

Hôpital de Lachine, Pavillon Camille- Lefebvre

Examen de la situation de l'unité accueillant
la clientèle ventilo-assistée

par

Roger Paquet,
consultant

15-09-2019



Le contenu du rapport

Le présent rapport présente:

1. Le contexte
2. le mandat d'examen
3. la démarche
4. La situation actuelle
5. Les enjeux
6. Les recommandations



1. Le contexte

- En 2008, l'hôpital de Lachine est cédé au Centre universitaire de santé McGill, ainsi que le Pavillon Camille-Lefebvre qui y est annexé. Ce pavillon avait alors une capacité de 134 lits de longue durée.
- En 2014, un projet est mis de l'avant pour accueillir, dans le Pavillon Camille-Lefebvre, la clientèle adulte ventilo-assistée, hospitalisée à l'Institut thoracique de Montréal.
- Une unité du Pavillon Camille-Lefebvre est modifiée pour recevoir 20 patients bénéficiant d'une assistance ventilatoire, soit l'unité du 2 Est. Une cohabitation est prévue avec des résidents de longue durée pour compléter l'occupation totale de l'unité.
- En janvier 2015, les patients et le personnel soignant sont transférés au Pavillon Camille-Lefebvre.



1.1 L'intégration au Pavillon

- À la suite du transfert, plusieurs familles ont constaté, contrairement à ce qui leur avait été dit, que leurs proches ne recevaient pas la même intensité de soins qu'à l'Institut Thoracique, notamment au niveau des soins infirmiers et de la présence médicale à l'unité.
- Au moment du transfert, la nouvelle équipe soignante, formée d'intervenants de l'Institut et du Pavillon Camille-Lefebvre, a vécu un véritable choc des cultures, compte tenu des différences significatives d'expertise et d'historique.
- Dès le début du séjour, des insatisfactions ont été formulées par les familles. Pour certaines familles, ces insatisfactions étaient déjà présentes avant le transfert, mais elles se sont manifestées avec plus d'insistance.



1.1 L'intégration au Pavillon

(suite)

- Il est important de rappeler que 8 patients transférés en janvier 2015 continuent de recevoir des soins au Pavillon et que près de la moitié de l'équipe soignante a préalablement travaillé à l'institut Thoracique.
- L'unité qui accueille cette clientèle, le 2 Est, a continué de faire l'objet de critiques répétées jusqu'à ce jour, principalement des familles et proches. Ceux-ci déplorent, notamment, une intensité de soins qui n'est pas adaptée aux besoins de la clientèle, une communication difficile avec la direction, des services médicaux insuffisants et les chambres des patients trop petites compte tenu de la nature des soins à dispenser et de l'équipement requis.
- Le climat de travail et de relation avec les familles est demeuré difficile depuis le début.

