-Côtiers	Centre de santé des Nord-Côtiers (Pavillon Escoumins)	X			(04-05)
	Centre de santé et des services sociaux de la Baie-des-Chaleurs	Centre d'hébergement de New Carlisle	X			(05-06)
	Centre de santé et de services	Hôpital de l'Archipel	X			(06-07)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
	sociaux des Îles	Centre d'hébergement Villa Plaisance	X			(06-07)
12	Centre hospitalier de la région de l'Amiante	Pavillon Saint-Joseph	X			(03-04)
	Les CLSC et les CHSLD de la MRC de la Nouvelle-Beauce	CHSLD Sainte-Marie	X			(03-04)
	Hôtel-Dieu de Lévis	Unité de soins prolongés	X			(03-04)
	CHSLD de l'Amiante	Résidence Denis Marcotte	X			(03-04)
	Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-l'Islet	CLSC-CHSLD de la MRC de Montmagny (Pavillon d'Youville)	X			(03-04)
		CLSC-CHSLD de la MRC l'Islet (Saint-Jean-Port-Joli)	X			(04-05)
		Centre d'accueil Saint-Fabien-de-Panet	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral	Foyer Saint-Flavien	X			(04-05)
		Centre Paul-Gilbert – Centre d'hébergement de Charny		X		(06-07)
	Pavillon Bellevue inc.	Pavillon Bellevue		X		(04-05)
	Centre de santé des Etchemins	Centre de santé des Etchemins (Lac-Etchemin)	X			(04-05)
	Centre hospitalier de l'Assomption (Saint-Georges-de-Beauce) inc.	Centre hospitalier de l'Assomption (Saint-Georges-de-Beauce)		X		(05-06)
	Centre d'accueil Saint-Joseph-de-Lévis inc.	Centre d'accueil Saint-Joseph-de-Lévis		X		(05-06)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
12 (suite)	Centre de santé et de services sociaux de Beauce	Centre d'hébergement de Saint-Georges-Est	X			(05-06)
	Centre d'hébergement et de soins de longue durée Chanoine-Audet inc.	Centre d'hébergement et de soins de longue durée Chanoine-Audet		X		(06-07)
13	Manoir Saint-Patrice inc.	Manoir Saint-Patrice inc.		X		(03-04)
	M. Réginald Ratle	Villa des Tilleuls		X		(03-04)
	Centre de santé et de services sociaux de Laval	CLSC-CHSLD Résidence Rose-de-Lima	X			(03-04)
		Pavillon Sainte-Dorothée	X			(04-05)
		Résidence La Pinière	X			(05-06)
		CLSC du Marigot, centre d'hébergement Idola-Saint-Jean	X			(06-07)
	Centre d'hébergement Chartwell inc.	Villa Val-des-Arbres		X		(06-07)
	Résidence Riviera inc.	Résidence Riviera		X		(06-07)
14	CLSC-CHSLD d'Autray	Centre d'accueil Sainte-Élizabeth	X			(03-04)
	CLSC-CHSLD Meilleur	Centre Alexandre-Archambault	X			(03-04)
	CHSLD de la Côte Boisée inc.	CHSLD de la Côte-Boisée		X		(04-05)
	Centre de santé et de services	Centre d'accueil Saint-Eusèbe	X			(04-05)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
14 (suite)	sociaux du Nord-de-Lanaudière	Centre hospitalier régional de Lanaudière	X			(06-07)
	CHSLD Heather inc.	CHSLD Heather		X		(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière	CHSLD des Deux-Rives	X			(05-06)
	Les entreprises Symel inc.	Château Jouvence			X	(06-07)
15	Manoir d'Oka	Manoir d'Oka			X	(03-04)
	CLSC-CHSLD des Pays-d'en-Haut	Manoir de la Pointe-Bleue	X			(03-04)
	Centre de santé et de services sociaux Rivière-du-Nord – Nord-de-Mirabel	L'Auberge (Saint-Jérôme)	X			(04-05)
	Société en commandite Centre d'accueil l'Ermitage	Société en commandite Centre d'accueil l'Ermitage (Domaine des Trois-Pignons)			X	(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil	Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes	Centre d'hébergement Saint-Benoît	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux des Sommets	Centre d'hébergement de Labelle	X			(06-07)
	La résidence de Lachute	La résidence de Lachute	X			(06-07)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
16	Groupe Champlain	Centre Champlain-Beloeil		X		(03-04)
		Centre d'hébergement Champlain-Châteauguay		X		(06-07)
	CHSLD de Longueuil	CHSLD Manoir-Trinité	X			(03-04)
	Hôpital du Haut-Richelieu	CHSLD Georges-Phaneuf	X			(03-04)
	CHSLD des Trois-Rives	Foyer Rigaud	X			(03-04)
	CHSLD Trèfle d'Or	Centre d'accueil la Prairie	X			(03-04)
	Centre de santé et de services sociaux du Vieux-Longueuil et de Lajemmerais	CHSLD Contrecoeur	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville	Résidence Saint-Joseph-de-Chambly	X			(04-05)
		Centre Gertrude-Lafrance	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux Champlain	Centre Saint-Lambert	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux Sorel-Tracy	L'Hôpital général de Sorel	X			(04-05)
	Centre de santé et de services sociaux du Suroît	Les centres du Haut-Saint-Laurent (CHSLD) Coteau-du-Lac	X			(04-05)
		Centre hospitalier régional du Suroît	X			(05-06)
	Centre de santé et de services	Centre Andrée-Perreault	X			(04-05)

