



Justice

Équité

Respect

Impartialité

Transparence

Rapport d'intervention

Intervention à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur
Centre intégré de santé et de
services sociaux de Lanaudière

Québec, le 21 décembre 2015

Avis

Le présent rapport a été rédigé au terme d'une intervention effectuée par le Protecteur du citoyen conformément au chapitre IV de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre P-31.1) (Loi sur le Protecteur des usagers). Sa communication ou diffusion est régie par cette loi ainsi que par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1) (Loi sur l'accès).

Ce rapport peut être communiqué par le Protecteur du citoyen conformément aux articles 24 et 25 de la Loi sur le Protecteur des usagers.

À l'exception des personnes à qui la loi en autorise la communication intégrale, certains extraits de ce rapport peuvent être masqués conformément à la Loi sur l'accès, notamment en vertu des articles 53, 54, 83 et 88 aux motifs qu'ils contiennent des renseignements personnels concernant des personnes et permettant de les identifier. Ces extraits ne peuvent donc être divulgués sans le consentement des personnes concernées comme prescrit par l'article 59 de la Loi sur l'accès.

La mission du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à un citoyen ou à un groupe de citoyens. Désigné par au moins les deux tiers des parlementaires de toutes les formations politiques et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement d'une ou de plusieurs plaintes ou de sa propre initiative.

Table des matières

1	Contexte de la demande d'intervention	1
1.1	Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux	1
1.2	Demande d'intervention	1
1.3	Pertinence de l'intervention	1
1.4	Instance concernée	1
2	Conduite de l'intervention	2
2.1	Déléguées désignées pour conduire l'enquête	2
2.2	Visite de l'établissement	2
2.3	Collecte d'information	2
2.4	Documentation consultée	2
3	Résultat de notre enquête	3
3.1	Constats	3
3.1.1	<i>Salle d'attente</i>	3
3.1.2	<i>Modules de triage</i>	3
3.1.3	<i>Délai avant l'évaluation initiale</i>	4
3.1.4	<i>Qualité de l'évaluation de l'état des patients</i>	5
3.1.5	<i>Temps consacré au triage initial</i>	5
3.1.6	<i>Réévaluation</i>	5
3.1.7	<i>Avis à l'utilisateur de revenir si son état se détériore</i>	6
3.1.8	<i>Utilisation des ordonnances collectives</i>	6
3.1.9	<i>Réorientation des patients</i>	7
3.1.10	<i>Long délai avant la prise en charge médicale</i>	7
3.1.11	<i>Attitude et comportement du personnel à l'urgence</i>	8
3.1.12	<i>Ajout de capacité</i>	8
4	Conclusion	8
5	Recommandations	8

1 Contexte de la demande d'intervention

1.1 Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux

Le Protecteur du citoyen exerce les fonctions prévues à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (Loi sur le Protecteur des usagers). Cette loi prévoit qu'il doit veiller, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par toute autre loi¹. En outre, il peut intervenir s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé par l'acte ou l'omission d'une instance de la santé ou des services sociaux ou peut vraisemblablement l'être².

Le respect des usagers et de leurs droits est au cœur de la mission du Protecteur du citoyen.

1.2 Demande d'intervention

Plusieurs insatisfactions concernant l'urgence de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur ont été portées à l'attention du Protecteur du citoyen. Selon les informations dont il dispose, il y aurait des lacunes dans le processus de triage, la qualité des soins et le comportement du personnel. Le Protecteur du citoyen est également informé du long délai d'attente avant la prise en charge médicale et de séjours prolongés aux unités de débordement.

1.3 Pertinence de l'intervention

Par cette intervention, le Protecteur du citoyen veut s'assurer que les usagers qui se présentent à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur bénéficient de soins et de services de qualité, accèdent à la prise en charge médicale dans un délai adéquat selon l'évaluation qui est faite de leur situation et que le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière prend les mesures appropriées pour atteindre ces objectifs.

