

**Rapport d'analyse
du Centre intégré universitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Événement survenu le 14 juillet 2015

au

Centre d'hébergement Cooke

Déposé au président-directeur général

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
Martin D'Amour, directeur adjoint

10 août 2015

Table des matières

Introduction.....	5
Contexte.....	7
Mandat.....	13
Le CIUSSS MCQ et la prestation sécuritaire des soins et services.....	15
La méthodologie.....	17
Le Centre d'hébergement Cooke.....	19
Présentation des faits.....	21
A) Environnement physique.....	21
B) Équipements.....	21
C) Ressources humaines.....	22
D) Les résidents concernés.....	23
E) Temps de réponse.....	23
F) Traitement de l'insatisfaction.....	24
G) Méthodes et pratiques.....	25
Analyse et recommandations.....	27
A) Environnement physique.....	27
B) Équipements.....	29
C) Ressources humaines.....	31
D) Les résidents concernés.....	34
E) Temps de réponse.....	34
F) Traitement de l'insatisfaction.....	35
G) Méthodes et pratiques.....	35
Conclusion.....	37
Liste des annexes.....	39
Annexes.....	41

Introduction

Le 14 juillet 2015 en soirée, une visiteuse, membre de famille d'une résidente, a constaté deux résidents couchés au sol à deux endroits différents. Pour leur venir en aide, elle a tenté de communiquer avec les intervenants de l'unité. Quelque temps¹ plus tard, des intervenants ont pu porter assistance et prodiguer les soins immédiats aux deux résidents.

La visiteuse a dénoncé la situation auprès d'un quotidien régional en leur remettant une vidéo présentant les images qu'elle a captées lors de l'événement. Cette dénonciation a fait l'objet de nombreux reportages journalistiques à l'échelle régionale et nationale, ce qui a généré plusieurs lettres d'opinion et prises de position dans les médias. Plusieurs partages de la vidéo et commentaires sur la situation qui y est exposée ont été observés dans les médias sociaux. Ainsi, l'événement dénoncé localement a un impact important pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS MCQ) et aussi pour l'ensemble des établissements d'hébergement québécois.

Les différents reportages journalistiques qui ont suivi le premier article² questionnaient le manque de personnel, le temps de réponse inadéquat du personnel, le recours aux mesures de contrôle communément appelés les contentions, ainsi que certaines pratiques cliniques. La situation a rapidement pris la forme d'un débat populationnel, dépassant les frontières de l'établissement, soulevant notamment des questions cliniques, légales, administratives et éthiques.

Le président-directeur général du CIUSSS MCQ a demandé, le 18 juillet 2015, qu'une analyse interne soit réalisée pour faire la lumière sur les circonstances de l'événement. Cette analyse s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Un tel événement est regrettable et c'est dans ce contexte qu'il mérite toute l'attention nécessaire pour améliorer continuellement la prestation sécuritaire des soins et services. Le président-directeur général a réitéré son entière collaboration à l'enquête du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

¹ Selon la vidéo de la visiteuse, le temps estimé est de 2 minutes 11 secondes.

² http://www.lapresse.ca/le-nouvelliste/actualites/201507/17/01-4886411-personnes-en-detresse-a-la-residence-cooke-une-dame-filme-toute-la-scene.php?utm_categorieinterne=traficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4886512_article_POS1 (consulté le 23 juillet 2015).

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, le D^r Gaétan Barrette, a pour sa part mandaté deux enquêtrices le 20 juillet 2015. Le ministre a affirmé que les résultats de cette enquête permettront d'avoir une compréhension éclairée de la situation, des circonstances et du contexte dans lequel cet événement s'est déroulé, et de présenter des recommandations³.

³ <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=986> (consulté le 23 juillet 2015).

Contexte

L'événement survenu le 14 juillet 2015 en soirée présente deux résidents couchés au sol. Une visiteuse a filmé la recherche d'intervenant sur l'unité. On y voit notamment une première résidente couchée au sol. La dame continue de filmer pendant sa recherche d'intervenant et se rend à la chambre d'un autre résident, aussi couché au sol, qui demande de l'aide. Sur la vidéo, nous entendons le signal sonore continu d'un moniteur de mobilité. À la fin de la vidéo, nous constatons que la visiteuse informe un intervenant qui sortait d'une autre chambre.

La mission du CHSLD

Les CHSLD sont des milieux de vie. L'approche milieu de vie est centrée sur la qualité de vie du résident qui consiste à maintenir et améliorer l'autonomie fonctionnelle et psychosociale, ainsi que le confort de celui-ci. Il est donc notamment recherché un aspect « plus résidentiel et sécurisant » pour les résidents⁴.

La mission du CHSLD est la suivante⁵ :

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.

[...]

⁴ CHQ, Répertoire des guides de planification immobilière : Centres d'hébergement – CHSLD – Unité de vie, version 1.4, 2 février 2009. http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Unites_fonctionnelles/CHSLD/Unite_de_vie_090202.pdf (consulté le 23 juillet 2015).

⁵ Article 83, Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après nommée LSSSS).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait en 2003 les orientations ministérielles dont les principes directeurs sont⁶ :

- Les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement;
- L'établissement doit favoriser le maintien et le renforcement des capacités des personnes hébergées ainsi que leur développement personnel, tout en tenant compte de leur volonté personnelle;
- La qualité des pratiques passe avant tout par la préoccupation constante de la qualité de vie;
- L'établissement doit favoriser et soutenir le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches, et favoriser leur implication dans la prise de décision;
- La personne hébergée a droit à un milieu de vie de qualité où on lui prodigue des soins et services de qualité;
- Toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permet de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination;
- L'établissement doit prévoir des mécanismes d'adaptation des pratiques professionnelles, administratives et organisationnelles qui favorisent l'ensemble des principes directeurs.

Selon l'entente de gestion⁷ signée entre le CIUSSS MCQ et le MSSS, les lits en CHSLD doivent être réservés aux personnes qui en ont le plus besoin dans le but d'en assurer une utilisation efficiente au sein du continuum des services de soutien à l'autonomie. Les balises d'admissibilité en CHSLD selon les profils ISO-SMAF⁸ ont été diffusées dans le réseau. Ainsi, 85 % des personnes admises doivent présenter un profil ISO-SMAF se situant entre 10 et 14.

Le SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) est un instrument d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle. Il évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques. Il permet aussi d'évaluer les ressources en place pour pallier les incapacités ainsi que la stabilité de ces ressources dans les trois à quatre semaines à venir. Chaque fonction du SMAF est cotée sur une échelle de 0 à 3 selon des critères précis à partir de renseignements obtenus par un questionnaire de l'utilisateur ou de son répondant, par l'observation de l'utilisateur et même, au besoin, par la vérification de ses capacités. Les résultats du SMAF pour chaque individu sont comptabilisés et correspondent à un des 14 profils ISO-SMAF.

⁶ MSSS, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, 2003, page 3. Aussi voir document « Concept Milieu de vie », Direction de l'hébergement, CSSS de Trois-Rivières, adopté par le conseil d'administration le 7 avril 2007 et révisé et adopté le 11 novembre 2008.

⁷ Entente de gestion et d'imputabilité 2015-2016.

⁸ Système axé sur la classification des besoins des usagers en profil type d'autonomie fonctionnelle.

Ces derniers nous indiquent globalement le nombre d'heures-soins requis par individu. Cet indicateur nous permet ainsi de diriger la personne vers la ressource d'hébergement correspondant le mieux à ses besoins.

Le CHSLD : un milieu de vie

Un milieu de vie implique, entre autres, des pratiques cliniques et administratives différentes d'un centre hospitalier. Même si les soins et services dans les CHSLD deviennent de plus en plus complexes et que les résidents maintenant hébergés ont beaucoup de besoins, l'atteinte d'un équilibre entre des pratiques institutionnalisées et celles d'un milieu de vie n'est pas toujours évidente. Le milieu de vie implique donc des pratiques professionnelles adaptées pour tenir compte de cette réalité, par exemple la nourriture servie aux résidents, les mesures de contrôle, la prévention des infections, etc.

Il faut savoir que le recours à la contention a des impacts tant physique et psychologique important chez la personne. Plusieurs études ont démontré que le risque de blessures graves associées aux chutes est plus important chez un usager sous contention. De plus l'utilisation de la contention physique augmente le risque de mortalité secondaire à une chute. Santé Canada a rapporté 25 décès et 35 blessures graves liées aux ridelles de lit entre 1980 et 2000. C'est ainsi qu'en 2002, basé sur les meilleures pratiques, le ministère de la Santé et des Services sociaux a présenté ses orientations relatives à l'utilisation des mesures de contrôle dans un objectif de baliser le recours à ces mesures et d'en réduire leur utilisation.

Les mesures de contention physique sont employées seulement en dernier recours, dans un contexte de risque imminent, lorsque toutes les alternatives ont été tentées en vain. La mesure choisie doit être la moins contraignante possible et la durée d'application la plus courte possible. La décision d'utiliser une mesure de contention physique se fait en équipe interdisciplinaire. Cette décision repose sur un processus d'évaluation et de réévaluation globale de la personne, de ses besoins et de son environnement. Elle doit également faire l'objet du consentement de l'usager ou de son représentant.

Trois sources des deux paragraphes ci-dessus :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Programme de formation : vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (août 2011). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*. Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lorsqu'il est question de l'autonomie des personnes hébergées dans un milieu de vie, le sujet des chutes est interrelié. Pour éviter que les chutes se produisent, une évaluation du risque de chute est réalisée dès l'admission du résident, tel qu'il est prévu au programme de prévention des chutes. L'objectif général est de cibler les facteurs de risque de chute, de déterminer la probabilité que le risque se réalise et ainsi de pouvoir mettre en place des mesures préventives. Une équipe interdisciplinaire composée de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de nutritionnistes, d'infirmières et de médecins détermine les meilleures stratégies. Il pourrait notamment être proposé aux résidents et à leur répondant de faire appel aux intervenants pour se lever. D'autres moyens sont aussi disponibles, par exemple des déambulateurs, fauteuils roulants ou autres équipements. Les moyens utilisés sont toujours convenus en accord avec les résidents ou leurs répondants en fonction de leurs besoins, mais aussi en lien avec leurs souhaits et leur volonté.

En ce qui a trait à l'environnement physique, des dispositifs soutiennent l'autonomie : le revêtement de plancher, la luminosité ou les mains courantes. Enfin, lorsque le risque de chute est plus élevé, tout en évitant de recourir aux mesures de contrôle, des technologies d'aide à la surveillance sont disponibles, par exemple des moniteurs de mobilité. Une réévaluation systématique du risque de chute est faite tous les 3 mois par une équipe interdisciplinaire. Suivant l'évolution de la condition du résident, des réévaluations ponctuelles peuvent être réalisées.