Régions	Établissements	Installations	Statuts			Année de visite
			Public	Privé-conventionné	Privé	
16 (suite)	sociaux Richelieu-Yamaska	Hôtel-Dieu de Saint-Hyacinthe	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska	Centre Marie-Berthe-Couture	X			(04-05)
	Centre d'accueil Marcelle-Ferron inc.	Centre d'accueil Marcelle-Ferron		X		(05-06)
	Florence Groulx inc.	Florence Groulx		X		(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher	CHSLD René-Lévesque	X			(05-06)
	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent	Centre Hospitalier du comté de Huntingdon	X			(05-06)
	CLSC et CHSLD de Bedford	CLSC et CHSLD de Bedford	X			(06-07)
	Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges	Centre d'hébergement de Vaudreuil-Dorion	X			(06-07)
	Centre d'hébergement C.P.L. Argyle inc.	Résidence du Parc		X		(06-07)
De 2004 à 2007	116 établissements	137 installations	94	31	12	
TOTAL	156 établissements	184 installations	132	39	13	

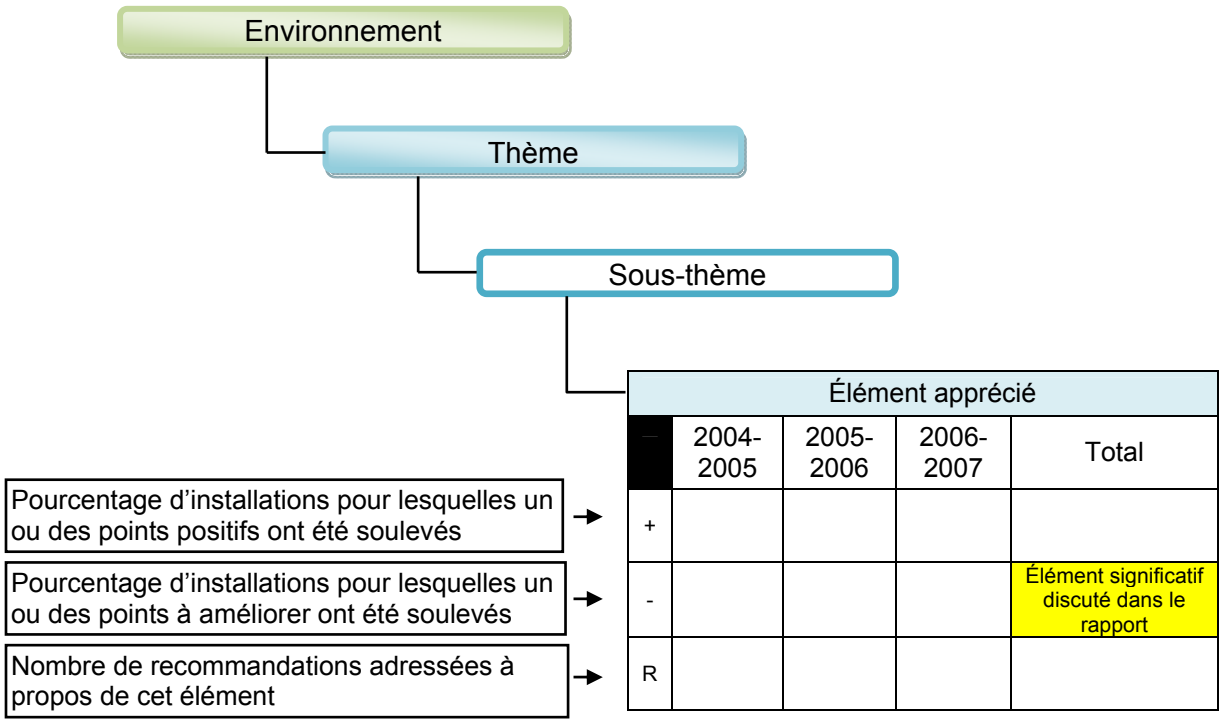
ANNEXE 4

Arbre d’analyse des données

ANNEXE 4

Arbre d'analyse des données

Explicatif de l'arbre



Environnement organisationnel

Accueil et intégration du résident

Processus d'accueil et information transmise				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	72 %	75 %	80 %	75 %
-	28 %	43 %	70 %	46 %
R	6	21	26	53

Information disponible au quotidien				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	37 %	62 %	13 %	38 %
-	46 %	62 %	38 %	49 %
R	24	20	4	48

Comité des usagers

Présent et conforme				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	39 %	34 %	25 %	33 %
-	17 %	28 %	33 %	26 %
R	13	6	10	29

Diffusé et connu				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	17 %	55 %	28 %
-	46 %	32 %	83 %	52 %
R	17	10	48	75