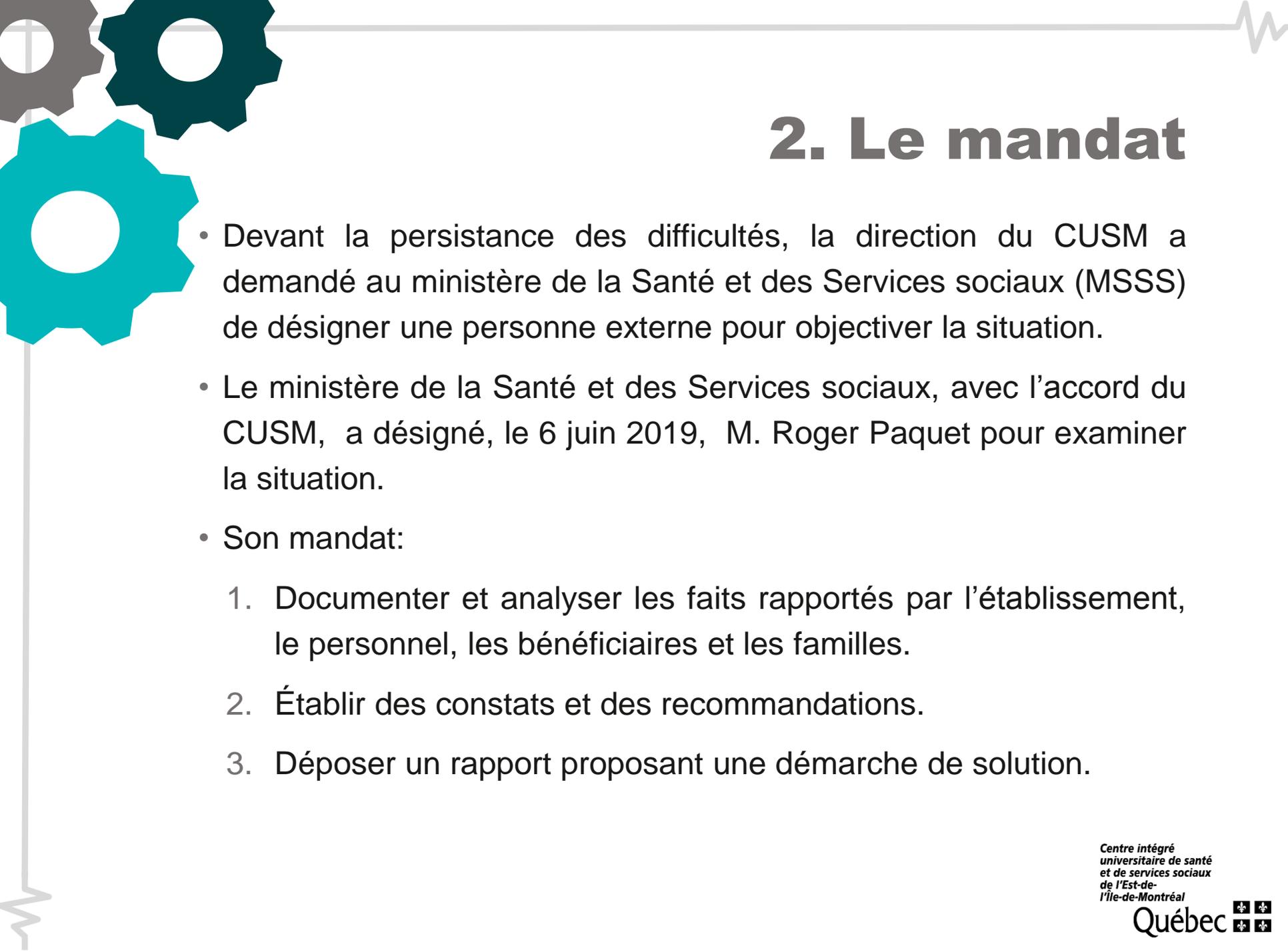


1.1 L'intégration au Pavillon

(suite)

Depuis l'ouverture de l'unité, le CUSM a pris plusieurs mesures pour améliorer la situation :

- Ajouts de personnel
- Programmes de formation
- Interventions de personnes-ressources en éthique
- Réorganisation des services médicaux
- Rencontres d'équipe
- Démarche d'analyse du climat de travail
- Mise en œuvre des recommandations formulées à la suite de plaintes, de rapports d'inspection ou d'enquête, notamment du Protecteur du Citoyen



2. Le mandat

- Devant la persistance des difficultés, la direction du CUSM a demandé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de désigner une personne externe pour objectiver la situation.
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux, avec l'accord du CUSM, a désigné, le 6 juin 2019, M. Roger Paquet pour examiner la situation.
- Son mandat:
 1. Documenter et analyser les faits rapportés par l'établissement, le personnel, les bénéficiaires et les familles.
 2. Établir des constats et des recommandations.
 3. Déposer un rapport proposant une démarche de solution.



3. La démarche

Pour réaliser le mandat, les démarches suivantes ont été complétées par le mandataire :

- Des entrevues avec des patients (5), des familles et des proches (11 personnes).
- Des entrevues avec des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés travaillant de jour, de soir, de nuit et fin de semaine.
- Des entrevues avec trois médecins impliqués auprès des patients de l'unité, soit deux médecins de famille et une pneumologue.
- Des professionnels en inhalothérapie et en service social.
- Une entrevue avec le responsable des plaintes.



3. La démarche (suite)

- Des entrevues avec la directrice de l'hôpital de Lachine et la chef d'unité du 2 Est.
- Un échange avec la directrice des services professionnels et le médecin responsable des infections.
- Des représentants de patients et de familles qui ont sollicité un échange.
- Le rapport du Protecteur du Citoyen produit en 2017, ainsi que le suivi apporté aux recommandations ont été consultés.
- Le rapport de la dernière visite d'inspection du Ministère.
- Les rapports administratifs touchant le fonctionnement de l'unité.