Au Québec, 151 321 chutes ont été déclarées en 2012-2013. De ce nombre, 51,5 % sont pour des usagers « trouvés par terre »⁹. Un usager retrouvé au sol est automatiquement associé à une chute, sauf si l'usager ou un témoin est en mesure d'expliquer l'événement. Un usager qui se glisse au sol volontairement à la suite d'un malaise par exemple est également associé à une chute. En Mauricie et au Centre-du-Québec, 11 143 chutes ont été déclarées en 2012-2013. Les déclarations de chutes se situent principalement au niveau des missions CHSLD et en centres hospitaliers. La majorité des chutes déclarées ont peu ou pas de conséquence.¹⁰ Le programme de prévention des chutes prévoit des évaluations et interventions cliniques après la survenance d'une chute telle que l'évaluation des impacts crâniens, la prise de signes vitaux, la surveillance périodique, etc.

⁹ MSSS, Rapport semestriel des incidents et des accidents survenus lors de la prestation de soins et services de santé au Québec, période du 1^{er} octobre 2012 au 31 mars 2013, pages 28 et 30.

¹⁰ Ibid, page 30.

Le CHSLD souhaite donc offrir un milieu de vie sécuritaire et adapté, répondant aux besoins de sa clientèle, dans la dignité et le respect.

Mandat

Préoccupé par l'événement, le président-directeur général s'est assuré que la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CIUSSS MCQ en effectue l'analyse. D'autres directions contribuent également à cette analyse, notamment :

- La Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA);
- La Direction des soins infirmiers;
- La Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Ainsi, le mandat consiste à analyser l'événement selon les bonnes pratiques en vigueur afin :

- D'identifier les causes probables des événements;
- D'identifier les moyens nécessaires pour réduire la récurrence de ce type d'événement ou, s'il doit se produire, en atténuer les conséquences pour les résidents, leurs proches, les intervenants et l'organisation.

Le CIUSSS MCQ et la prestation sécuritaire des soins et services

Engagement de la direction

Le CIUSSS MCQ a été créé le 1^{er} avril 2015 à la suite à l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales le 7 février 2015.

Le nouvel établissement s'est donné comme vision :

Créer, par un leadership collectif, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux performant, offrant des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Culture de sécurité

C'est ainsi que la direction s'est engagée envers une culture sécuritaire.

Les valeurs transitoires suivantes guident les actions des gestionnaires et intervenants du CIUSSS MCQ :

- Respect;
- Engagement;
- Imputabilité;
- Transparence;
- Solidarité;
- Équité;
- Excellence, qualité et innovation.

Les anciens établissements maintenant regroupés au CIUSSS MCQ, dont le CSSS de Trois-Rivières, ont adopté des approches de gestion des risques et la mise en place d'une culture de sécurité. D'ailleurs, les résultats du sondage mesurant l'intégration de ces approches et de cette culture démontrent une perception positive du personnel à l'égard de la sécurité¹¹.

Ainsi, une perception des répondants un peu plus élevée que la moyenne canadienne est démontrée pour plus de la moitié des indicateurs mesurés (3 sur 5). Pour les deux autres indicateurs, les résultats se situent très près de la moyenne canadienne.

¹¹ CSSS Trois-Rivières, visite d'agrément du 7 au 12 décembre 2014, rapport du 12 janvier 2015.

Interventions immédiates

Dès que l'événement a été porté à l'attention de la direction du CIUSSS MCQ, les différents acteurs de l'établissement concernés se sont mis en action. Le président-directeur général, de pair avec l'équipe de direction de l'hébergement et de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, a rencontré des résidents, des proches et des intervenants présents au Centre d'hébergement Cooke. Il s'est également assuré qu'une analyse interne soit effectuée tout en s'engageant à collaborer à l'enquête commandée par le ministre. Enfin, tous les résidents et leurs proches au Centre d'hébergement Cooke ont été joints par les gestionnaires pour les informer de la situation et répondre à leur préoccupation.

La méthodologie

La présente analyse porte sur l'amélioration continue de la qualité et de la prestation sécuritaire des soins et services. Malgré cela, si en cours d'analyse des questions disciplinaires ou de compétence individuelle étaient soulevées, les instances concernées en seraient informées. Dans ces cas, des processus d'analyse parallèle peuvent se produire.

Une analyse exhaustive des événements est la méthode choisie pour la présente analyse¹². On voudra donc :

- Comprendre ce qui est arrivé;
- Déterminer comment et pourquoi c'est arrivé;
- Quoi faire pour rendre les soins et services encore plus sécuritaires.

Pour ce faire, nous avons :

- Consulté de nombreux documents¹³;
- Obtenus des informations préliminaires à l'égard des événements;
- Proposé une démarche d'analyse;
- Obtenus le témoignage des intervenants et gestionnaires concernés du Centre d'hébergement Cooke, de même que des résidents et de leurs proches concernés;
- Obtenus des analyses complémentaires ou spécialisées, par exemple par la Direction des soins infirmiers;
- Examiné les dossiers des résidents concernés;
- Obtenus et étudiés les politiques, procédures ou autres documents en vigueur dans l'établissement;
- Consultés des spécialistes du domaine de l'hébergement de soins de longue durée, de la prévention des chutes, des mesures de contrôle, etc.;
- Analysés les faits recueillis en équipe interdisciplinaire et proposé des recommandations.

Dans un souci de transparence, le CIUSSS MCQ a décidé de rendre publique l'intégralité de son rapport et de son plan d'action, tout en assurant la confidentialité des informations reliées aux résidents, à leurs proches et aux intervenants.

¹² Voir Cadre canadien d'analyse des incidents, pages 38 et subséquentes, <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/toolsresources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework%20FR.PDF>.

¹³ Considérant que cette installation faisait partie intégrante de l'ancien CSSS de Trois-Rivières, ce sont les documents en vigueur de cet établissement qui ont été consultés.

Le Centre d'hébergement Cooke

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) est un établissement multivocationnel regroupant 13 organisations de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La population de la région est estimée à 510 000 personnes. Un peu plus de 14 000 personnes (équivalent temps complet) travaillent dans l'une des installations de la région.

En ce qui a trait aux CHSLD de la région, nous avons 27 centres d'hébergement publics pour 2 485 lits dressés.

Voici un aperçu des ratios heures/soins des centres d'hébergement de l'ancien CSSS de Trois-Rivières. Le MSSS exige, selon les ententes de gestion, un ratio de 3 heures/soins. La cartographie au soutien à l'autonomie de la personne âgée nous indique que l'ensemble des réseaux locaux de services sont à assurer ce minimum; nous obtenons une moyenne régionale du ratio de 3,32 heures/soins réel en 2014-2015. Pour le Centre d'hébergement Cooke, c'est un ratio de 3,07 heures/soins.

RATIO HEURES/SOINS À L'HÉBERGEMENT				
Périodes 1 et 2				
Du 1er avril au 30 mai 2015				
		Heures travaillées	Jours/présence	Ratio Hres/soins
Total 154 - Centre d'hébergement - Louis-Denoncourt		14 464	4510	3,21
Total 156 - Centre d'hébergement - Cloutier-du Rivage		32 419	10767	3,01
Total 158 - Centre d'hébergement - Cooke		37 167	12111	3,07
Total 160 - Centre d'hébergement - Saint-Joseph		11 649	3583	3,25
Total 162 - Centre d'hébergement - Roland-Leclerc		29 383	9591	3,06
	Total	125 082	40 562	3,08

Le Centre d'hébergement Cooke est une installation de type CHSLD du CIUSSS MCQ. Le nombre de lits au permis de cette installation est au nombre de 205. L'installation est située au 3450, rue Sainte-Marguerite à Trois-Rivières. Il y a

deux ailes, soit B et D. L'édifice a été construit en 1929 et agrandi à trois reprises¹⁴ : 1943, 1950 et 2012¹⁵.

Le Centre d'hébergement Cooke est situé sur un vaste terrain boisé. Sur le même terrain, le Centre d'hébergement Roland-Leclerc, construit en 2011, héberge 160 résidents. Aussi, le Centre de réadaptation en déficience physique InterVal occupe une partie du terrain (service des aides techniques) et offre des soins et services cliniques dans l'édifice Cooke (services internes et externes de réadaptation en déficience physique – Sainte-Marguerite).

L'événement s'est déroulé à l'unité B2. Un plan de l'unité est disponible à l'annexe 1. Nous ne disposons pas de mesures exactes de l'unité, mais la longueur du corridor de l'entrée à la fin de la nouvelle aile a été estimée à 95 mètres. De plus, on estime à 16 mètres la distance pour se rendre à l'aile prothétique à partir du poste de garde. Sur cette unité, nous comptons 39 résidents hébergés, soit 7 résidents sur l'aile prothétique et 32 autres résidents répartis sur le reste de l'unité.

La clientèle du Centre d'hébergement Cooke est âgée de plus de 65 ans majoritairement. Ce sont des résidents ayant une perte d'autonomie importante dont le profil ISO-SMAF est majoritairement au-dessus de 10.

¹⁴ <http://www.patrimoine-culturel.gouv.qc.ca/rpcq/detail.do?methode=consulter&id=174409&type=bien#.VbGPe3C1Zjo> (consulté le 23 juillet 2015).

¹⁵ <http://www.lapresse.ca/le-nouvelliste/actualites/sante/201206/19/01-4536318-des-nouvelles-chambres-plus-spacieuses-a-la-residence-cooke.php> (consulté le 23 juillet 2015).

Présentation des faits

Les faits ont été recueillis de diverses façons :

- Vidéo disponible sur Internet;
- Notes aux dossiers des résidents;
- Observations directes sur l'unité;
- Témoignages des résidents ou de leur représentant;
- Témoignages des intervenants impliqués;
- Témoignages de professionnels;
- Témoignages des gestionnaires;
- Rapport complémentaire de la Direction des soins infirmiers.

L'annexe 2 présente le diagramme de causes à effets.

A) Environnement physique

L'unité B2 se retrouve au deuxième étage de l'édifice. L'unité est constituée de trois sections, la « régulière », l'îlot prothétique ainsi que la nouvelle section (agrandissement). Il y a 39 résidents, soit 7 résidents hébergés à l'îlot prothétique et 32 résidents dans les deux autres sections. Bien que l'unité semble longue, elle n'est pas très différente des autres unités de type CHSLD. Nous avons estimé la longueur des corridors. Au plus long, le corridor mesure environ 40 mètres. Le poste se retrouve à environ la moitié de cette distance. Le corridor de la nouvelle section mesure environ 26 mètres. Du poste infirmier jusqu'à l'îlot prothétique, la mesure est d'environ 16 mètres. L'îlot prothétique n'est pas très grand.

Les événements se sont déroulés principalement dans les locaux suivants : chambre 251, chambre 257, local 238 (salle à manger) et chambre 259. Ces chambres se situent dans la même section de l'unité et sont assez rapprochées.

Nous avons aussi constaté que les portes des chambres d'une partie de l'unité s'ouvrent vers le corridor plutôt que vers l'intérieur des chambres, dont les chambres 257 et 259.

B) Équipements

Sur l'unité B2, il y avait 15 résidents qui avaient un moniteur de mouvement au lit, au fauteuil ou aux deux endroits. Il n'existe pas de registre sur le nombre de déclenchements. Selon les témoignages, les déclenchements sont nombreux. Le nombre de déclenchements est donc proportionnel au nombre de moniteurs installés. Les intervenants sont alors appelés à répondre à ces signaux en plus de répondre aux cloches d'appels.