Assure des liens avec direction, résidents, etc.				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	20 %	34 %	8 %	21 %
-	17 %	26 %	3 %	16 %
R	3	5	0	8

Soutenu et considéré

Logistique				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	22 %	45 %	58 %	44 %
-	11 %	4 %	10 %	8 %
R	3	3	2	8

Impact sur la qualité				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	33 %	26 %	43 %	33 %
-	20 %	19 %	33 %	23 %
R	12	5	0	17

Quant à son mandat				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	9 %	15 %	10 %	11 %
-	15 %	15 %	5 %	12 %
R	13	12	5	30

Plan d'intervention

Présent et conforme				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	59 %	64 %	40 %	55 %
-	41 %	36 %	60 %	45 %
R	20	21	25	66

Approprié et appliqué				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	9 %	0 %	0 %	3 %
-	30 %	34 %	20 %	29 %
R	10	9	2	21

Révision du plan				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	30 %	35 %	26 %
-	7 %	23 %	60 %	29 %
R	10	8	31	49

Participation des résidents et des proches aidants				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	22 %	32 %	38 %	30 %
-	53 %	72 %	83 %	68 %
R	24	33	44	101

Code d'éthique

Présent et conforme				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	19 %	18 %	17 %
-	0 %	11 %	20 %	10 %
R	7	4	4	15

Diffusé et connu				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	37 %	28 %	68 %	43 %
-	65 %	47 %	60 %	57 %
R	20	16	27	63

Approprié et appliqué				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	24 %	51 %	45 %	40 %
-	24 %	17 %	30 %	23 %
R	8	8	18	34

Environnement organisationnel (suite)

Plaintes

Commissaire aux plaintes

Présent et conforme				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	4 %	0 %	3 %	2 %
-	11 %	4 %	13 %	9 %
R	7	1	6	14

Connu et diffusé				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	7 %	11 %	33 %	16 %
-	46 %	34 %	80 %	52 %
R	19	11	31	61