3. La démarche

(suite)

- La documentation remise par les familles touchant les services reçus par leur proche et leurs insatisfactions.
- Les données disponibles touchant le délai de réponse aux cloches d'appel, la nature et le volume des consultations médicales et des demandes d'examens diagnostiques.
- Au total, 46 personnes ont apporté leur contribution pour identifier les problèmes perçus et les pistes de solution.



4. La situation actuelle

- L'analyse confirme l'existence d'un profond malaise au sein de l'unité offrant les services aux patients ventilo-assistés.
- Ce malaise affecte le climat au sein de l'unité et perturbe les communications entre la direction, l'équipe soignante et les familles, entraînant une méfiance mutuelle entre certaines familles et les intervenants.
- En raison de cette méfiance, certaines familles ont pris la décision de hausser le niveau de surveillance de leur proche, soit par l'installation de caméra dans la chambre ou par le transfert de leur proche dans une autre installation de leur propre initiative.
- L'équipe de soins se sent épiée, surveillée dans ses moindres gestes, ce qui rend la communication difficile avec certaines familles.



4. La situation actuelle

(suite)

- La direction a posé des gestes pour réagir aux comportements jugés inappropriés de certaines familles (restriction de communication, interdiction de présence sur l'unité, etc.). Plusieurs familles et intervenants déplorent que les règles ne soient pas appliquées de façon uniforme pour des comportements semblables.
- Il est important de préciser, malgré le climat actuel, que l'engagement envers les patients est présent, tant chez les familles que chez les intervenants.
- Plusieurs familles sont présentes quotidiennement ou presque auprès de leur proche, et ce, souvent pour plusieurs heures durant la journée.



4. La situation actuelle

(suite)

- Les membres du personnel veulent offrir les meilleurs soins possible et leur dévouement est souligné par plusieurs familles.
- Toutefois, le niveau de détresse et de souffrance est très élevé chez les deux groupes et certains doutent que la situation puisse s'améliorer dans l'avenir.



5. Les enjeux

L'analyse de la situation et les nombreux témoignages reçus m'amènent à identifier 5 enjeux principaux, soit :

- A. L'intensité de soins
- B. La couverture médicale
- C. La relation avec les familles
- D. L'équipe soignante
- E. L'aménagement et l'entretien des lieux



A – L'intensité de soins

- Les soins et services offerts actuellement sont guidés par les règles applicables en milieu de vie de type CHSLD.
- Pour la quasi-totalité des témoignages reçus, cette intensité de soins est insuffisante pour la clientèle, notamment pour la couverture médicale, pour l'accès aux médecins spécialistes et pour la taille de l'équipe soignante.
- Pour plusieurs familles, cette intensité de soins ne respecte pas l'engagement reçu ou l'information transmise avant le transfert, indiquant que la même intensité de soins allait être offerte au Pavillon Camille-Lefebvre.
- Pour un nombre élevé de patients, ils transfèrent d'un milieu de soins intensifs vers le milieu de vie en CHSLD.



A – L'intensité de soins (suite)

- L'examen de la situation démontre que l'avis, la présence ou l'intervention d'un médecin est quasi quotidiennement requis, compte tenu de la condition des patients, de l'usage de nombreux appareils et des défis de communication avec les patients.
- Les demandes d'examens pour suivi et de consultation auprès des médecins spécialistes sont très fréquentes et jugées essentielles pour la qualité et la sécurité des soins.
- Ces demandes correspondent, pour certains patients, à un volume de demandes observé en soins de courte durée en milieu hospitalier.



A – L'intensité de soins

(suite)

- Le milieu de soins de longue durée en CHSLD n'est pas en mesure d'offrir cette intensité de soins, malgré la bonne volonté et les efforts des soignants.
- Il y a donc nécessité d'ajuster l'intensité de soins en cohérence avec les besoins de la clientèle.
- Un tel rajustement m'apparaît possible en maintenant les services au Pavillon Camille-Lefebvre, tout en conservant certains éléments du milieu de vie, notamment les activités de loisir.