C) Ressources humaines

Au moment des événements, quatre intervenants de l'unité étaient absents pour leur temps de repas à l'unité B2, soit deux préposés aux bénéficiaires, une infirmière auxiliaire et une infirmière. La relève infirmière était assurée par une infirmière d'une autre unité en cas d'urgence (aile D). C'est l'infirmier de l'unité B1 qui a finalement évalué le résident 2 trouvé au sol sur l'unité B2. L'infirmière auxiliaire en présence sur l'unité B2 a dit avoir trouvé seulement le numéro pour joindre l'infirmière qui était à son temps de repas et non celui de l'infirmière qui assurait la relève. De plus, à l'aile prothétique, il y avait une préposée aux bénéficiaires d'une autre unité venue remplacer sa collègue pendant son temps de repas. Alors, il y avait trois intervenants sur l'unité B2 et chacune de ces personnes prodiguait des soins à des résidents au moment de l'événement.

Durant le quart de travail de soir (15 h à 23 h), sur l'unité B2, la structure de travail est la suivante : trois préposés aux bénéficiaires, deux infirmières auxiliaires et une infirmière. Cette dernière œuvre sur les unités B2 et D2. Pour les cinq unités du Centre d'hébergement Cooke, il y a trois infirmières. Deux infirmières s'occupent de deux unités chacune et l'autre infirmier a la responsabilité des résidents d'une unité (B1) et effectue des tâches de supervision supplémentaire en l'absence de la coordonnatrice de soir. La structure de personnel était complète le soir des événements, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas d'absence d'intervenant.

Les gestionnaires nous ont présenté un tableau des ratios de personnel selon le titre d'emploi et selon deux évaluations (Philippe Voyer et le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, voir annexe 3). Ce tableau est la base d'information utilisée pour déterminer le nombre d'intervenants requis. Le soir des événements, il y avait un ratio d'une préposée aux bénéficiaires pour 13 résidents et d'une infirmière auxiliaire pour 19,5 résidents. En ce qui a trait aux infirmières, elles s'entraident et se remplacent, notamment lors des temps de repas. Selon les gestionnaires et l'analyse des évaluations présentées, les ratios sont respectés durant le quart de soir lors de l'événement du 14 juillet 2015. Nous reviendrons sur la notion du temps de repas à la section portant sur l'organisation du travail.

Le tableau des ratios de personnel suggéré ne tient pas compte du besoin spécifique des résidents. C'est alors que les gestionnaires ont recours aussi dans leurs évaluations à la « grille d'heures/soins corrélée avec les profils ISO-SMAF » (voir annexe 4). En analysant les besoins des résidents en fonction de leur profil (médiane de 122,06 heures/soins) et en comparant les ressources disponibles (123,75 heures/soins sur semaine et 122,25 heures/soins la fin de semaine), l'allocation des ressources pour une période de 24 heures a été respectée. Cependant, tel que présenté dans la partie *Ressources humaines* (page 31) de la section *Analyse et recommandations*, la modulation du nombre

d'intervenants ayant quitté l'unité pour leur temps de repas aurait pu contribuer à un temps de réponse plus rapide.

En terminant, le personnel en place était expérimenté. L'ancienneté du personnel varie d'un an et demi à près de 23 ans.

D) Les résidents concernés

En résumé, les résidents concernés ont été évalués pour des risques de chute, comme c'est le cas pour l'ensemble des résidents au moment de leur admission. Ces résidents ont été admis entre mars et juin 2015. Un des deux résidents concernés avait des mesures alternatives à son dossier, soit des moniteurs de mouvement au lit et au fauteuil. Il avait fait plusieurs précédentes chutes sans conséquence.

Pour l'autre résident concerné, plusieurs chutes avaient été observées. Ce résident avait l'habitude de se coucher au sol volontairement, ce qui obligeait l'établissement à procéder à des analyses postchute.

Les plans d'intervention des deux résidents concernés avaient été négociés et entérinés par les deux familles.

E) Temps de réponse

Nous avons analysé en détail les moments clés de l'événement survenu le 14 juillet 2015, entre 18 h et 19 h 45. Nous avons ainsi reconstitué les événements selon l'analyse des notes aux dossiers des résidents concernés, la vidéo que la visiteuse a réalisée et les différents témoignages obtenus lors de cette analyse. Il est impossible de déterminer avec précision le moment exact des chutes ou encore le temps que les résidents sont demeurés au sol. De fait, le seul élément objectif pouvant nous permettre d'évaluer approximativement cette durée repose sur la vidéo de la visiteuse dont la durée totale est de 2 minutes 41 secondes. Pour le reste, ce sont des estimations selon les témoignages et les notes aux dossiers. Ainsi, le temps de réponse peut être estimé selon trois interprétations : celle de la visiteuse, celle des résidents concernés ainsi que celle des intervenants.

Estimation du temps de réponse selon le témoignage de la visiteuse

Si l'on se fie à la vidéo, le temps de réponse représente le temps entre le moment où la visiteuse constate la présence des résidents au sol et le moment où elle trouve un intervenant pour venir en aide aux deux résidents. Ainsi, ce temps de réponse est assurément de 2 minutes 11 secondes. Cependant, après avoir discuté avec la visiteuse, nous comprenons que le temps de réponse pourrait être un peu plus long. De fait, en notant les différents moments depuis son arrivée sur l'unité, le temps qu'elle va voir sa mère, qu'elle s'aperçoit qu'il y a deux résidents au sol, qu'elle effectue

une première recherche pour trouver des intervenants et qu'elle filme, il pourrait s'être écoulé environ 6 à 7 minutes.

Estimation du temps de réponse selon les résidents concernés

Pour les résidents, le temps de réponse est celui où ils nécessitent de l'aide et qu'ils reçoivent cette aide. Ce temps de réponse est le plus difficile à déterminer. En colligeant toutes les informations, nous estimons l'intervalle de temps maximum que le résident 1 aurait pu demeurer au sol entre 6-7 minutes et 30 minutes; le maximum de l'intervalle correspond au moment où la dernière personne a été en contact avec le résident 1. Quant au résident 2, nous estimons l'intervalle de temps entre 6-7 minutes et 15 minutes; le maximum de l'intervalle correspond au moment où son proche a quitté sa chambre.

Estimation du temps de réponse selon les intervenants concernés

Le temps de réponse est la période entre le moment où l'événement est porté à l'attention des intervenants et l'intervention. Selon les notes aux dossiers et les témoignages, le préposé aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire sont intervenus immédiatement en prenant conscience du bruit déclenché par l'alarme du moniteur de mobilité et de la rencontre avec la visiteuse. Ceux-ci sortaient de la chambre 257. Ainsi, ils ont répondu sans délai. Le préposé aux bénéficiaires s'est rendu au chevet du résident 1 et l'infirmière auxiliaire au chevet du résident 2. L'infirmière responsable de faire une évaluation clinique s'est rendue au chevet du résident 2 immédiatement après avoir reçu l'appel téléphonique de l'infirmière auxiliaire, et ce, en moins de 5 minutes.

F) Traitement de l'insatisfaction

La visiteuse nous a affirmé qu'elle souhaitait rejoindre tout d'abord le gestionnaire du secteur au moment où l'événement s'est produit pour lui signifier la problématique et lui montrer la vidéo. Elle disait entre autres qu'elle l'avait déjà rencontré auparavant. Or, le gestionnaire du secteur était en vacances et elle ne savait pas à qui se référer. Elle affirme qu'elle n'aurait pas eu recours aux médias si elle avait pu en parler au gestionnaire. Les gestionnaires du centre d'hébergement rencontrés indiquent qu'ils n'étaient pas en vacances au même moment et qu'ils se remplaçaient mutuellement. Nos observations démontrent qu'il y a la présence d'un calendrier sur la porte des gestionnaires. Au moment de notre visite, le calendrier du gestionnaire du secteur indiquait sa période de vacances. Par contre, il n'était pas indiqué où se référer pour parler à un gestionnaire en son absence. Par ailleurs, le personnel sait à qui se référer en cas d'absence d'un des deux gestionnaires.

Aussi, la pochette d'accueil remise aux résidents et à leurs proches contient de nombreuses informations notamment en ce qui concerne les coordonnées des gestionnaires du centre d'hébergement, du comité des résidents, du comité des usagers et de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Il existe donc plusieurs moyens pour communiquer avec une personne en responsabilité.

Il faut aussi noter que la coordonnatrice aux activités du quart de soir était absente. L'infirmier assistant au supérieur immédiat (ASI) assurait ainsi une autorité.

La visiteuse nous dit qu'elle est partie du centre d'hébergement sans avoir parlé à personne. Elle a contacté le média régional trois jours plus tard suite à une discussion avec une collègue de travail.

G) Méthodes et pratiques

Résident 1

Une grille de dépistage des facteurs de risque de chute est au dossier. L'évaluation du risque de chute a été réalisée le 1^{er} avril 2015 par l'infirmière.

Une équipe interdisciplinaire est aussi intervenue pour évaluer le risque de chute et les mesures alternatives adaptées à la condition du résident 1. Une demi-porte a été installée pour éviter l'errance. Aucune mesure de contrôle n'est utilisée, conforme aux souhaits du répondant.

Une déclaration d'incident et d'accident a été rédigée dans le logiciel *Sicheld*. Une divulgation a aussi été réalisée, et ce, même s'il n'y a pas eu de conséquence sur l'état de santé du résident ou son bien-être.

Résident 2

Lors de son admission, une évaluation de dépistage des facteurs de risque de chute a été réalisée.

Aucune information n'est disponible au plan thérapeutique infirmier (PTI).

Des mesures alternatives ont été mises en place notamment pour la surveillance et la prévention des chutes considérant le risque modéré (moniteur de mouvement au lit et au fauteuil, demi-ridelle extensible au lit). Une grille de surveillance des mesures alternatives a été utilisée.

Après avoir constaté que deux résidents étaient au sol, l'infirmière auxiliaire a joint l'infirmière. Cette dernière a joint sa collègue infirmière, car elle était à son temps de repas.

Une déclaration d'incident et d'accident a été rédigée. Une divulgation a aussi été réalisée.

Analyse et recommandations

Cette section reprendra les éléments importants des faits rapportés. Un groupe interdisciplinaire a contribué à la préparation de cette section. Ce groupe inclut les titres d'emplois suivants : préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire, infirmière, thérapeute en réadaptation, ergothérapeute, résident, membre de famille d'un résident, conseillère-cadre en soins infirmiers et gestionnaire. Aussi, avec le directeur des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, nous avons rencontré trois syndicats (SIIIACQ, FTQ et APTS) de l'ancien CSSS de Trois-Rivières.

A) Environnement physique

Porte fermée et rideau

L'unité de vie B2 est assez vaste, mais pas très différente d'autres unités. D'ailleurs, les unités de vie comptant uniquement des chambres privées sont plus grandes que celle où les événements se sont déroulés.

