

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

Visites  
d'appréciation  
de la qualité  
des services

Juin 2004

Édition produite par :

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

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

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

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

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec

## REMERCIEMENTS

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

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

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

### Équipe de coordination ministérielle

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

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

M. Jacques Marier, agent de recherche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Membres représentant le Conseil pour la protection des malades

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

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

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

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

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

## Membres représentant les Tables régionales de concertation des aînés

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

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

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

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

M. Gilles Larocque, région de Montréal

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

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

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

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

M. Jacquelin Vézina, Nord-du-Québec

## AVANT-PROPOS

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

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

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

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

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

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

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

## TABLE DES MATIÈRES

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

---

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

---

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

---

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

---

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

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

---

---

## **PARTIE III : LES RECOMMANDATIONS**

---

---

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

### **LISTE DES ANNEXES**

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

# SOMMAIRE

## 1. CONTEXTE

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

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

## 2. MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4. FAITS SAILLANTS

##### 4.1 Environnement humain

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

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

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

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

#### Le personnel clinique :

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

#### Les gestionnaires :

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

## 4.2. Environnement physique

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

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

Les visites ont démontré que :

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

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

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

Les visites ont confirmé que :

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

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

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

Toute personne hébergée a droit, notamment, à un milieu de vie qui respecte son identité, sa dignité et son intimité, qui assure sa sécurité et son confort, qui lui permette de donner un sens à sa vie et d'exercer sa capacité d'autodétermination. L'appréciation a été réalisée de façon à vérifier le respect de l'ensemble de ces droits.

Les visites ont permis de constater :

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



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

#### Mécanismes d'examen des plaintes

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

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

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

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

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

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

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

## 6. Recommandations nationales

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

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

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

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

## **Conclusion**

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

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

## INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

---

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