1.4 Instance concernée

L'Hôpital Pierre-Le Gardeur est situé dans la région de Lanaudière. L'urgence dispose de 36 civières fonctionnelles et il enregistre, selon le rapport de gestion 2013-2014 de l'établissement, près de 65 000 visites par année.

¹ *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P-31.1, art. 1 et 7.

² *Ibid.*, art. 20 et suivants.

2 Conduite de l'intervention

2.1 Déléguées désignées pour conduire l'enquête

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, la protectrice du citoyen a confié à ses déléguées, M^{mes} Vicky Langevin et Marise Lapointe, le mandat de recueillir le témoignage des personnes concernées et le point de vue de l'instance impliquée ainsi que toute autre information jugée pertinente afin de procéder à l'analyse de la situation et, le cas échéant, de proposer des correctifs ainsi qu'une approche favorisant leur mise en œuvre.

2.2 Visite de l'établissement

Pour évaluer la situation portée à l'attention du Protecteur du citoyen, les deux déléguées se sont rendues à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur le 23 avril 2015. Elles ont procédé à une observation des lieux.

Le 16 juillet suivant, les deux déléguées, accompagnées de l'infirmière-chef de l'urgence par intérim, ont fait une visite complète de l'urgence. Une attention particulière a été portée à la salle d'attente, au triage, aux corridors de débordement, à l'aire ambulatoire et à l'aire des civières.

2.3 Collecte d'information

Dans le cadre de l'enquête, les commentaires et observations de plusieurs usagers et membres de leur famille ont été recueillis.

Différents intervenants du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière ont également été interrogés soit, la commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services (commissaire adjointe), le président-directeur général de l'établissement, le chef médical de l'urgence, la coordonnatrice de l'urgence, le directeur des services techniques, la directrice adjointe des services professionnels, la conseillère clinique et le personnel infirmier.

Divers renseignements ont aussi été obtenus du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère).

2.4 Documentation consultée

Afin de compléter la collecte d'information, les documents suivants ont été consultés, dont notamment :

- ▶ La Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- ▶ Le Guide de gestion de l'urgence;
- ▶ Le Triage à l'urgence, lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence;
- ▶ Le Guide d'implantation de l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence;
- ▶ La révision du Guide d'implantation de l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence;

- ▶ Le dossier du 23 avril 2015 de 25 usagers de l'urgence;
- ▶ Le dossier des usagers de l'urgence lors de périodes précédentes;
- ▶ Divers documents administratifs et statistiques de l'établissement.

3 Résultat de notre enquête

3.1 Constats

L'enquête du Protecteur du citoyen a porté sur plusieurs aspects, notamment le délai pour l'évaluation initiale, la cote de priorité attribuée, la fréquence des réévaluations, les délais d'attente, la qualité des soins et l'attitude du personnel. En cours d'enquête, le Protecteur du citoyen a constaté la volonté du personnel d'offrir des soins de qualité aux usagers et d'améliorer la situation à l'urgence.

3.1.1 Salle d'attente

La salle d'attente de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur comprend deux aires distinctes séparées par des murs vitrés, soit l'aire d'attente générale (qui inclut la zone d'attente-triage et la zone d'attente-réévaluation) et l'aire d'attente destinée aux patients potentiellement contagieux.

L'organisation physique de la salle d'attente ne respecte pas entièrement une exigence importante du Guide de gestion de l'urgence, soit celle de permettre au personnel infirmier de surveiller, en tout temps, les patients de la salle d'attente. Cette surveillance visuelle et continue des patients permet au personnel d'observer les modifications soudaines de l'état d'un patient avant sa prise en charge médicale et d'intervenir rapidement.