La présente analyse de l'environnement physique a pour objectif d'identifier s'il avait pu être possible de répondre plus rapidement au besoin d'assistance des résidents. De fait, les témoignages obtenus indiquent que les moniteurs de mobilité sonnaient à la chambre du résident 2 (n° 259) et que la visiteuse réclamait de l'aide sans que les intervenants entendent cet appel. Nos observations permettent de faire la lumière sur certaines causes contributives aux événements. D'une part, le préposé aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire étaient dans la chambre 257 (chambre « double ») et les deux résidents trouvés au sol étaient respectivement dans les chambres 251 (entrée de l'unité) et 259 (près du poste de garde). Ces chambres sont relativement près les unes des autres. Elles se situent dans la même section. Le proche de la visiteuse était installé dans la salle à manger, local 258, situé en face du poste de garde. Il devrait donc être possible d'entendre l'appel à l'aide de la visiteuse ou même le signal sonore déclenché par les deux moniteurs installés à la chambre du résident 2. Or, la porte de la chambre 257 où étaient le préposé aux bénéficiaires et l'infirmière auxiliaire était fermée complètement. Nos constats démontrent une bonne étanchéité à l'égard du bruit à l'intérieur de cette chambre lorsque la porte est complètement fermée.

Il nous a été expliqué par des intervenants et des gestionnaires que la règle habituelle consiste à garder la porte ouverte lorsque des soins sont prodigués à un résident, en fermant le rideau. Cette règle appliquée à tous les résidents est remise en question par certains intervenants. De fait, sur cette unité et pour la chambre 257, deux problématiques existent.

La première est qu'il est impossible de fermer complètement le rideau devant la porte. Il est donc possible de voir un des deux résidents si des soins sont prodigués, sans oublier que le rideau près de la porte n'est pas installé.

La deuxième problématique constatée est que les portes du côté de la chambre 257 ouvrent vers le corridor et non vers l'intérieur des chambres, ce qui vient encombrer les corridors. Alors, des membres du personnel ont affirmé qu'ils auraient pu fermer la porte à moitié pour leur permettre d'entendre les bruits ambiants et d'assurer en bonne partie la dignité des résidents.

La question de fermer la porte ou d'utiliser le rideau mérite d'être discutée pour en venir à un consensus avec l'équipe. Dans les circonstances de ces événements, la porte de la chambre 257 aurait pu rester ouverte et le personnel aurait pu tenter d'utiliser le rideau près du résident. Bien que cela n'aurait pas eu pour effet d'éviter les présumées chutes, les intervenants auraient pu entendre le déclenchement du signal sonore du moniteur de mouvement de la chambre du résident 2 ainsi que l'appel à l'aide de la visiteuse. Le temps de réponse aurait probablement été réduit. Comme nous l'avons vu précédemment, à la section des ressources humaines, il y avait deux membres intervenants dans cette section au moment des événements.

Autres constats

Voici d'autres constats que nous avons remarqués dans le cadre de nos observations ou à partir de commentaires lors des échanges. L'objectif est d'en informer l'équipe, et ce, même s'ils n'ont pas nécessairement de lien direct avec les événements.

Il faut noter que l'aile prothétique est fermée par deux portes. C'est comme une unité à l'intérieur d'une unité (voir photo).



Il a été dénoncé le fait que cette section soit fermée. Cela a un impact sur la disponibilité des intervenants. Ainsi, ce que nous retenons est que cet isolement ne permet pas une collaboration entière entre les intervenants qui s'y trouvent. Nous avons pu constater certains moyens de communication existants, par exemple des téléphones de type « Mike » qui permettent de joindre un autre intervenant au besoin.

Une autre constatation est qu'il est impossible d'entendre un son provenant de l'autre bout de l'unité lorsque nous sommes à l'autre extrémité. L'équipe en place se sépare naturellement l'unité en deux sections, ce qui évite d'avoir la surveillance d'un bout à l'autre. Par contre, si la situation se présente où une seule personne assure la surveillance, il faut trouver des moyens pour entendre les besoins d'assistance (tournées intentionnelles, par exemple).

En terminant, nos observations ont permis de constater l'encombrement des corridors. De nombreux chariots longent le corridor. Ils ont été installés sur le même côté du mur, mais cet encombrement pourrait nuire à la sécurité des résidents et des intervenants (sécurité incendie notamment).

Ainsi, le principal élément ayant contribué aux événements du 14 juillet 2015 est la porte fermée et l'absence de rideau à la chambre 257. Un projet avait d'ailleurs été évalué à ce sujet, mais il n'a pas fait l'objet pour l'instant d'une mise en priorité, selon les informations reçues.

RECOMMANDATIONS

A1 - Vérifier la présence de rideaux devant les portes de chambre des résidents et installer les rideaux manquants. Au besoin, avoir recours à d'autres moyens pour assurer l'intimité et la dignité des résidents pour éviter de fermer les portes sur les quarts de travail de soir et de nuit, et ce, dans le respect du choix du résident.

A2 - S'assurer que le projet déjà initié de modification des portes de chambre des résidents (ouverture vers l'intérieur) fasse l'objet d'une mise en priorité par la direction.

A3 - Réduire l'encombrement du corridor de l'unité B2.

B) Équipements

Les différents témoignages obtenus des intervenants indiquent qu'il y a assez d'équipement pour répondre aux besoins des résidents. La seule recommandation récurrente est le manque de leviers sur rails dans les

chambres. Même si cet élément n'a pas influencé les événements du 14 juillet 2015, ce type d'équipement peut améliorer la sécurité.

Par ailleurs, il y a eu des discussions à plusieurs reprises à propos des moniteurs de mouvement, communément appelé *TABS*. En fait, les discussions portaient sur le fait qu'il y a régulièrement un moniteur qui déclenche une alarme, indiquant ainsi le mouvement d'un résident. Le personnel doit répondre le plus rapidement possible à cette alarme. Ce type d'équipement est une mesure alternative aux mesures de contrôle. Tous les professionnels rencontrés sont d'accord sur leur utilisation. L'envers de la médaille est qu'il y a de nombreuses alarmes qui sonnent durant un quart de travail. L'efficacité de ce système repose donc sur l'hypothèse que le personnel arrivera assez rapidement pour aider la personne à se lever de manière sécuritaire de son lit¹⁶. Or, il n'existe pas de données pour valider cette hypothèse. Le personnel indique que l'on n'évitera pas toujours la chute, mais cela permettra de se rendre au chevet plus rapidement. Par ailleurs, les intervenants mentionnent spontanément que des chutes ont été évitées grâce à ces dispositifs.

Nos discussions nous ont permis de comprendre qu'il serait possible de retirer quelques moniteurs (estimation préliminaire de 3 à 4), mais les familles désirent souvent conserver les moniteurs pour plus de protection. C'est sans doute un sujet intéressant à débattre considérant notamment qu'il a été jugé du manque de preuves disponibles quant à l'efficacité et à l'innocuité de ces aides technologiques à la surveillance¹⁷. L'objectif est donc d'utiliser ces outils de surveillance de façon optimale et sécuritaire.

En terminant, il est clair que la visiteuse cherchait les intervenants, mais elle ne savait pas où ils se trouvaient. De façon préliminaire, il était discuté d'utiliser le bouton d'appel au poste. Le personnel utilise rarement ce bouton pour se joindre entre eux (un coup pour l'infirmière, deux pour l'infirmière auxiliaire et trois pour le préposé aux bénéficiaires). Si ce bouton n'est plus utilisé pour le personnel, il pourrait être utile pour les résidents ou leurs proches en cas d'urgence seulement. Par contre, il n'était pas certain que la sonnerie soit entendue partout sur l'unité, surtout dans la nouvelle section de l'aile B. Aussi, d'autres outils de communication pourraient être utilisés à certains moments d'un quart de travail, par exemple lors du repas du personnel.

¹⁶ CHUQ, Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Rapport d'évaluation 07-12, août 2012, 66 pages, http://www.chuq.qc.ca/NR/rdonlyres/D46DBDBD-5E61-4DCF-9C42-F64FE858A2FB/0/Altern_surveil_RAP_07_12VF_2.pdf (consulté le 23 juillet 2015).

¹⁷ CHUQ, Les alarmes de lit permettent-elles de prévenir les chutes chez les patients hospitalisés?, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Rapport de veille scientifique 09-12, 2 pages, http://www.chuq.qc.ca/NR/rdonlyres/322BF710-9B52-4E22-A6EB-D884E07F3470/0/RVS_alarmedelit_VF.pdf (consulté le 23 juillet 2015).

Bref, il est possible, voire souhaitable, de demander la contribution des proches, visiteurs et bénévoles à la sécurité. Il s'agit d'ailleurs d'une pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada qui traite du « rôle des usagers et des familles en ce qui concerne la sécurité ».

RECOMMANDATIONS

B1 - Faire un rappel aux intervenants d'utiliser la « lumière de présence » afin de signaler leur présence dans une chambre de résident.

B2 - Évaluer la possibilité d'utiliser le bouton d'appel situé au poste de garde pour que les résidents, leurs proches ou les bénévoles puissent l'utiliser pour obtenir de l'aide dans des situations urgentes.

B3 - Évaluer d'autres moyens de communication visuels au poste de garde pour permettre aux résidents, à leurs proches et aux bénévoles de trouver de l'aide rapidement.

B4 - Informer verbalement et par écrit les résidents, leurs proches et les bénévoles de leur rôle en matière de sécurité, notamment sur les moyens disponibles pour obtenir de l'aide.

B5 - Revoir les pratiques professionnelles à l'égard des technologies d'aide à la surveillance (exemple : moniteur de mouvement) comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement pour s'assurer qu'ils sont conformes aux bonnes et meilleures pratiques.

C) Ressources humaines

À partir des faits recueillis, l'analyse à l'égard des ressources humaines portera principalement sur le temps de repas, le ratio du personnel ainsi que la mobilisation et la culture de sécurité. Tel que présenté à la page 22, l'analyse des données nous indique que l'allocation des ressources pour une période de 24 heures a été respectée. Toutefois, la modulation du nombre d'intervenants ayant quitté l'unité pour leur temps de repas aurait pu contribuer à un temps de réponse plus rapide.

En recueillant les faits, nous avons constaté qu'il y avait trois intervenants sur l'unité durant la période couvrant l'événement rapporté. Sur cette unité, six intervenants sont habituellement présents durant le quart de soir. Sur ces six intervenants, quatre étaient à leur temps de repas, donc à l'extérieur de l'unité. Un préposé aux bénéficiaires d'une autre unité est venu remplacer sa collègue à l'îlot prothétique durant son temps de repas.

L'organisation du temps de repas des intervenants est complexe dans un contexte où il faut concilier l'ensemble des besoins des résidents (aide à l'alimentation, distribution de la médication, hygiène, coucher, etc.), d'autant plus que tout le personnel doit être présent au temps de repas des résidents. Plusieurs scénarios ont été expérimentés pour assurer cet équilibre. Les gestionnaires affirment vouloir évaluer la situation à nouveau à la lumière des informations obtenues dans le cadre de cette analyse.

En rétrospective nous ne pouvons pas prédire si le temps de réponse aux résidents aurait pu être différent si un ou plus d'intervenants était présent. Il serait sans doute trop facile de prétendre qu'un intervenant de plus lors des événements aurait réduit ce temps de réponse. Cet intervenant « supplémentaire » aurait été probablement dans une autre chambre à prodiguer des soins. Bref, l'analyse objective de cet élément ne permet pas de conclusion à cet effet.