Diffusion droits et obligations				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	0 %	13 %	4 %
-	4 %	4 %	48 %	17 %
R	3	0	14	17

Processus de plaintes

Présent et conforme				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	22 %	38 %	5 %	23 %
-	7 %	11 %	8 %	8 %
R	2	9	2	13

Diffusé et connu				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	33 %	30 %	23 %
-	54 %	60 %	63 %	59 %
R	13	26	24	63

Pas craint				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	0 %	65 %	20 %
-	11 %	11 %	40 %	20 %
R	2	2	1	5

Suivi satisfaisant				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	17 %	32 %	3 %	18 %
-	13 %	13 %	3 %	10 %
R	2	6	0	8

Protocoles

Mesures de contrôle

Présent et conforme				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	30 %	43 %	13 %	29 %
-	2 %	6 %	18 %	8 %
R	6	8	8	22

Intégré et appliqué				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	50 %	47 %	68 %	54 %
-	46 %	64 %	58 %	56 %
R	8	15	19	42

Information transmise et consentement obtenu				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	20 %	55 %	58 %	44 %
-	26 %	26 %	40 %	30 %
R	8	13	6	27

Prévention incidents ou accidents

Divulgation des incidents ou accidents				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	17 %	51 %	83 %	49 %
-	4 %	17 %	43 %	20 %
R	1	3	14	18

Mesures prises contre la récurrence				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	41 %	57 %	53 %	49 %
-	9 %	6 %	8 %	8 %
R	2	0	3	5

Prévention des infections

Présent et conforme				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	11 %	8 %	11 %
-	0 %	2 %	5 %	2 %
R	1	1	2	4

Intégré et appliqué				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	7 %	4 %	65 %	23 %
-	4 %	15 %	28 %	15 %
R	1	4	11	16

Autre protocoles				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	11 %	6 %	0 %	6 %
-	4 %	6 %	3 %	5 %
R	14	5	1	21

Environnement organisationnel (suite)

Gestion des employés

Encourage comportements adéquats				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	13 %	30 %	18 %
-	4 %	2 %	8 %	5 %
R	2	1	1	4

Divulgation comportements inacceptables				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	43 %	78 %	39 %
-	4 %	15 %	15 %	11 %
R	1	10	15	26

Correction comportements inacceptables				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	37 %	55 %	65 %	52 %
-	17 %	17 %	35 %	23 %
R	2	8	15	25

Climat mobilisateur pour un milieu de vie de qualité

Résident et qualité au cœur des préoccupations				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	76 %	64 %	88 %	75 %
-	7 %	9 %	0 %	5 %
R	14	1	12	27

Appropriation du changement vers milieu de vie				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	50 %	49 %	33 %	41 %
-	37 %	36 %	13 %	29 %
R	45	20	3	68

Continuité des interventions				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	28 %	45 %	63 %	44 %
-	33 %	53 %	68 %	52 %
R	7	20	24	51

Climat de travail				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	30 %	13 %	8 %	17 %
-	7 %	9 %	5 %	7 %
R	6	1	1	8

Formation				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	17 %	23 %	18 %	20 %
-	9 %	15 %	0 %	8 %
R	37	15	0	52

Les services, activités et fournitures

Activités de la vie quotidienne

Élimination				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	9 %	5 %	5 %
-	28 %	55 %	75 %	52 %
R	7	13	14	34

Mobilité				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	9 %	4 %	20 %	10 %
-	24 %	43 %	55 %	40 %
R	2	11	8	21

Hygiène et habillement				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	36 %	40 %	29 %
-	20 %	17 %	33 %	23 %
R	2	6	0	8

Toutes activités confondues				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	33 %	26 %	15 %	25 %
-	22 %	17 %	15 %	18 %
R	9	7	16	32

Vigilance et surveillance

Permet de répondre aux besoins des résidents				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	33 %	47 %	45 %	41 %
-	24 %	34 %	48 %	35 %
R	3	11	12	26

Assure la sécurité des résidents				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	30 %	5 %	17 %
-	4 %	13 %	18 %	11 %
R	5	5	1	11