B - La couverture médicale

- Un groupe de trois médecins de famille, sous la coordination de l'un d'eux, qui a été désigné chef de service, assure les services médicaux à la clientèle. Un médecin spécialiste en pneumologie a été désigné comme consultant pour compléter l'équipe.
- Leurs services sont dispensés dans le cadre des ententes liées à la pratique en CHSLD. Leur disponibilité ne permet pas une présence soutenue.
- Avant les récents changements de couverture, la rotation des médecins assurant la couverture médicale entraînait de très fréquents changements d'orientation dans les soins, provoquant de la confusion pour l'équipe soignante et de nombreux questionnements de la part des familles.



B – La couverture médicale (suite)

- Pour plusieurs familles, la présence d'un pneumologue auprès des patients et sa participation aux soins étaient attendues, ce qui ne correspond pas à la norme en CHSLD.
- Pour les autres consultations, des délais d'accès souvent très longs sont observés et mobilisent d'importantes ressources lors des déplacements en raison de la condition clinique des patients.
- Dans le contexte des règles établies dans un milieu de vie de longue durée, les possibilités de rajustement de l'intensité et de la fréquence de la couverture médicale sont très limitées.



B – La couverture médicale (suite)

- Pour plusieurs familles, cette situation va à l'encontre du droit à des services de qualité pour leur proche et met à risque la possibilité de respecter l'intensité de soins établie pour le patient.
- Le rajustement doit se faire sur une base systémique pour établir une cohérence entre l'intensité de soins, la couverture médicale et la composition de l'équipe soignante (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés).



C - La relation avec les familles

- La relation entre les familles et l'équipe présente une double facette; certaines familles et certains patients se disent satisfaits des services reçus et de la communication avec l'équipe. Pour d'autres, la relation est insatisfaisante, difficile, voire très difficile.
- Il en résulte un contexte de tensions qui affecte les communications et le climat de travail, et qui perdure dans le temps.
- Les efforts déployés pour modifier cette situation n'ont pas donné de résultats significatifs et plusieurs personnes ont perdu espoir que la situation s'améliore.



C – La relation avec les familles (suite)

- Des mesures ont été prises par l'établissement pour réagir à des comportements ou propos inappropriés en restreignant l'accès à l'unité ou les heures de visite. Il n'y a cependant pas, présentement, d'intervention proactive pour effectuer un redressement de la situation et la faire évoluer pour permettre un retour aux règles usuelles.
- Des familles et des intervenants déplorent le manque de consistance dans l'application des normes et procédures au niveau de l'unité, ce qui est perçu comme une forme de passe-droit.



D – L'équipe soignante

- Depuis l'ouverture de l'unité, des ajouts de personnel ont déjà eu lieu pour augmenter les effectifs de l'équipe, le dernier ajout de personnel ayant été fait lors de l'ajout d'un second bain par semaine.
- En lien avec le rehaussement de l'intensité de soins préconisée antérieurement, la composition de l'équipe actuelle a besoin d'être ajustée à la hausse au niveau des soins infirmiers.
- L'encadrement est assuré par l'infirmière-chef et des assistantes de jour et de soir. L'absence d'une personne en autorité sur place de nuit ne permet pas d'assurer un encadrement continu.
- Récemment, une modification a été introduite dans l'organisation des services d'inhalothérapie en regroupant les effectifs. Les services continuent d'être accessibles lorsque les patients en ont besoin.