Or, dans le présent contexte, un infirmier en poste aux modules de triage n'est pas en mesure d'avoir une vision complète de la salle d'attente, même lorsqu'il est debout à la porte du module de triage pour appeler un patient. En effet, l'aire destinée aux patients potentiellement contagieux et certains sièges de l'aire d'attente générale, situés à une extrémité de la salle d'attente, sont à l'arrière du mur où l'on retrouve les machines distributrices. La visibilité des patients en attente à cet endroit est pratiquement nulle.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que le personnel interrogé à ce sujet confirme cette lacune importante. De plus et bien qu'une caméra soit installée dans l'aire d'attente destinée aux patients potentiellement contagieux, la réception des images aux modules de triage est lacunaire.

3.1.2 Modules de triage

Selon le Guide de gestion de l'urgence, les modules de triage doivent être situés de façon centrale et à proximité des différentes aires de traitement. Leur configuration physique doit aussi permettre d'effectuer un triage rapide.

Ici encore, les exigences prévues ne sont pas pleinement respectées. Nos observations et les témoignages recueillis font ressortir que la configuration actuelle des lieux ne favorise pas l'efficacité opérationnelle que permettrait une distance réduite entre les modules de triage et l'aire ambulatoire. Présentement, l'aménagement des lieux oblige le personnel infirmier à s'absenter plus longtemps

du poste de triage. De plus, il n'existe pas d'espace supplémentaire en retrait pouvant permettre à une infirmière d'effectuer un triage rapide.

Par ailleurs, selon le Guide de gestion, les enfants doivent impérativement être vus selon un processus de triage rapide et précis, puisque la condition de l'enfant peut se détériorer rapidement. Les urgences doivent aussi disposer des ressources matérielles nécessaires pour assurer aux enfants des soins de qualité. Aucun poste d'évaluation pédiatrique n'est disponible pour le personnel infirmier au triage, ce qui nuit au rendement et à la rapidité du triage.

Nous avons aussi constaté que la proximité des postes et l'absence de rideaux ne permettaient pas d'assurer le respect de la dignité et du droit à la confidentialité des patients, comme le prévoit la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

3.1.3 Délai avant l'évaluation initiale

Chaque usager qui consulte à l'urgence pour un problème de santé doit être vu par l'infirmière au triage avant de voir le médecin. Cette étape a pour objectif d'évaluer la condition de l'usager afin de lui attribuer une cote de priorité de soins. L'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ÉTG) comprend cinq degrés de priorité, soit de P1 à P5 (prise en charge immédiate à non urgent). Ceux-ci permettent de classer la gravité de l'état d'un usager.

L'infirmière au triage doit être disponible en tout temps et, pour ce faire, elle doit pouvoir recourir à des mécanismes de soutien de façon immédiate durant les périodes de grand achalandage. Le Guide de gestion de l'urgence et l'ÉTG précisent que tous les usagers doivent être évalués dans un délai de dix minutes suivant leur arrivée à l'urgence. Lorsque la situation l'exige, l'infirmière doit appliquer l'ÉTG en procédant à une évaluation sommaire ou brève afin de répondre aux normes relatives aux délais d'évaluation.

L'information obtenue permet de constater que 7 des 25 dossiers analysés ne mentionnent pas l'heure de l'arrivée de l'usager à l'urgence; 4 patients sont arrivés par ambulance et 3 n'ont pas pris le billet de l'horodateur permettant d'identifier leur heure d'arrivée. Pour les 18 autres dossiers, le délai moyen avant l'évaluation initiale est de 16 minutes. De plus, pour 50 % de ces dossiers, ce délai excède de plus du double le délai de 10 minutes prescrit, allant de 20 à 34 minutes. Le délai de 10 minutes est toutefois respecté pour les patients s'étant présentés à l'urgence en matinée.

Dans ces situations, nous constatons que le personnel infirmier ne procède pas à une évaluation sommaire ou brève (moins de 2 minutes) des patients, ce que recommande le Guide de gestion de l'urgence et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Aucune procédure qui permettrait au personnel d'appliquer les diverses mesures lors de situations d'achalandage, telles les évaluations sommaires, n'est mise en place par l'établissement. Nous sommes informés de la réticence de certains infirmiers et gestionnaires à instaurer ce type d'évaluation. Or, les gestionnaires de l'urgence ont la responsabilité de s'assurer que le triage est fait dans les délais prescrits par l'ÉTG.