Le ratio du personnel

Le ratio du personnel par rapport au nombre de résidents hébergés a été soulevé. Le besoin d'augmenter le nombre d'employés a été entendu lors de certains témoignages.

De fait, certains intervenants rencontrés proposent d'augmenter le personnel de l'unité. Ils ont besoin de « bras », affirment-ils. Les intervenants expliquent que la clientèle nécessite de plus en plus de soins et qu'il est difficile de répondre aux demandes rapidement. Par ailleurs, la visiteuse se demandait à voix haute dans sa vidéo s'il y avait des intervenants sur l'unité lors des événements, croyant qu'ils étaient tous absents. Or, ce n'était pas le cas. Les médias soulevaient aussi la question du ratio de personnel sur l'unité. Enfin, les syndicats rencontrés exigent de leur part d'augmenter le nombre d'intervenants.

En fait, les gestionnaires du Centre d'hébergement Cooke utilisent les ratios proposés par Philippe Voyer et le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (voir annexe 3). Selon ces données, les ratios existants au moment des événements sont conformes aux ratios proposés. Aussi, selon la perspective de la grille d'heures/soins requis comparativement aux heures/soins disponibles, les ratios sont respectés en fonction des profils ISO-SMAF des résidents (voir annexe 4). Il faut noter tout de même que les balises utilisées ne sont pas parfaites. Il existe des biais, mais ce sont les outils disponibles pour les gestionnaires.

Pour cette question, il sera évalué entre autres si le nombre d'intervenants était suffisant dans les circonstances en se basant sur des données probantes, lorsqu'elles existent. Aussi, nous analyserons l'expérience des intervenants présents et leur formation. Enfin, nous prendrons en considération d'autres informations, par exemple la mobilisation du personnel, le contexte de pénurie, le cas échéant, etc.

La mobilisation du personnel et la culture de sécurité

Les différents témoignages obtenus font l'éloge d'un personnel dévoué envers les résidents. Une bonne relation semble présente avec les gestionnaires. En ce qui a trait aux résultats du sondage de mobilisation réalisé dans le cadre de la visite d'agrément, les indicateurs mesurés démontrent une mobilisation globale dans la moyenne des établissements comparables. En ce qui a trait au Centre d'hébergement Cooke, voici les résultats du sondage mobilisation :

	CSSS T-R	Cooke	Comparatif
Réalisation	77,50	75,97	77,76
Implication	77,03	78,44	73,99
Collaboration	78,01	77,80	77,60
Soutien	71,72	76,24	70,12
Communication	69,99	72,01	68,22
Sécurité et environnement de travail	68,72	70,40	ND

Lorsque les résultats du Centre d'hébergement Cooke sont comparés avec l'ensemble de l'ancien CSSS de Trois-Rivières, on peut constater une mobilisation légèrement supérieure ou semblable, sauf pour l'indicateur « réalisation ». Même si la mobilisation du personnel est un processus dynamique, les grandes tendances observées à la lumière de ces résultats ne démontrent pas une problématique à cet égard.

Par ailleurs, nous avons abordé la notion de culture de sécurité. Le sondage sur la culture de sécurité d'Agrément Canada donne aussi un éclairage positif. Ce sondage évalue de nombreux paramètres : priorité à l'égard de la sécurité, la déclaration des événements, la culture du blâme, etc. Un des éléments dont nous souhaitons connaître des intervenants rencontrés est la possibilité de parler des événements indésirables ou des erreurs, sans avoir de crainte de représailles. Habituellement, le plus difficile dans la mise en place d'une culture de sécurité, c'est que les intervenants ont peur d'en parler. Or, le sondage démontre au contraire que les intervenants sont assez confiants pour en parler. Aussi, des intervenants nous ont mentionné qu'ils n'avaient pas de crainte d'en parler.

En terminant, en ce qui a trait à la formation des intervenants, les gestionnaires indiquent qu'ils suivent assez bien le plan de formation. Il a été constaté tout de même qu'une infirmière n'ait pas eu la formation dite « longue » à l'égard de l'évaluation post chute (voir section Méthodes et pratiques). Cette formation est déjà prévue pour cette personne.

Ainsi, le principal élément du domaine des ressources humaines ayant contribué aux événements du 14 juillet 2015 est l'organisation du travail pendant le temps des repas.

RECOMMANDATION

C1 - Revoir la modulation du nombre d'intervenants qui quittent l'unité pour leur temps de repas de même que les plans de travail afin de rendre accessibles plus rapidement les intervenants aux résidents.

D) Les résidents concernés

INFORMATION CONFIDENTIELLE

E) Temps de réponse

Comme nous l'avons constaté, le temps de réponse est différent selon la perspective analysée. Quel est le temps de réponse adéquat pour porter secours à une personne? La notion du « plus tôt possible » est généralement la norme. La notion du « plus tôt possible » variera selon le contexte clinique, la nature du besoin d'assistance, le milieu dans lequel se produit l'événement, etc.

Les nombreux témoignages nous indiquent qu'il n'est pas toujours possible de répondre aux signaux sonores dès leur déclenchement. De fait, lors de leur déclenchement, les intervenants sont souvent occupés auprès d'un autre résident. Alors, ils doivent s'assurer de la sécurité du résident avant de se déplacer vers le résident dont le signal sonore est déclenché. Ainsi, un délai est toujours possible. Il n'existe pas de données pour connaître le temps de réponse de façon objective.

Par ailleurs, le temps pour obtenir de l'aide de la part d'un intervenant après une chute ou tout autre événement peut également varier. Au moment de l'analyse des faits, aucune donnée n'était disponible à ce sujet. Un des éléments pouvant faire varier le temps pour obtenir de l'aide est le moment prévu pour la tournée des résidents. Ceux-ci nécessitent soit une surveillance continue ou variable selon leurs conditions cliniques.

Une surveillance continue implique qu'un intervenant doit surveiller continuellement le résident pour une durée de temps déterminée (danger pour lui-même ou pour autrui, médication particulière, etc.). La surveillance variable se fait plutôt par intervalles de 15 minutes, 30 minutes, 60 minutes ou autre selon les besoins (mesure de contrôle, surveillance post médication, post chute, etc.). Ainsi, un résident pourrait faire une chute immédiatement après une tournée et recevoir l'aide au moment de la prochaine tournée. Ce scénario est peu probable puisque

du personnel circule sur l'unité, sans nécessairement être associé à une tournée officielle (répondre à une cloche, donner de la médication, etc.).

F) Traitement de l'insatisfaction

Malgré toutes les informations disponibles (pochette d'accueil, message sur la boîte vocale, etc.), le gestionnaire du secteur était en vacances et la visiteuse ne savait pas à qui s'adresser en son absence, nous dit-elle. Même si le personnel sait à qui se référer lors de l'absence d'un gestionnaire, force est de constater qu'elle n'a pas eu le réflexe de le demander. Étant donné que la visiteuse s'est présentée directement à la porte du gestionnaire, il pourrait être envisagé d'indiquer les coordonnées du gestionnaire qui assure la relève durant l'absence, d'autant plus que les bureaux des gestionnaires sont facilement accessibles (situés à l'entrée du centre d'hébergement).

RECOMMANDATION

F1 - S'assurer que les gestionnaires qui doivent s'absenter indiquent à qui les résidents, leurs proches, les intervenants et les bénévoles doivent se référer.

G) Méthodes et pratiques

À partir de l'analyse de la Direction des soins infirmiers et des témoignages, nous avons constaté l'absence de surveillance postchute du résident 1. Il a été déterminé que ce dernier avait glissé volontairement au sol. Cet événement doit tout de même être considéré comme une chute, car il n'est pas possible d'éliminer la chute en soi. Il n'y avait aucun témoin.

Aussi, nous avons constaté que le résident 1 avait été relevé par le préposé aux bénéficiaires sans évaluation préalable de l'infirmière. Il s'agit sans doute de la même évaluation, soit qu'il avait volontairement glissé au sol. Or, la pratique officielle est connue des gens rencontrés et ils indiquent qu'une évaluation de l'infirmière est nécessaire avant de relever un résident qui est victime d'une chute. Les autres intervenants doivent sécuriser le résident le temps que l'infirmière puisse venir faire l'évaluation.

En ce qui a trait au résident 2, les règles ont été suivies de façon générale, mais certains éléments sont manquants (signes vitaux manquants durant la nuit, PTI non ajusté).

La procédure de laisser la porte ouverte lors des soins et services prodigués aux résidents a été discutée. Cette procédure est connue des personnes rencontrées, mais elle semblait difficilement applicable pour des raisons expliquées à la section de l'environnement physique.

RECOMMANDATIONS

G1 - Faire un rappel aux intervenants du Centre d'hébergement Cooke de laisser la porte ouverte lorsqu'ils prodiguent des soins ou services aux résidents, tout en respectant le choix des résidents, en utilisant le rideau pour assurer l'intimité.

G2 - Faire un rappel aux intervenants sur les pratiques cliniques lors d'une chute et poursuivre la formation (ne pas lever avant une évaluation de l'infirmière, évaluation initiale, etc.).

G3 - Rappeler au personnel infirmier les pratiques cliniques à l'égard du plan thérapeutique infirmier liées à la prévention des chutes et lorsqu'il survient une chute.

Conclusion

La présente analyse a été possible grâce à la collaboration des intervenants, des résidents et leurs proches et de certains représentants des directions concernées.

En résumé, l'événement analysé portait sur l'absence de réponse à la recherche d'aide après avoir trouvé deux résidents au sol. Les chutes vécues par les deux résidents n'ont pas eu de conséquences ou très peu sur leur santé. Le but visé de cette analyse était donc de bien comprendre l'événement qui s'est produit et d'émettre des recommandations afin de réduire la récurrence d'une telle situation.

Certaines recommandations ont un lien direct avec l'événement : porte fermée, présence des intervenants pendant leur temps de repas, absence de moyens ou moyens inconnus des visiteurs pour obtenir de l'aide du personnel.

D'autres recommandations sont proposées comme suite à l'analyse de l'ensemble des données obtenues : rappel sur certaines pratiques professionnelles à l'égard des chutes, réduire l'encombrement des corridors et s'assurer que nous sommes conformes aux meilleures pratiques à l'égard des moniteurs de mouvement.

De plus, en fonction des données probantes existantes, il serait intéressant d'initier une démarche de mesure d'allocation des ressources en fonction des 14 profils de nos résidents.

En terminant, il est important de mentionner que lorsque les gestionnaires qui ont joint les familles de résidents du Centre d'hébergement Cooke pour les informer de la situation après la médiatisation de l'événement, ces derniers leur ont signifié leur satisfaction des soins et services et l'entière confiance à l'égard du personnel. Aussi, lors de l'analyse, les deux représentants des résidents trouvés au sol nous ont mentionné être aussi très satisfaits des soins et services.