Le personnel connaît les mesures d'urgence				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	4 %	0 %	45 %	15 %
-	0 %	0 %	30 %	9 %
R	0	0	10	10

Médicaments

Évaluation et suivi rigoureux				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	28 %	57 %	55 %	47 %
-	7 %	23 %	8 %	13 %
R	2	8	4	14

Information transmise aux résidents ou aux proches				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	7 %	17 %	30 %	17 %
-	39 %	64 %	58 %	53 %
R	13	24	21	58

Alimentation

Qualité de la nourriture				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	65 %	66 %	83 %	71 %
-	48 %	32 %	63 %	47 %
R	16	8	23	47

Diversité des repas				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	44 %	38 %	45 %	42 %
-	28 %	55 %	53 %	45 %
R	9	22	16	47

2e choix de menu				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	11 %	38 %	20 %
-	24 %	28 %	55 %	35 %
R	9	10	22	41

Collation				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	24 %	53 %	75 %	50 %
-	24 %	32 %	23 %	26 %
R	8	13	7	28

Distribution				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	9 %	4 %	48 %	19 %
-	22 %	9 %	53 %	26 %
R	7	2	1	10

Horaire des repas				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	41 %	60 %	73 %	57 %
-	39 %	53 %	83 %	57 %
R	13	26	32	71

Alimentation correcte, adaptée et évaluée				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	22 %	26 %	58 %	34 %
-	15 %	58 %	28 %	34 %
R	11	9	13	33

Atmosphère agréable				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	7 %	13 %	43 %	20 %
-	41 %	17 %	60 %	38 %
R	2	8	11	21

Assistance				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	22 %	26 %	45 %	30 %
-	48 %	43 %	78 %	55 %
R	15	10	13	38

Les services, activités et fournitures (suite)

Personnel

Intervenant accompagnateur

Présent et conforme				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	11 %	11 %	13 %	11 %
-	46 %	77 %	65 %	62 %
R	25	37	36	98

Rôle diffusé, connu et intégré				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	2 %	3 %	2 %
-	11 %	32 %	63 %	34 %
R	6	7	18	31

Personnel clinique				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	17 %	36 %	0 %	19 %
-	37 %	45 %	0 %	29 %
R	3	13	0	16

Personnel d'encadrement clinique				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	22 %	45 %	48 %	38 %
-	35 %	26 %	53 %	37 %
R	11	9	16	36

Équipements et aides techniques

Actuels et sécuritaires				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	33 %	57 %	0 %	32 %
-	7 %	15 %	20 %	14 %
R	3	7	4	14

Adaptés				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	20 %	19 %	55 %	30 %
-	2 %	13 %	18 %	11 %
R	2	1	2	5

Bien entretenus				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	47 %	0 %	17 %
-	4 %	36 %	13 %	18 %
R	2	9	5	16

Suffisants				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	2 %	63 %	20 %
-	4 %	11 %	33 %	15 %
R	2	4	11	17

Organisation des soins

Soins infirmiers				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	52 %	55 %	75 %	60 %
-	2 %	19 %	23 %	14 %
R	5	2	6	13

Soins spécialisés				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	65 %	70 %	55 %	64 %
-	67 %	64 %	53 %	62 %
R	37	20	17	74

Soins adaptés à la situation du résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	59 %	32 %	20 %	38 %
-	35 %	36 %	25 %	32 %
R	28	15	5	48

Activités

Récréatives et sociales

Nombreuses et diversifiées				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	41 %	47 %	70 %	52 %
-	80 %	72 %	75 %	76 %
R	26	34	26	86

Adaptées aux capacités des résidents				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	36 %	43 %	31 %
-	52 %	51 %	65 %	56 %
R	22	24	27	73

La participation des résidents est encouragée				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	2 %	3 %	2 %
-	2 %	2 %	10 %	5 %
R	5	3	0	8

Organisation				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	17 %	23 %	23 %	21 %
-	24 %	30 %	10 %	22 %
R	12	12	2	26

Activités de spiritualité				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	63 %	66 %	78 %	68 %
-	11 %	11 %	13 %	11 %
R	3	2	3	8