Ainsi, à moins qu'il n'existe une politique permettant d'augmenter au besoin le personnel affecté au triage, et donc de respecter les délais, le Protecteur du citoyen estime que l'évaluation sommaire doit être favorisée lors de situations d'achalandage afin d'assurer une intervention en temps opportun.

3.1.4 Qualité de l'évaluation de l'état des patients

Un comité sur le triage ou un comité d'évaluation du triage, comme cela est précisé dans le Guide de gestion de l'urgence, doit être formé et servir à l'amélioration de la qualité du triage par l'étude des délais et des réponses attendues pour chacun des degrés de priorité retenus. Ce comité doit aussi déterminer les éléments qu'il est pertinent de noter sur le formulaire de triage, notamment la marche à suivre pour l'évaluation de la douleur en fonction de l'échelle de la douleur.

Depuis plus d'un an, l'établissement a mis sur pied un comité sur le triage, dont les objectifs visent l'évaluation de la qualité des triages, la supervision et l'accompagnement des infirmières.

Jusqu'à présent, les dossiers des usagers de 46 infirmières ont été audités et l'aspect clinique a été documenté. Certaines infirmières, dont l'étude des dossiers démontrait des problématiques récurrentes, ont bénéficié d'un plan d'accompagnement et de formation. De plus, des mesures d'orientation et de formation sont en place pour chacun des secteurs (triage, aire des civières, trauma-réanimation, patients sous moniteur cardiaque). Une formation ainsi que des examens de passage sont prévus entre chaque séquence de formation. Des modules de perfectionnement sont aussi disponibles au besoin.

La poursuite des audits de dossiers et de la formation sont prévues jusqu'à la fin de l'hiver pour l'ensemble du personnel infirmier (77 à 80 infirmières).

Bien que nous saluions ces initiatives, des recommandations à ce sujet sont formulées afin de nous assurer que ces mesures apporteront des résultats concrets sur la qualité de l'acte au triage.

3.1.5 Temps consacré au triage initial

L'étude des 25 dossiers révèle que le temps moyen consacré au triage est de près de 8 minutes, mais qu'il varie de 1 à 17 minutes.

L'ÉTG précise que le triage doit prendre de 2 à 5 minutes. Il est essentiel de mentionner qu'un temps anormalement long pour effectuer le triage peut expliquer, en contexte de fort achalandage, que le délai prescrit de 10 minutes pour procéder à l'évaluation initiale n'est pas respecté. Cet aspect particulier du triage devra donc être analysé par l'établissement lors de la poursuite des audits de dossiers, tel que nous le mentionnons à la section précédente.

3.1.6 Réévaluation

Rappelons que l'ÉTG comprend cinq degrés de priorité, soit de P1 à P5 (prise en charge immédiate à non urgent). Pour chacun, un délai d'attente acceptable, avant la prise en charge médicale, est déterminé. Lorsque le délai prévu est échu et que la personne n'a toujours pas été examinée par le médecin, l'infirmière affectée au triage doit procéder à une réévaluation systématique et ponctuelle de l'usager, en respectant ce même délai. Les délais de réévaluation ciblés pour chaque priorité sont donc les suivants : (P1) soins continus, (P2) réévaluations chaque 15 minutes, (P3) chaque 30 minutes, (P4) chaque 60 minutes et (P5) chaque 120 minutes. Ces réévaluations, qui doivent être notées au dossier, peuvent aller de la simple vérification visuelle des patients dans la salle d'attente à la reprise des signes vitaux.

Elles permettent d'identifier tout changement de l'état d'un usager pendant son attente et d'ajuster, au besoin, son degré de priorité de soins.