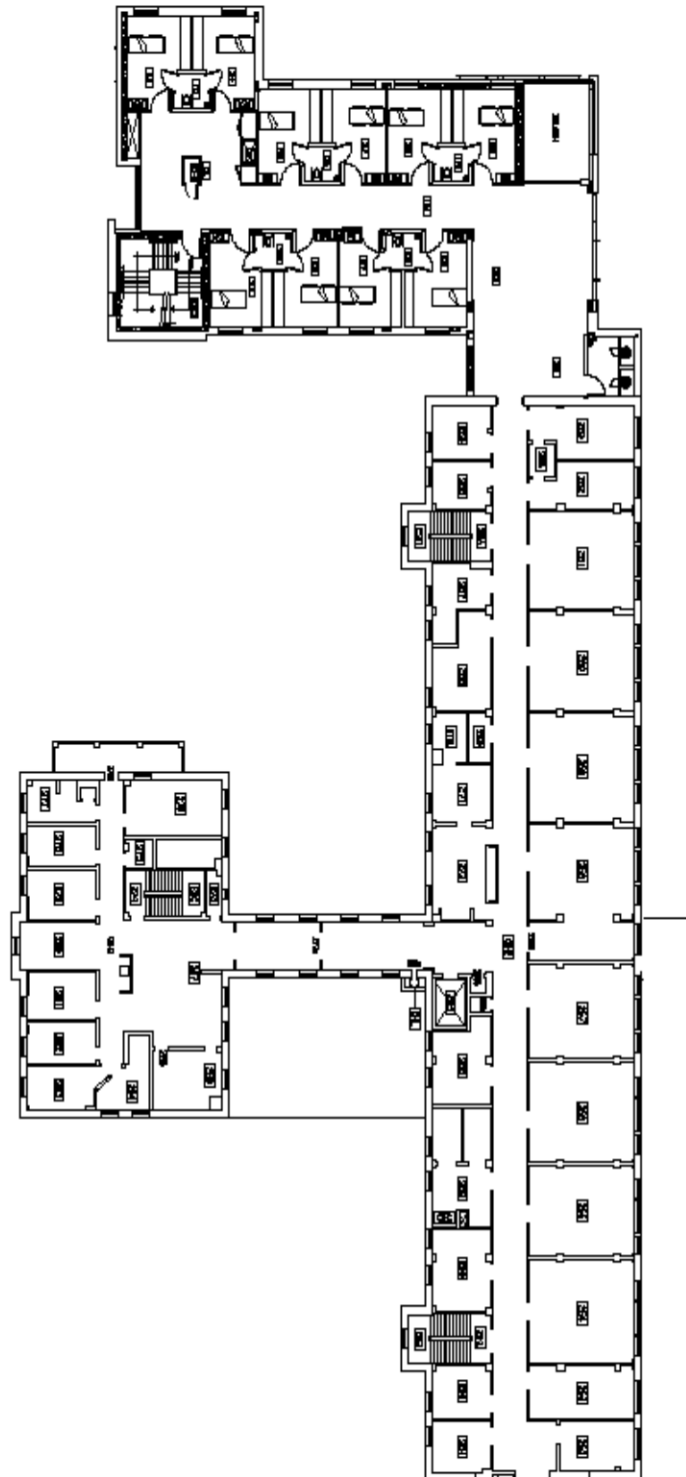
Par ailleurs, une proche d'un des deux résidents a manifesté son malaise de voir des images d'un membre de sa famille en situation de vulnérabilité. Des questions éthiques et légales ont été soulevées à l'égard de la vidéo. En dépit du moyen utilisé pour porter l'événement à l'attention de l'établissement, celui-ci est en accord avec l'objectif ayant motivé la visiteuse à filmer la scène : contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services.

Au-delà de sa volonté de constamment s'améliorer, les démarches menées par le CIUSSS MCQ sont motivées par son désir d'éviter qu'une situation similaire, qui est triste et regrettable, se reproduise. Ainsi l'établissement s'engage à mettre en place les actions découlant des recommandations du présent rapport.

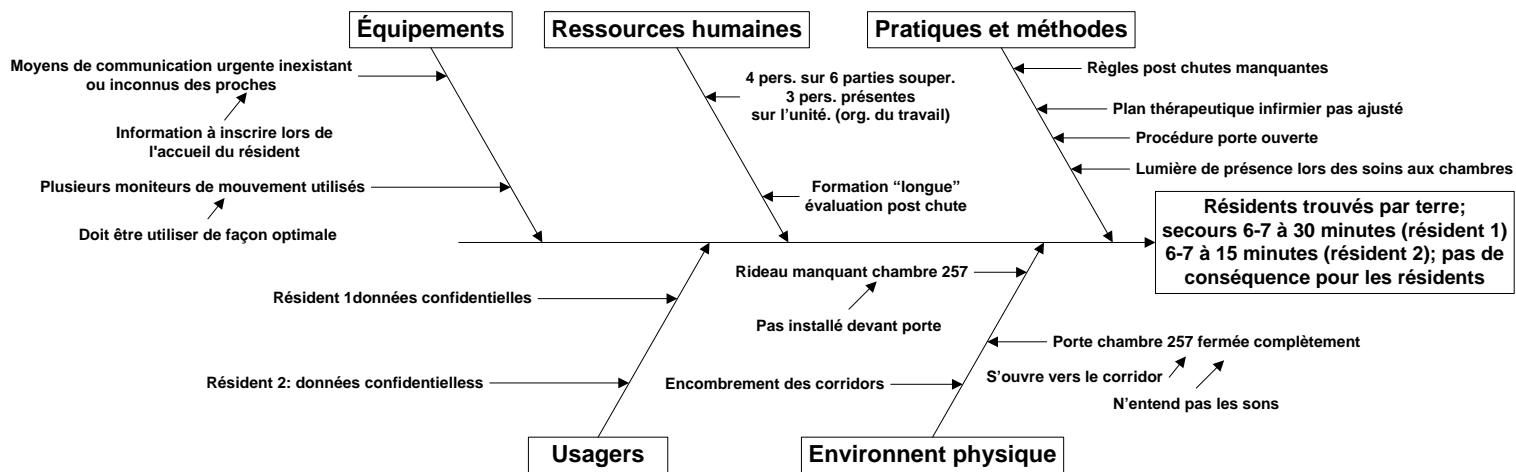
Liste des annexes

Annexe 1	Plan de l'unité.....	41
Annexe 2	Diagramme de causes à effets et analyse des événements.....	43
Annexe 3	Ratio de personnel selon le titre d'emploi.....	45
Annexe 4	Grille d'heures/soins corrélées avec les profils ISO-SMAF.....	47
Annexe 5	Liste des recommandations.....	53
Annexe 6	Plan d'action suite au rapport d'analyse.....	55

Annexe 1
Plan de l'unité B2



Annexe 2
Diagramme de causes à effets
 Analyse événements du 14 juillet 2015
 vendredi 7 août 2015



Annexe 3
Ratio de personnel selon le titre d'emploi

Titre d'emploi	Jour	Soir	Nuit
Préposée aux bénéficiaires			
Philippe Voyer	1 pour 6 à 7	1 pour 10 à 15	1 pour 32 à 50
Centre d'expertise santé de Sherbrooke	1 pour 6 à 7	1 pour 12 à 15	1 pour 30 à 50
Infirmière auxiliaire			
Philippe Voyer	1 pour 25 à 32	1 pour 32	1 pour 32 à 40
Centre d'expertise santé de Sherbrooke	1 pour 24 à 32	1 pour 24 à 32	1 pour 32 à 40
Infirmière			
Philippe Voyer	1 pour 25 à 32	1 pour 50 à 64	1 pour 75 à 96
Centre d'expertise santé de Sherbrooke	1 pour 24 à 36	1 pour 40 à 50	1 pour 70 à 90

Annexe 4

Grille d'heures/soins corrélées avec les profils ISO-SMAF
des 39 résidents de l'unité B2 du Centre d'hébergement Cooke (médiane)

Profil ISO-SMAF	Nb d'heures soins professionnelles et para professionnelles requises par 24 heures selon la médiane par profil	Nb de résidents présentant ce profil sur l'unité ¹⁸	Nb d'heures soins professionnelles et para professionnelles requises par 24 heures pour la totalité des résidents présentant ce profil	Nb d'heures soins professionnels et para professionnels disponibles par 24 heures selon la structure de poste sur l'unité sur semaine	Nb d'heures soins professionnels et para professionnels disponibles par 24 heures selon la structure de poste sur l'unité sur fin de semaine et fériés
14	4.05	2	8.1		
13	3.39	9	30.51		
12	3.05	13	39.65		
11	3.20	6	19.20		
10	2.64	3	8.04		
9	2.76	6	16.56		
Total		39	122.06	123.75	122.25
Moyenne d'heures/soins par 24 heures par résident			3.13	3.17	3.13

18 À noter que les profils ISO-SMAF de la clientèle de l'unité ont été mis à jour dans les douze derniers mois à l'exception de trois résidents dont les évaluations datent des mois de mai et décembre 2013.

Grille d'heures/soins corrélées avec les profils ISO-SMAF des 39 résidents de l'unité B2 du Centre d'hébergement Cooke (moyenne)

Profil ISO-SMAF	Nb d'heures soins professionnelles et para professionnelles requises par 24 heures selon la moyenne par profil	Nb de résidents présentant ce profil sur l'unité	Nb d'heures soins professionnelles et para professionnelles requises par 24 heures pour la totalité des résidents présentant ce profil	Nb d'heures soins professionnelles et para professionnelles disponibles par 24 heures selon la structure de poste sur l'unité sur semaine	Nb d'heures soins professionnelles et para professionnelles disponibles par 24 heures selon la structure de poste sur l'unité sur fin de semaine et fériés
14	4.07	2	8.14		
13	3.53	9	31.77		
12	3.08	13	40.04		
11	3.23	6	19.38		
10	2.62	3	7.86		
9	2.71	6	16.26		
Total		39	123.45	123.75	122.25
Moyenne d'heures/soins par 24 heures par résident			3.16	3.17	3.13

Tableau 2 : Grille des 29 fonctions du SMAF et des heures requises de soins infirmiers et d'assistance et services de soutien selon les 14 profils ISO-SMAF: *Catégorie 1: Atteinte aux activités de la vie domestique seulement*

	PROFIL ISO-SMAF 1					PROFIL ISO-SMAF 2					PROFIL ISO-SMAF 3				
	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3
AVQ	X					X					X				
A1. MANGER	X					X					X				
A2. SE LAVER	X					X						X			
A3. S'HABILLER	X					X					X				
A4. ENTRETIEN		X				X						X			
A5. FC VÉSICALE		X				X					X				
A6. FC INTESTINALE	X					X					X				
A7. TOILETTES	X					X					X				
MOBILITÉ	X					X					X				
B1. TRANSFERTS	X					X					X				
B2. MARCHER INT.	X					X					X				
B3. MARCHER EXT.		X				X					X				
B4. PROTHÈSE	X					X					X				
B5. FAUT. ROULANT	X					X					X				
B6. ESCALIERS		X				X					X				
COMMUNICATIONS	X					X					X				
C1. VOIR	X					X						X			
C2. ENTENDRE	X					X					X				
C3. PARLER	X					X					X				
FC MENTALES	X					X						X			
D1. MÉMOIRE		X					X					X			
D2. ORIENTATION	X					X					X				
D3. COMPRÉHENSION	X					X					X				
D4. JUGEMENT	X					X						X			
D5. COMPORTEMENT	X					X					X				
AVD		X						X						X	
E1. ENTRET. MAISON			X						X						X
E2. PRÉPARER REPAS		X							X						X
E3. FAIRE COURSES			X					X					X		
E4. FAIRE LESSIVE	X									X					X
E5. TÉLÉPHONE	X					X						X			
E6. TRANSPORT		X					X					X			
E7. MÉDICAMENTS	X					X									X
E8. BUDGET		X					X					X			
TOTAL SMAF	9,33 (3,58)					13,23 (4,19)					19,76 (3,58)				
	Moyenne		Médiane			Moyenne		Médiane			Moyenne		Médiane		
HEURES PROFESSIONNELLES	0,10 (0,14)		0,01 (0,15)			0,10 (0,02)		0,02 (0,15)			0,28 (0,22)		0,23 (0,26)		
HEURES PARAPRO-FESSIONNELLES	0,29 (0,14)		0,26 (0,05)			0,37 (0,20)		0,27 (0,17)			0,49 (0,21)		0,48 (0,40)		
HEURES TOTALES SOINS	0,39 (0,16)		0,39 (0,24)			0,47 (0,28)		0,39 (0,33)			0,77 (0,32)		0,76 (0,50)		
HEURES DE SOUTIEN	0,62 (0,58)		0,46 (0,72)			1,54 (0,58)		1,87 (0,78)			1,89 (0,24)		1,96 (0,16)		