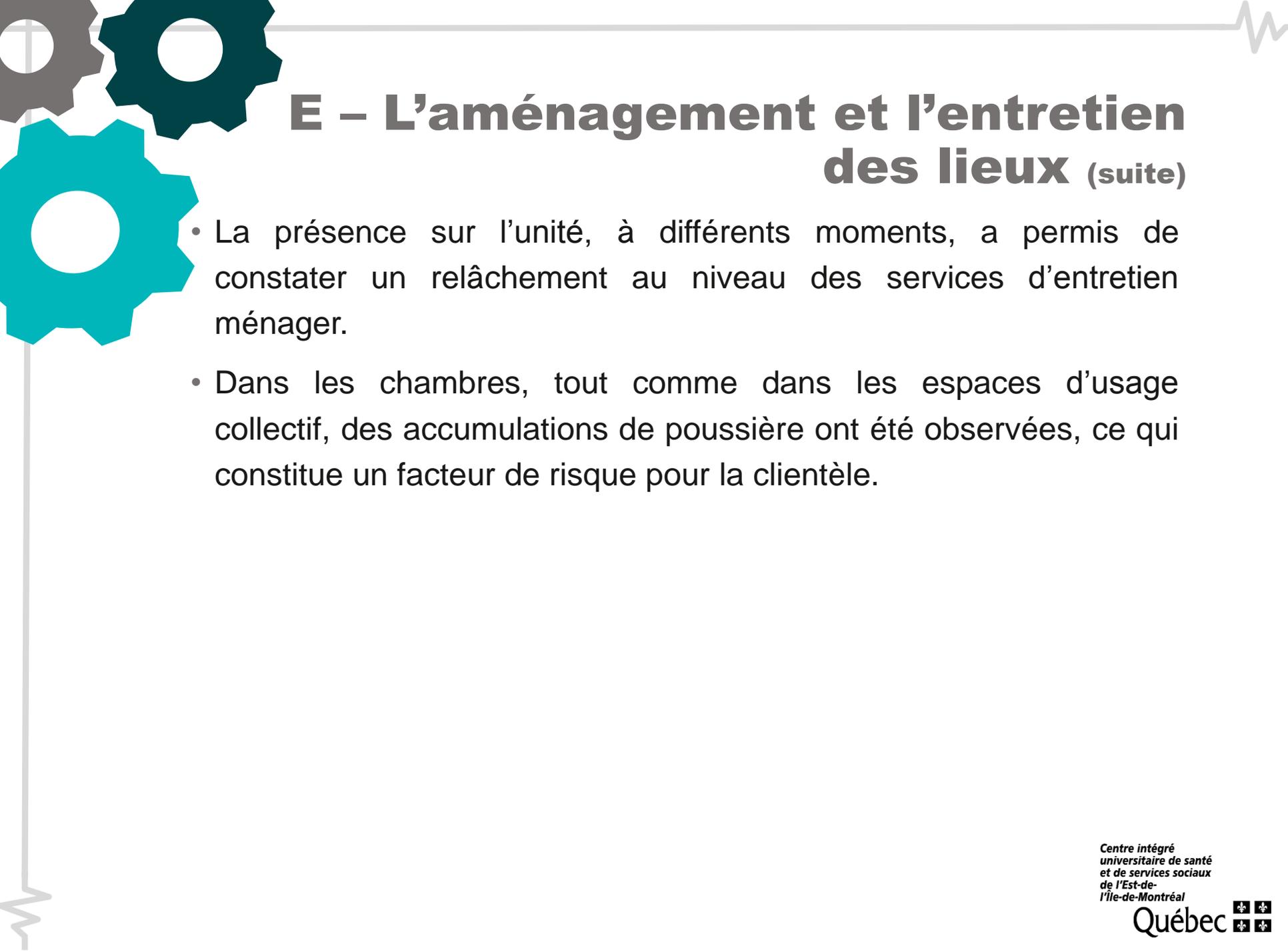
D – L'équipe soignante (suite)

- Plusieurs familles ont souligné la qualité du travail des préposés aux bénéficiaires.
- L'équipe bénéficie d'un programme de formation continue, principalement orienté vers le développement des compétences en *nursing*.
- Peu d'activités de formation s'adressent au développement de la communication et des approches de collaboration avec les familles et les proches.
- Les responsables de l'unité ont amorcé récemment un travail de collaboration plus soutenu avec la médecin-chef de service, pour travailler davantage en équipe dans la dispensation des soins.



E – L'aménagement et l'entretien des lieux

- Au niveau de l'aménagement des locaux, la taille des chambres est souvent soulignée comme une contrainte pour la dispensation des soins, compte tenu de l'appareillage requis.
- Cette difficulté est amplifiée dans quelques chambres par l'accumulation de biens personnels ou de fournitures de soins.
- À court terme, une plus grande vigilance est requise pour éviter l'encombrement dans toutes les chambres.
- L'aménagement actuel ne compromet pas la dispensation des soins.
- À moyen terme, il faudra repenser l'aménagement en lien avec la mission redéfinie de cette unité.