À la lumière de l'analyse des 25 dossiers, il appert que 15 des 25 usagers nécessitaient une réévaluation. De ceux-ci, 13 n'ont pas été réévalués selon les normes en vigueur. La raison principale évoquée par le personnel infirmier est la même que pour le non-respect du délai prescrit pour l'évaluation initiale au triage, soit le manque de temps en raison de la charge de travail.

Trois infirmières sont responsables du triage initial et des réévaluations. L'organisation du travail fait en sorte que pour combler les pauses et les périodes de repas, ces infirmières se remplacent l'une l'autre. De plus, lorsqu'une situation urgente se présente ou qu'un usager demande une plus grande surveillance, elles sont appelées à quitter momentanément leur poste. Ainsi, il est fréquent qu'elles ne soient que deux. Cette organisation du travail est contraire au Guide de gestion de l'urgence, qui préconise le maintien des ratios d'infirmières durant les heures de pause et de repas et recommande de prévoir l'ajout d'une infirmière lorsque le besoin se fait sentir. La création de plages horaires allant de 11 h à 19 h ou de 12 h à 20 h est à envisager, car elle permet de combler les besoins durant les heures de repas et de travailler en tout temps avec un nombre adéquat de ressources. Le réaménagement de l'horaire des effectifs médical et infirmier en fonction de la variation de l'achalandage au cours d'une journée type est prévu au sein de l'établissement.

Le Protecteur du citoyen estime que la fréquence des réévaluations à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur est insuffisante et considère qu'il est important pour la sécurité des usagers que les délais de réévaluation exigés par l'ÉTG, le Ministère.

Finalement, l'étude des dossiers soumis au Protecteur du citoyen ainsi que de ceux obtenus à la suite de notre visite démontre un manque d'uniformité dans la prise de notes lors des réévaluations. Ce constat est aussi fait par la chef de l'urgence. Il nous a été mentionné que cet élément est inclus à la formation destinée au personnel infirmier.

3.1.7 Avis à l'usager de revenir si son état se détériore

Tel qu'il est précisé aux lignes directrices de l'OIIQ pour l'infirmière au triage à l'urgence, cette dernière doit aviser chaque usager de retourner dans la salle d'attente et de se présenter à nouveau au triage si son état se détériore.

Notre analyse des 25 dossiers démontre que 5 patients n'ont pas été avisés de revenir voir l'infirmière si leur état se détériorait, la case prévue à cet effet sur la feuille de triage n'étant pas cochée.

3.1.8 Utilisation des ordonnances collectives

Le Guide de gestion de l'urgence prévoit qu'au moment du triage, l'infirmière peut appliquer des protocoles découlant d'ordonnances collectives approuvées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le conseil d'administration de l'établissement. Ces ordonnances collectives permettent d'optimiser la qualité des soins et la standardisation des interventions pour traiter les problèmes de santé fréquemment observés à l'urgence. Le recours aux ordonnances collectives doit être favorisé puisqu'il a pour but d'accélérer le processus de soins, tant pour les patients sur civière que pour les patients ambulatoires.

Quelques ordonnances collectives sont mises à la disposition du personnel. Celles qui nous sont apparues les plus connues et généralement utilisées par le personnel infirmier sont : l'administration d'ibuprofène chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 mois; la référence de la clientèle adulte asthmatique connue à la salle d'inhalothérapie; l'initiation d'un électrocardiogramme. Plusieurs des employés interrogés affirment cependant que le nombre d'ordonnances n'est pas suffisant. Nous sommes informés que l'établissement travaille actuellement à la création de nouvelles ordonnances et que d'autres sont en cours d'approbation.

Bien que des rappels et des rétroactions soient faits auprès du personnel quant à l'utilisation des ordonnances collectives, nous remarquons qu'aucun bilan ni évaluation d'ensemble sur leur utilisation n'est effectué.