Tableau 2 (suite): Grille des 29 fonctions du SMAF et des heures requises de soins infirmiers et d'assistance et services de soutien selon les 14 profils ISO-SMAF : Catégorie 2 : Atteinte motrice prédominante

	PROFIL ISO-SMAF 4					PROFIL ISO-SMAF 6					PROFIL ISO-SMAF 9				
	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3
AVQ	X						X								X
A1. MANGER	X						X						X		
A2. SE LAVER		X						X							X
A3. S'HABILLER	X						X								X
A4. ENTRETIEN		X						X							X
A5. FC VÉSICALE	X					X							X		
A6. FC INTESTINALE	X					X							X		
A7. TOILETTES	X					X									X
MOBILITÉ			X					X							X
B1. TRANSFERTS	X					X									X
B2. MARCHER INT.		X					X								X
B3. MARCHER EXT.			X					X							X
B4. PROTHÈSE	X					X					X				
B5. FAUT. ROULANT		X					X					X			
B6. ESCALIERS				X						X					X
COMMUNICATIONS		X					X					X			
C1. VOIR		X						X				X			
C2. ENTENDRE		X					X					X			
C3. PARLER	X					X						X			
FC MENTALES	X						X					X			
D1. MÉMOIRE		X						X				X			
D2. ORIENTATION	X						X					X			
D3. COMPRÉHENSION	X						X					X			
D4. JUGEMENT	X							X					X		
D5. COMPORTEMENT	X					X						X			
AVD				X						X					X
E1. ENTRET. MAISON				X						X					X
E2. PRÉPARER REPAS				X						X					X
E3. FAIRE COURSES				X						X					X
E4. FAIRE LESSIVE				X						X					X
E5. TÉLÉPHONE		X						X							X
E6. TRANSPORT			X					X							X
E7. MÉDICAMENTS		X								X					X
E8. BUDGET			X							X					X
TOTAL SMAF	23,68 (4,91)					32,04 (4,77)					48,16 (5,74)				
	Moyenne		Médiane			Moyenne		Médiane			Moyenne		Médiane		
HEURES PROFESSIONNELLES	0,18 (0,18)		0,15 (0,29)			0,32 (0,18)		0,31 (0,24)			0,52 (0,42)		0,43 (0,42)		
HEURES PARAPRO-FESSIONNELLES	0,60 (0,29)		0,57 (0,29)			0,92 (0,44)		0,68 (0,41)			2,18 (0,56)		2,29 (0,73)		
HEURES TOTALES SOINS	0,78 (0,37)		0,77 (0,45)			1,24 (0,52)		1,10 (0,53)			2,71 (0,72)		2,76 (0,82)		
HEURES DE SOUTIEN	1,73 (0,54)		2,03 (0,65)			2,05 (0,17)		2,03 (0,00)			2,10 (0,16)		2,07 (0,16)		

Tableau 2 (suite): Grille des 29 fonctions du SMAF et des heures requises de soins infirmiers et d'assistance et services de soutien selon les 14 profils ISO-SMAF: Catégorie 3 : Atteinte mentale prédominante

	PROFIL ISO-SMAF 5					PROFIL ISO-SMAF 7					PROFIL ISO-SMAF 8					PROFIL ISO-SMAF 10				
	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3
AVQ		X					X					X							X	
A1. MANGER	X						X					X						X		
A2. SE LAVER			X					X					X						X	
A3. S'HABILLER		X					X					X							X	
A4. ENTRETIEN			X					X					X						X	
A5. FC VÉSICALE		X					X					X						X		
A6. FC INTESTINALE		X					X				X					X				
A7. TOILETTES		X					X				X						X			
MOBILITÉ	X						X					X					X			
B1. TRANSFERTS	X						X				X					X				
B2. MARCHER INT.	X						X				X					X				
B3. MARCHER EXT.		X						X					X						X	
B4. PROTHÈSE	X						X				X				X					
B5. FAUT. ROULANT	X						X				X				X					
B6. ESCALIERS	X						X						X						X	
COMMUNICATIONS	X						X				X						X			
C1. VOIR		X					X				X					X				
C2. ENTENDRE	X						X				X					X				
C3. PARLER	X						X				X						X			
FC MENTALES			X					X					X						X	
D1. MÉMOIRE			X					X					X						X	
D2. ORIENTATION		X						X					X						X	
D3. COMPRÉHENSION		X						X				X							X	
D4. JUGEMENT				X					X					X						X
D5. COMPORTEMENT		X						X					X						X	
AVD					X				X					X						X
E1. ENTRET. MAISON				X					X				X							X
E2. PRÉPARER REPAS				X					X				X							X
E3. FAIRE COURSES				X					X				X							X
E4. FAIRE LESSIVE				X					X				X							X
E5. TÉLÉPHONE			X						X				X							X
E6. TRANSPORT		X						X					X						X	
E7. MÉDICAMENTS				X					X				X							X
E8. BUDGET				X					X				X							X
TOTAL SMAF	28, 54 (3,68)					39, 19 (4,18)					42, 24 (4,54)					53, 02 (4,34)				
	Moyenne	Médiane				Moyenne	Médiane				Moyenne	Médiane				Moyenne	Médiane			
HEURES PROFESSIONNELLES	0,33 (0,26)	0,29 (0,26)				0,40 (0,32)	0,33 (0,32)				0,42 (0,24)	0,38 (0,33)				0,50 (0,25)	0,48 (0,30)			
HEURES PARAPRO-FESSIONNELLES	0,71 (0,37)	0,67 (0,43)				1,16 (0,53)	1,08 (0,74)				1,33 (0,67)	1,24 (1,04)				2,12 (0,58)	2,29 (0,88)			
HEURES TOTALES SOINS	0,96 (0,50)	0,96 (0,50)				1,56 (0,63)	1,48 (0,85)				1,75 (0,74)	1,65 (1,05)				2,62 (0,67)	2,68 (0,83)			
HEURES DE SOUTIEN	2,02 (0,13)	2,03 (0,00)				2,05 (0,07)	2,03 (0,00)				2,07 (0,08)	2,03 (0,16)				2,08 (0,78)	2,03 (0,16)			

Tableau 2 (suite): Grille des 29 fonctions du SMAF et des heures requises de soins infirmiers et d'assistance et services de soutien selon les 14 profils ISO-SMAF: Catégories 4 et 5 : Atteinte mixte motrice et mentale

	PROFIL ISO-SMAF 11					PROFIL ISO-SMAF 12					PROFIL ISO-SMAF 13					PROFIL ISO-SMAF 14				
	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3	0	0,5	1	2	3
AVQ				X						X					X					X
A1. MANGER			X					X						X						X
A2. SE LAVER					X				X						X					X
A3. S'HABILLER					X				X						X					X
A4. ENTRETIEN					X				X						X					X
A5. FC VÉSICALE			X							X					X					X
A6. FC INTESTINALE		X								X					X					X
A7. TOILETTES				X					X						X					X
MOBILITÉ				X					X					X						X
B1. TRANSFERTS				X				X							X					X
B2. MARCHER INT.				X				X							X					X
B3. MARCHER EXT.					X				X						X					X
B4. PROTHÈSE	X					X					X					X				
B5. FAUT. ROULANT				X			X							X						X
B6. ESCALIERS					X				X						X					X
COMMUNICATIONS			X					X				X								X
C1. VOIR			X					X					X						X	
C2. ENTENDRE			X					X				X							X	
C3. PARLER			X					X				X								X
FC MENTALES				X					X					X						X
D1. MÉMOIRE				X					X					X						X
D2. ORIENTATION				X					X					X						X
D3. COMPRÉHENSION				X					X					X						X
D4. JUGEMENT					X					X					X					X
D5. COMPORTEMENT			X						X				X						X	
AVD					X					X					X					X
E1. ENTRET. MAISON				X					X						X					X
E2. PRÉPARER REPAS				X					X						X					X
E3. FAIRE COURSES				X					X						X					X
E4. FAIRE LESSIVE				X					X						X					X
E5. TÉLÉPHONE				X					X						X					X
E6. TRANSPORT				X					X						X					X
E7. MÉDICAMENTS				X					X						X					X
E8. BUDGET				X					X						X					X
TOTAL SMAF	58,46 (5,29)					58,71 (5,93)					64,99 (4,49)					73,78 (3,61)				
	<i>Moyenne</i>		<i>Médiane</i>			<i>Moyenne</i>		<i>Médiane</i>			<i>Moyenne</i>		<i>Médiane</i>			<i>Moyenne</i>		<i>Médiane</i>		
HEURES PROFESSIONNELLES	0,61 (0,29)		0,58 (0,34)			0,54 (0,29)		0,47 (0,31)			0,79 (0,46)		0,69 (0,48)			1,09 (0,59)		0,95 (0,70)		
HEURES PARAPRO-FESSIONNELLES	2,62 (0,44)		2,61 (0,52)			2,55 (0,49)		2,54 (0,50)			2,75 (0,46)		2,62 (0,63)			2,98 (0,45)		3,08 (0,63)		
HEURES TOTALES SOINS	3,23 (0,57)		3,2 (0,69)			3,08 (0,60)		3,05 (0,63)			3,53 (0,67)		3,39 (0,93)			4,07 (0,76)		4,05 (0,98)		
HEURES DE SOUTIEN	2,10 (0,11)		2,03 (0,16)			2,09 (0,08)		2,03 (0,16)			2,11 (0,15)		2,03 (0,16)			2,09 (0,20)		2,03 (0,16)		

Annexe 5

Liste des recommandations

RECOMMANDATIONS
A1 Vérifier la présence de rideaux devant les portes de chambre des résidents et installer les rideaux manquants. Au besoin, avoir recours à d'autres moyens pour assurer l'intimité et la dignité des résidents pour éviter de fermer les portes sur les quarts de travail de soir et de nuit, et ce, dans le respect du choix du résident.
A2 S'assurer que le projet déjà initié de modification des portes de chambre des résidents (ouverture vers l'intérieur) fasse l'objet d'une mise en priorité par la direction.
A3 Réduire l'encombrement du corridor de l'unité B2.
B1 Faire un rappel aux intervenants d'utiliser la « lumière de présence » afin de signaler leur présence dans une chambre de résident.
B2 Évaluer la possibilité d'utiliser le bouton d'appel situé au poste de garde pour que les résidents, leurs proches ou les bénévoles puissent l'utiliser pour obtenir de l'aide dans des situations urgentes.
B3 Évaluer d'autres moyens de communication visuels au poste de garde pour permettre aux résidents, à leurs proches et aux bénévoles de trouver de l'aide rapidement.
B4 Informer verbalement et par écrit les résidents, leurs proches et les bénévoles de leur rôle en matière de sécurité, notamment sur les moyens disponibles pour obtenir de l'aide.
B5 Revoir les pratiques professionnelles à l'égard des technologies d'aide à la surveillance (exemple : moniteur de mouvement) comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement pour s'assurer qu'ils sont conformes aux bonnes et meilleures pratiques.
C1 Revoir la modulation du nombre d'intervenants qui quittent l'unité pour leur temps de repas de même que les plans de travail afin de rendre accessibles plus rapidement les intervenants aux résidents.
F1 S'assurer que les gestionnaires qui doivent s'absenter indiquent à qui les résidents, leurs proches et les intervenants doivent se référer.
G1 Faire un rappel aux intervenants du Centre d'hébergement Cooke de laisser la porte ouverte lorsqu'ils prodiguent des soins ou services aux résidents, tout en respectant le choix des résidents, en utilisant le rideau pour assurer l'intimité.
G2 Faire un rappel aux intervenants sur les pratiques cliniques lors d'une chute et poursuivre la formation (ne pas lever avant une évaluation de l'infirmière, évaluation initiale, etc.).
G3 Rappeler au personnel infirmier les pratiques cliniques à l'égard du plan thérapeutique infirmier liées à la prévention des chutes et lorsqu'il survient une chute.

Annexe 6
 Plan d'action suite au rapport d'analyse interne
 Événement survenu le 14 juillet 2015 au Centre d'hébergement Cooke

RECOMMANDATIONS	ACTIONS OU MOYENS PLANIFIÉS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	PROGRÈS À CE JOUR	STATUT TERMINÉ
A1 - Vérifier la présence de rideaux devant les portes de chambre des résidents et installer les rideaux manquants. Au besoin, avoir recours à d'autres moyens pour assurer l'intimité et la dignité des résidents pour éviter de fermer les portes sur les quarts de travail de soir et de nuit, et ce, dans le respect du choix du résident.	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une tournée des unités. 	DAH	11 août 2015	Tournée des unités réalisée le 5 août 2015. Liste des zones à améliorer transmise à la Direction des services techniques le 6 août 2015.	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Procéder aux corrections nécessaires afin d'améliorer la sécurité tout en préservant l'intimité et la dignité des résidents. 	DST	2 octobre 2015	Validation de la faisabilité technique pour corriger les zones à améliorer par la Direction des services techniques le 6 août 2015. Évaluation des installations requises et planification des travaux le 11 août 2015 à 16 h. 11 rideaux installés le 11 août 2015 à 16 h.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A2 - S'assurer que le projet déjà initié de modification des portes de chambre des résidents (ouverture vers l'intérieur) fasse l'objet d'une mise en priorité par la direction.	<ul style="list-style-type: none"> Préparer les plans et devis. 	DST	2 octobre 2015	Préparation des plans et devis en cours.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Lancer l'appel d'offres. 		1 ^{er} novembre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser les travaux. 		Échéancier à définir		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RECOMMANDATIONS	ACTIONS OU MOYENS PLANIFIÉS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	PROGRÈS À CE JOUR	STATUT TERMINÉ
A3 - Réduire l'encombrement du corridor de l'unité B2.	<ul style="list-style-type: none"> Reprendre possession des locaux en construction. 	DST	6 août 2015	Prise de possession des armoires de rangement dans les zones de construction le 6 août 2015.	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Travailler avec les intervenants de l'unité B2 et du service alimentaire afin de faire émerger des solutions pour une utilisation optimale des espaces de rangement et rendre plus fluide la circulation. 	DAH DL	23 octobre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
B1 - Faire un rappel aux intervenants d'utiliser la « lumière de présence » afin de signaler leur présence dans une chambre de résident.	<ul style="list-style-type: none"> Rappel de la directive aux intervenants (communiqué interne). 	DAH	11 août 2015	Les membres du personnel sont déjà sensibilisés à cette pratique. Rappel par le biais d'un communiqué interne diffusé le 11 août 2015.	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Rencontrer les équipes de soins jour-soir-nuit. 		25 août 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser des audits sur l'utilisation de la « lumière de présence » par les intervenants. 		25 septembre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
B2 - Évaluer la possibilité d'utiliser le bouton d'appel situé au poste de garde pour que les résidents, leurs proches ou les bénévoles puissent l'utiliser pour obtenir de l'aide dans des situations urgentes.	<ul style="list-style-type: none"> Travailler avec les intervenants et le comité des résidents pour analyser l'efficacité de l'utilisation d'une cloche d'appel en situation urgente. 	DAH	23 octobre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Implanter les solutions retenues. 				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RECOMMANDATIONS	ACTIONS OU MOYENS PLANIFIÉS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	PROGRÈS À CE JOUR	STATUT TERMINÉ
B3 - Évaluer d'autres moyens de communication visuels au poste de garde pour permettre aux résidents, à leurs proches et aux bénévoles de trouver de l'aide rapidement.	<ul style="list-style-type: none"> Travailler avec les intervenants et le comité des résidents pour faire émerger des moyens de communication efficaces afin que les résidents, leurs proches et les bénévoles puissent rejoindre rapidement les intervenants lors de situations urgentes. 	DAH	23 octobre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Implanter les solutions retenues. 				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
B4 - Informer verbalement et par écrit les résidents, leurs proches et les bénévoles de leur rôle en matière de sécurité, notamment sur les moyens disponibles pour obtenir de l'aide.	<ul style="list-style-type: none"> Envoyer une lettre explicative aux répondants des résidents. 	DAH	30 octobre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Émettre un communiqué interne à l'intention des résidents, de leurs proches et des bénévoles. 				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Insérer cette information à l'intérieur de la pochette d'accueil destinée aux nouveaux résidents. 				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Aviser verbalement les nouveaux résidents et leurs proches lors de l'admission. 				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RECOMMANDATIONS	ACTIONS OU MOYENS PLANIFIÉS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	PROGRÈS À CE JOUR	STATUT TERMINÉ
B5 - Revoir les pratiques professionnelles à l'égard des technologies d'aide à la surveillance (exemple : moniteur de mouvement) comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement pour s'assurer qu'ils sont conformes aux bonnes et meilleures pratiques.	<ul style="list-style-type: none"> Ajuster les pratiques actuelles en fonction des meilleures pratiques, et ce, en recensant les pratiques régionales, celles du Centre d'expertise de gériatrie de Sherbrooke et de l'Institut de gériatrie de Montréal. 	DAH DSM DSI	18 décembre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un comité de travail interdisciplinaire pour analyser les meilleures pratiques professionnelles. 		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<ul style="list-style-type: none"> Ajuster les outils cliniques et former les intervenants, s'il y a lieu. 		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<ul style="list-style-type: none"> Appliquer les nouvelles pratiques déterminées. 		Février 2016		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
C1 - Revoir la modulation du nombre d'intervenants qui quittent l'unité pour leur temps de repas de même que les plans de travail afin de rendre accessibles plus rapidement les intervenants aux résidents.	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un comité paritaire pour faire émerger des solutions afin d'accroître la disponibilité des intervenants durant leur temps de repas. 	DRHCAJ DAH	23 octobre 2015	Discussion en cours avec les présidents des accréditations syndicales concernées.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Implanter les solutions. 				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RECOMMANDATIONS	ACTIONS OU MOYENS PLANIFIÉS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	PROGRÈS À CE JOUR	STATUT TERMINÉ
F1 - S'assurer que les gestionnaires qui doivent s'absenter indiquent à qui les résidents, leurs proches, les intervenants et les bénévoles doivent se référer.	<ul style="list-style-type: none"> Acheminer une directive aux gestionnaires du CIUSSS MCQ. 	DRHCAJ	18 septembre 2015	Sensibilisation des gestionnaires des centres d'hébergement de l'ancien CSSS de Trois-Rivières le 11 août 2015.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les attentes de transition au guide d'accueil des gestionnaires. 				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
G1 - Faire un rappel aux intervenants du Centre d'hébergement Cooke de laisser la porte ouverte lorsqu'ils prodiguent des soins ou services aux résidents, tout en respectant le choix des résidents, en utilisant le rideau pour assurer l'intimité.	<ul style="list-style-type: none"> Émettre la directive au personnel de soins des quarts de soir et de nuit par communiqué (facteur limitatif chambres nécessitant correctifs). 	DAH	11 août 2015	Communiqué interne diffusé le 11 août 2015.	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Rencontrer les équipes de soins. 		25 août 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser des audits sur l'implantation de la pratique. 		25 septembre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RECOMMANDATIONS	ACTIONS OU MOYENS PLANIFIÉS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	PROGRÈS À CE JOUR	STATUT TERMINÉ
G2 - Faire un rappel aux intervenants sur les pratiques cliniques lors d'une chute et poursuivre la formation (ne pas lever avant une évaluation de l'infirmière, évaluation initiale, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> Rappeler les pratiques cliniques lors d'une chute et de surveillance postchute (URSI-6016) par un communiqué. 	DSI DAH	Septembre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Rencontrer les équipes, et ce, sur les trois quarts de travail afin d'effectuer verbalement ce rappel clinique et répondre aux questions des intervenants. 				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Publier un article sur les meilleures pratiques dans le journal interne le <i>CommUnique</i>. 		Décembre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Inscrire le personnel en besoin aux activités de formation 2015-2016 sur la prévention des chutes, le suivi postchute et l'encadrement des mesures de contrôle. 		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser un audit par la suite. 		Janvier 2016		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RECOMMANDATIONS	ACTIONS OU MOYENS PLANIFIÉS	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	PROGRÈS À CE JOUR	STATUT TERMINÉ
G3 - Rappeler au personnel infirmier les pratiques cliniques à l'égard du plan thérapeutique infirmier liées à la prévention des chutes et lorsqu'il survient une chute.	<ul style="list-style-type: none"> Rappeler l'importance du plan thérapeutique infirmier en lien avec la prévention des chutes et la surveillance postchute (communiqué interne). 	DSI DAH	26 octobre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser des éléments de contenu du plan thérapeutique infirmier lorsqu'un usager a chuté. 		26 octobre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Rendre disponibles des exemples de plan thérapeutique infirmier en lien avec la prévention des chutes et les interventions postchute sur les unités. 		26 octobre 2015		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que l'équipe de préceptorat en soins infirmiers porte une attention particulière au soutien des novices, en lien avec la prévention des chutes, des interventions postchute et le plan thérapeutique infirmier associé. 		En continu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser un audit. 		Février 2016		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non