E – L'aménagement et l'entretien des lieux (suite)

- La présence sur l'unité, à différents moments, a permis de constater un relâchement au niveau des services d'entretien ménager.
- Dans les chambres, tout comme dans les espaces d'usage collectif, des accumulations de poussière ont été observées, ce qui constitue un facteur de risque pour la clientèle.



6. Les recommandations

Dans plusieurs situations individuelles reliées aux soins aux patients et à la communication avec les familles, plusieurs éléments de difficulté qui proviennent de la nature de la mission de soins de l'unité et des règles de fonctionnement qui en découlent :

- La tension et le climat difficile qui caractérisent la situation actuelle perdurent depuis la mise en place de l'unité.
- En conséquence, il faut penser à des mesures systémiques de changement et à la nécessité d'une démarche évolutive de mise en œuvre et de suivi.



6. Les recommandations

(suite)

À l'égard de l'intensité de soins, il est recommandé :

- De désigner l'unité comme une unité spécialisée pour offrir à la clientèle des services de soins aigus de longue durée ainsi que des services d'hébergement, pour la clientèle ventilo-assistée :
 - Le type de services offerts dans une telle unité se situe entre les services d'unités de soins intensifs et le service d'hébergement de longue durée.
 - La programmation de soins permet une adaptation de l'intensité de soins, selon l'évolution de la situation clinique de chaque patient, et dans le respect de leurs choix.
 - L'accès à des soins palliatifs est aussi assuré, en respect du choix des patients.



6. Les recommandations

(suite)

- D'inscrire cette unité en lien étroit avec le programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) mis en place par le MSSS pour partager les standards de pratique, les protocoles d'utilisation des équipements et faciliter la formation du personnel.
- D'examiner les opportunités de complémentarité de services pour la clientèle entre l'unité et la clientèle desservie dans le programme, notamment en matière de répit aux familles et aux proches, afin de consolider le continuum de soins.
- D'inviter le MSSS à réexaminer l'évolution des besoins de la clientèle ventilo-assistée et des modes de dispensation des services dans la région montréalaise, afin de déterminer si l'offre actuelle est suffisante, compte tenu de la réduction de l'accès dans les autres établissements offrant antérieurement ce type de services.



6. Les recommandations

(suite)

À l'égard de la couverture médicale, il est recommandé :

- De revoir la couverture médicale en conséquence pour assurer une présence régulière sur l'unité et pour préciser les règles de continuité de soins.
- De mettre à profit les possibilités de service en télémédecine pour les demandes de consultation en services spécialisés.
- De consolider l'approche de cogestion médico-administrative pour cette unité.



6. Les recommandations

(suite)

À l'égard de l'équipe soignante, il est recommandé :

- De consolider l'équipe de soins par l'ajout d'une infirmière à temps plein de jour, 7 jours sur 7, pour répondre aux exigences de la nouvelle désignation de soins de l'unité.
- De compléter l'encadrement de l'équipe par la désignation d'une assistante de nuit.



6. Les recommandations

(suite)

À l'égard de la relation avec les familles, il est recommandé :

- D'établir, en cohérence avec l'orientation préconisée par le CUSM, une politique précisant les modes de communication avec les familles, de collaboration avec l'équipe de soins et les attentes touchant le respect des personnes et la sécurité des soins.
- D'appliquer avec rigueur et équité cette politique pour contribuer à rétablir un climat de confiance mutuelle.
- De dispenser les activités de formation requises pour soutenir le personnel.
- De désigner une personne ressource pour travailler avec l'équipe à la mise en œuvre de cette approche et pour intervenir au besoin dans des situations conflictuelles.