3.1.9 Réorientation des patients

Afin de favoriser l'accès aux soins de santé, l'orientation de certains patients vers une autre ressource peut faire l'objet d'une entente entre l'établissement et d'autres partenaires concernés dans le réseau.

Une telle procédure de réorientation des patients qui se présentent avec des signes et des symptômes précis, vers la Polyclinique Pierre-Le Gardeur est en vigueur à l'urgence. Selon l'information obtenue, cette procédure est connue, utilisée et appréciée. Ainsi, sur une période de 28 jours, en moyenne de 40 à 50 patients sont réorientés vers la Polyclinique. Il semble toutefois que cette dernière doit restreindre le nombre de références en période de grand achalandage.

Le développement de nouvelles ententes de réorientation pour les patients ayant une priorité moindre est en cours au sein de l'établissement et doit se poursuivre afin d'améliorer l'accès aux soins et diminuer l'achalandage à l'urgence.

3.1.10 Long délai avant la prise en charge médicale

Pour chacune des priorités déterminées par le personnel infirmier au triage, lorsque le délai de prise en charge médicale prévu à l'ÉTG est échu et que le patient n'a toujours pas été examiné par le médecin, l'infirmière affectée au triage doit procéder, dans le même délai, à une réévaluation de sa condition. Le Guide de gestion de l'urgence est cependant très clair et spécifique que la réévaluation ne peut pallier la prise en charge médicale, qui doit également être effectuée suivant les délais prescrits par l'ÉTG.

Notre examen des 25 dossiers démontre que les degrés de priorité 2, 3 et 4 ont été accordés aux patients. Nous constatons que pour les patients dont la priorité est 2, le délai moyen avant la prise en charge médicale est de 30 minutes. Quant aux patients ayant une priorité 3, le délai moyen augmente à 5 heures 18 minutes, mais varie de prise en charge immédiate à 17 heures 15 minutes d'attente. Finalement, pour les patients dont la priorité est 4, un temps d'attente moyen de 50 minutes est constaté avant la prise en charge médicale.

3.1.11 Attitude et comportement du personnel à l'urgence

Plusieurs usagers des services de l'urgence ont dénoncé, à la commissaire adjointe, l'attitude et les comportements inappropriés du personnel. L'examen de ces plaintes a donné lieu à des recommandations et à la mise en place de mesures correctives. La formation d'une partie du personnel de l'urgence relativement à l'approche clientèle a d'ailleurs été faite.

Lors de leurs présences à l'urgence, tant dans le cadre de leurs observations que de la visite des lieux, les déléguées n'ont pas été témoins de comportements, propos ou attitudes inappropriés. Toutefois, puisque ces insatisfactions ont également été portées à l'attention du Protecteur du citoyen pour examen en deuxième instance, il est d'avis que l'ensemble du personnel doit être conscientisé à l'importance d'adopter des comportements respectueux envers les usagers.

3.1.12 Ajout de capacité

La population desservie, en constante augmentation au cours des dernières années, son vieillissement et le manque de médecins de famille dans la région exercent une pression importante sur l'accès actuel aux soins et aux services à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. La hausse démographique se poursuivra au cours des prochaines années pour s'élever, selon le rapport de gestion 2014-2015, à 18 % d'ici 2020.

Un projet d'ajout de 146 lits est inscrit au Plan québécois des infrastructures 2015-2025. L'avancement du dossier nous a aussi été confirmé tant par le ministère de la Santé et des Services sociaux que par l'établissement. Ainsi, le Protecteur du citoyen suivra attentivement le développement de ce projet, dont l'approbation du dossier d'opportunité par le Ministère est prévue en 2016.