Transport				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	0 %	70 %	21 %
-	0 %	2 %	30 %	10 %
R	0	0	10	10

Environnement humain

Intégration du résident

Personnel connaissant le résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	70 %	83 %	88 %	80 %
-	41 %	36 %	28 %	35 %
R	14	12	0	26

Personnel facilitant l'intégration du résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	4 %	6 %	83 %	29 %
-	0 %	2 %	8 %	3 %
R	0	0	3	3

Identité, autonomie et autodétermination

AVQ dans le respect des habitudes de vie				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	30 %	28 %	45 %	34 %
-	70 %	60 %	78 %	68 %
R	25	36	29	90

Maintien des capacités				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	26 %	19 %	30 %	26 %
-	45 %	60 %	65 %	56 %
R	19	30	9	58

Maintien des relations

Relations familiales et sociales				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	0 %	93 %	32 %
-	7 %	4 %	3 %	4 %
R	1	1	1	3

Échange avec communauté				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	9 %	0 %	88 %	29 %
-	2 %	4 %	8 %	5 %
R	6	0	1	7

Chambre du résident

Peut décorer à son goût				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	67 %	75 %	90 %	76 %
-	28 %	30 %	15 %	25 %
R	10	8	2	20

Reçoit qui il veut, quand il le veut				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	37 %	72 %	85 %	64 %
-	2 %	4 %	0 %	2 %
R	0	0	0	0

Circule librement				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	9 %	90 %	35 %
-	9 %	4 %	15 %	9 %
R	0	1	1	2

Dignité et respect

Actes de l'intervenant

Interaction constante				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	28 %	32 %	33 %	31 %
-	37 %	47 %	53 %	45 %
R	9	12	17	38

Empathie et compassion				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	41 %	49 %	53 %	47 %
-	13 %	6 %	5 %	8 %
R	0	2	0	2

S'adresser au résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	61 %	87 %	88 %	78 %
-	65 %	64 %	53 %	61 %
R	14	28	21	63

Générale				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	28 %	26 %	15 %	23 %
-	26 %	28 %	33 %	29 %
R	4	4	8	16

Consentement

Pour changements, interventions, etc.				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	24 %	21 %	23 %	23 %
-	30 %	47 %	50 %	42 %
R	10	11	17	38

Information suffisante pour consentement éclairé				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	20 %	23 %	38 %	26 %
-	15 %	43 %	50 %	35 %
R	5	16	19	40

Environnement humain (suite)

Confidentialité

Dans les lieux publics				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	9 %	15 %	8 %
-	30 %	43 %	70 %	47 %
R	4	12	19	35

Matérielle				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	0 %	3 %	1 %
-	20 %	28 %	48 %	31 %
R	5	9	5	19

Information révélée à un tiers				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	4 %	6 %	13 %	8 %
-	9 %	21 %	0 %	11 %
R	5	7	0	12

Générale				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	9 %	17 %	15 %	14 %
-	15 %	13 %	3 %	11 %
R	6	4	9	19

Respect de l'intimité

Pendant les AVQ				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	83 %	75 %	68 %	75 %
-	33 %	38 %	63 %	44 %
R	4	15	26	45

Intervenant du sexe de son choix				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	22 %	38 %	68 %	41 %
-	13 %	40 %	10 %	22 %
R	3	18	3	24

Vie affective et sexuelle				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	26 %	63 %	29 %
-	13 %	19 %	15 %	16 %
R	0	2	3	5

Dynamisme du milieu

Interactions hors soins				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	2 %	15 %	6 %
-	7 %	2 %	45 %	17 %
R	0	1	19	20

Favorise la socialisation				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	7 %	0 %	15 %	7 %
-	11 %	2 %	43 %	17 %
R	0	0	5	5

Environnement physique

Lieux accessibles

Extérieurs				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	17 %	28 %	19 %
-	20 %	15 %	23 %	19 %
R	4	9	7	20

Pièces communes				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	35 %	57 %	80 %	56 %
-	52 %	45 %	50 %	50 %
R	24	18	17	59

Lieux bien entretenus

Extérieurs				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	0 %	63 %	19 %
-	0 %	2 %	10 %	4 %
R	0	1	4	5

Chambre du résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	0 %	3 %	1 %
-	4 %	2 %	23 %	9 %
R	2	1	4	7

Pièces communes				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	0 %	5 %	2 %
-	2 %	4 %	3 %	3 %
R	4	0	0	4

Biens et meubles				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	2 %	53 %	17 %
-	7 %	11 %	23 %	13 %
R	1	2	8	11

Bâtisse et corridors				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	46 %	40 %	58 %	47 %
-	35 %	36 %	53 %	41 %
R	7	14	21	42

Lieux adaptés

Extérieurs				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	9 %	28 %	35 %	23 %
-	15 %	19 %	50 %	27 %
R	4	3	7	14

Chambre du résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	4 %	70 %	27 %
-	17 %	15 %	43 %	24 %
R	1	2	5	8

Pièces communes				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	34 %	25 %	25 %
-	13 %	9 %	30 %	17 %
R	4	3	2	9

Biens et meubles				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	9 %	45 %	25 %	26 %
-	17 %	17 %	38 %	23 %
R	3	5	5	13

Bâtisse et corridors				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	52 %	77 %	85 %	71 %
-	52 %	70 %	33 %	50 %
R	9	14	0	23

Lieux suffisants

Extérieurs				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	0 %	0 %	0 %
-	2 %	0 %	3 %	2 %
R	0	1	0	1

Pièces communes				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	0 %	28 %	9 %
-	4 %	9 %	8 %	7 %
R	1	0	1	2

Biens et meubles				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	2 %	78 %	25 %
-	11 %	2 %	25 %	12 %
R	2	1	5	8

Environnement physique (suite)

Lieux favorisent l'intimité

Chambre du résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	46 %	70 %	23 %	46 %
-	48 %	55 %	20 %	42 %
R	22	21	2	45

Pièces communes				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	26 %	0 %	9 %
-	28 %	47 %	5 %	28 %
R	6	12	0	18

Bâtisse et corridors				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	15 %	0 %	10 %
-	4 %	0 %	10 %	5 %
R	0	0	0	0

Confortables

Chambre du résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	11 %	11 %	23 %	14 %
-	9 %	4 %	15 %	9 %
R	1	1	4	6

Pièces communes				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	13 %	11 %	5 %	10 %
-	7 %	4 %	10 %	7 %
R	3	1	6	10

Biens et meubles				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	2 %	0 %	2 %
-	2 %	0 %	13 %	5 %
R	0	0	0	0

Bâtisse et corridors				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	26 %	28 %	5 %	32 %
-	15 %	53 %	8 %	26 %
R	10	38	23	71

Installation inadéquate				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
-	7 %	11 %	5 %	8 %
R	1	5	1	7

Lieux sécuritaires

Extérieurs				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	2 %	4 %	5 %	4 %
-	4 %	0 %	23 %	8 %
R	2	3	4	9

Chambre du résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	11 %	2 %	0 %	5 %
-	0 %	4 %	3 %	2 %
R	0	0	1	1

Pièces communes				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	4 %	4 %	0 %	3 %
-	2 %	9 %	8 %	6 %
R	1	1	1	3

Biens et meubles				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	9 %	60 %	21 %
-	20 %	43 %	65 %	41 %
R	3	18	26	47

Bâtisse et corridors				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	61 %	49 %	73 %	60 %
-	57 %	60 %	60 %	59 %
R	32	23	31	86

Milieu de vie

Chambre du résident				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	0 %	6 %	0 %	2 %
-	9 %	4 %	10 %	8 %
R	0	0	0	0

Pièces communes				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	15 %	9 %	20 %	14 %
-	26 %	4 %	15 %	15 %
R	9	7	3	19

Bâtisse et corridors				
	2004-05	2005-06	2006-07	Total
+	28 %	40 %	33 %	34 %
-	59 %	70 %	63 %	64 %
R	20	12	9	41

Santé
et Services sociaux
Québec

www.msss.gouv.qc.ca

© Gouvernement du Québec, 2009

09-830-01FA