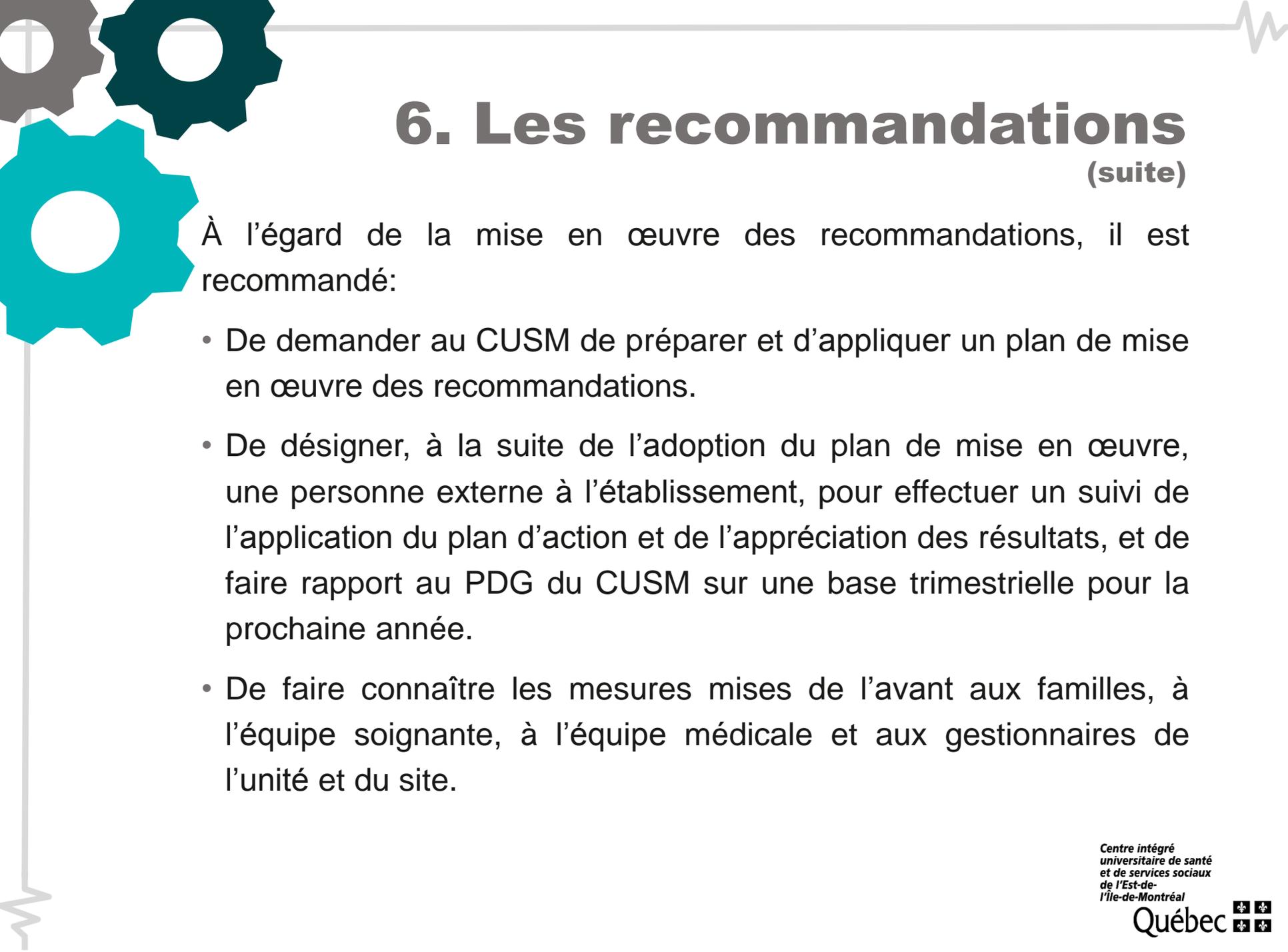


6. Les recommandations

(suite)

À l'égard de l'aménagement et l'entretien des lieux, il est recommandé :

- De resserrer les procédures d'entretien ménager.
- De prendre les dispositions pour éviter l'encombrement des chambres.
- De revoir, à moyen terme, l'aménagement des lieux, en lien avec la nouvelle mission d'unité de services spécialisés.



6. Les recommandations (suite)

À l'égard de la mise en œuvre des recommandations, il est recommandé:

- De demander au CUSM de préparer et d'appliquer un plan de mise en œuvre des recommandations.
- De désigner, à la suite de l'adoption du plan de mise en œuvre, une personne externe à l'établissement, pour effectuer un suivi de l'application du plan d'action et de l'appréciation des résultats, et de faire rapport au PDG du CUSM sur une base trimestrielle pour la prochaine année.
- De faire connaître les mesures mises de l'avant aux familles, à l'équipe soignante, à l'équipe médicale et aux gestionnaires de l'unité et du site.