4 Conclusion

Cette intervention a permis au Protecteur du citoyen de constater que l'aménagement physique de la salle d'attente de l'urgence de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur n'assure pas entièrement la sécurité des usagers et ses modules de triage ne permettent pas d'assurer le respect de leur dignité et de leur droit à la confidentialité. Bien que nous ayons constaté la volonté réelle des intervenants et des gestionnaires de l'établissement d'optimiser l'organisation et son efficacité, l'intervention met en lumière que les usagers ne bénéficient pas toujours de soins et de services de qualité et qu'ils n'accèdent pas à une prise en charge médicale dans un délai adéquat. Ainsi, dans le but d'améliorer ces aspects, le Protecteur du citoyen adresse 16 recommandations au Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière.

5 Recommandations

Le Protecteur du citoyen fait les recommandations suivantes au Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière – Hôpital Pierre-Le-Gardeur :

- R-1 S'assurer** que le personnel infirmier au triage a une vue complète, en tout temps, de tous les patients de la salle d'attente;
- R-2 S'assurer** que la configuration des modules de triage favorise l'efficacité opérationnelle;
- R-3 S'assurer** que l'aménagement physique des modules de triage respecte le droit à la dignité et à la confidentialité des patients;

- R-4 Instaurer** l'évaluation sommaire ou brève lorsque la durée d'attente au triage est supérieure à la cible de 10 minutes;
- R-5 Poursuivre** la formation sur le triage pour l'ensemble du personnel infirmier;
- R-6 S'assurer** de l'amélioration continue du triage, par exemple en réalisant des audits postformation;
- R-7 Rappeler** au personnel infirmier que le triage n'est pas une évaluation complète et que son objectif est de recueillir suffisamment d'informations pour permettre de porter un jugement clinique sur le degré de priorité des soins;
- R-8 S'assurer** que le personnel infirmier de l'urgence effectue les réévaluations, selon les délais prescrits par l'ÉTQ;
- R-9 S'assurer** de l'uniformité et de la rigueur des notes inscrites aux dossiers des usagers lors des réévaluations;
- R-10 Poursuivre** les travaux de réaménagement des horaires des effectifs médicaux et infirmier en fonction de la variation de l'achalandage au cours d'une journée type;
- R-11 Rappeler** au personnel infirmier de l'urgence l'importance d'informer les patients de revenir si leur état se détériore et de noter cette information sur la feuille de triage;
- R-12 Effectuer** un suivi de l'utilisation des ordonnances collectives par le personnel infirmier au triage et adapter la formation sur le triage selon les lacunes constatées;
- R-13 Poursuivre** le développement et la mise en place de nouvelles ordonnances collectives;
- R-14 Poursuivre** le développement de nouvelles ententes de réorientation des patients présentant un degré de priorité de 4 et 5;
- R-15 Offrir** la formation sur l'approche clientèle à l'ensemble du personnel de l'urgence;
- R-16 Poursuivre** l'élaboration du dossier d'opportunité et commencer, d'ici le 31 décembre 2016, la réalisation du dossier d'affaires afin de procéder à l'ajout de capacité à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur.

Suivi attendu

Tel que le prévoit la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (RLRQ, c. P-31.1), le Protecteur du citoyen doit être informé, au plus tard le 30^e jour de la réception du présent rapport, des suites que l'instance entend donner aux recommandations qu'il contient ou des motifs pour lesquels elle n'entend pas y donner suite. De façon complémentaire, le Protecteur du citoyen demande à l'instance concernée de lui confirmer, d'ici le 31 mai 2016, que les recommandations 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 15 ont été réalisées, en indiquant le moyen utilisé pour y parvenir, et de l'informer, d'ici le 31 décembre 2016, du résultat des travaux en lien avec les recommandations 6, 13, 14 et 16.

www.protecteurducitoyen.qc.ca



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Bureau de Québec
Bureau 1.25
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5Y4
Téléphone : **418 643-2688**

Bureau de Montréal
10^e étage, bureau 1000
1080, côte du Beaver Hall
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Téléphone : **514 873-2032**

Téléphone sans frais : **1 800 463-5070**

Télécopieur : **1 866 902-7130**

Courriel : protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca