



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

RAPPORT FINAL

INTERVENTION À

**VILLA SAINTE-ANNE
RESSOURCE INTERMÉDIAIRE**

RATTACHÉE AU

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE DORVAL-LACHINE-LASALLE**

LE 19 AVRIL 2012

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, L.R.Q., chapitre P-31.1 (Loi sur le Protecteur des usagers) et sa communication ou diffusion est régie tant par cette loi ainsi que par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., 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.

525, boulevard René-Lévesque Est, bureau 1.25 Québec (Québec) G1R 5Y4 Téléphone : (418) 643-2688	1080, côte du Beaver Hall, 10 ^e étage Montréal (Québec) H2S 1S8 Téléphone : (514) 873-2032
Courriel : protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca	
© Protecteur du citoyen 2012	

Table des matières

1. LE CONTEXTE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION	1
1.1 La Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux	1
1.2 La demande d'intervention.....	1
1.3 La pertinence de l'intervention	1
1.4 Les instances visées par l'intervention.....	1
2. LA CONDUITE DE L'INTERVENTION	2
2.1 Pour conduire l'enquête.....	2
2.2 La collecte d'information	2
2.3 Documentation consultée	3
2.4 La description de la ressource	4
3. RÉSULTAT DE NOTRE INVESTIGATION.....	5
3.1 Définition de ressource intermédiaire.....	5
3.2 La clientèle	5
3.3 Rôles et responsabilités de la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne	5
3.3.1 L'organisation des services.....	6
3.3.2 Le service alimentaire.....	7
3.3.3 L'assistance aux soins d'hygiène.....	8
3.3.4 Les activités de loisirs.....	8
3.3.5 L'environnement physique et la propreté des lieux	9
3.3.6 Le climat et les règles de vie dans le milieu	9
3.3.7 Sommaire d'analyse concernant les rôles et les responsabilités de la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne	10
3.4 Rôles et responsabilités du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle.....	10
3.4.1 Le suivi des usagers.....	11
3.4.2 L'information concernant les usagers	12
3.4.3 Le plan intervention	13
3.4.4 Le contrôle de la qualité des services	13
3.4.5 Sommaire d'analyse concernant les rôles et les responsabilités du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle.....	14
3.5 Rôles et responsabilités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.....	15
3.5.1 Le Projet d'implantation de la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne.....	15
3.5.2 Le système régional d'admission	16
3.6 Le plan d'amélioration pour l'année 2011-2012 de la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne	17
3.7 Conclusion.....	19
4. RECOMMANDATIONS.....	19
4.1 Ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne	19
4.2 Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle	20
4.3 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.....	20

1. LE CONTEXTE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

1.1 LA 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. 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 (LSSSS) 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 LA DEMANDE D'INTERVENTION

Le 3 mai 2011, le Protecteur du citoyen a reçu un signalement concernant la qualité des soins et des services ainsi que la qualité de vie offerte aux personnes hébergées à la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne. Les plaintes formulées portent sur l'alimentation, l'assistance aux activités de la vie quotidienne, les loisirs, l'environnement physique et la propreté des lieux. Des problèmes de communication et de gestion sont également identifiés. Des allégations d'abus, de négligence et de maltraitance par omission sont ajoutées au signalement. Or, il est attendu des instances visées qu'elles veillent à la protection et au respect des aînés et de leurs familles.

1.3 LA PERTINENCE DE L'INTERVENTION

Tenant compte de ces allégations, le Protecteur du citoyen a voulu s'assurer que les personnes hébergées à la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne reçoivent, dans un milieu de vie de qualité adapté, les soins et les services qui répondent à leurs besoins. L'intervention visait aussi à s'assurer que les personnes hébergées ne soient, d'aucune façon, victimes d'abus, de négligence ou de maltraitance.

1.4 LES INSTANCES VISÉES PAR L'INTERVENTION

Les instances visées par la présente demande d'intervention sont la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne (la Ressource), le Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (le CSSS) et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (l'Agence).

1. L.R.Q., c. P-31.1, art. 1 et 7.

2. *Ibid.*, art. 20 et suivants.

La Ressource peut accueillir un nombre maximum de 40 usagers en perte d'autonomie liée au vieillissement. L'entente contractuelle qui lie les parties est conforme au contrat type national. Elle vient à échéance le 17 décembre 2018 et est renouvelable pour un an, selon les termes édictés.

2. LA CONDUITE DE L'INTERVENTION

2.1 POUR CONDUIRE L'ENQUÊTE

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, la protectrice du citoyen a confié à M^{mes} Lise Blondeau et Line Vézina le mandat de recueillir le témoignage des personnes concernées et le point de vue des instances impliquées ainsi que toute autre information jugée pertinente afin de procéder à l'analyse de la situation et, le cas échéant, de proposer des correctifs et des mesures d'amélioration. Pour mieux évaluer la situation, une visite impromptue a été privilégiée.

Nous nous sommes présentées à la Ressource, le 19 mai 2011. Nous avons remis en main propre l'avis d'intervention du Protecteur du citoyen à la directrice. Jointe par téléphone, la propriétaire a accepté de venir nous rencontrer. Au même moment, les dirigeants du CSSS et de l'Agence ont reçu respectivement un avis d'intervention concernant la Ressource.

Lors de ce premier contact, nous avons été informées que la directrice occupe le poste depuis le 27 avril 2011. Nous avons appris également l'existence du Plan d'amélioration pour l'année 2011-2012 ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne. Ces éléments ont été considérés dans notre examen.

2.2 LA COLLECTE D'INFORMATION

Dans notre enquête, afin d'obtenir l'information pertinente et nécessaire à notre intervention, nous avons recueilli les commentaires et les observations de la propriétaire, de la directrice et des membres du personnel de la Ressource. Nous avons entendu également les directeurs, les cadres et les professionnels du CSSS et de l'Agence qui occupent ou ont occupé des fonctions spécifiques concernant la Ressource.

Pour assurer le respect de la confidentialité des renseignements personnels et avec le souci d'éviter l'identification de toute personne en cause, nous avons utilisé le genre masculin comme générique, sauf pour le personnel infirmier majoritairement féminin.

Au total, 27 intervenants ont été rencontrés ou contactés les 19 et 20 mai ainsi que les 8, 9 et 10 juin 2011. Tous nous ont apporté leur entière collaboration. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a dressé un état de situation sur les dossiers qu'elle a traités concernant la Ressource. La présidente du comité des usagers a présenté ses observations.

Nous avons personnellement échangé avec dix usagers de la Ressource et dix membres des familles.

2.3 DOCUMENTATION CONSULTÉE

Afin de maximiser notre collecte d'information, nous avons consulté les documents suivants :

Documents locaux :

- Contrat entre le Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle et la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne, 18 décembre 2008;
- Rapport de visite du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal à la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne, 13 avril 2011;
- Plan d'amélioration pour l'année 2011-2012 ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne, Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle, 16 mai 2011;
- Compte rendu des rencontres de suivi de la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne et Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 18 mai, 8 juillet, 1^{er} septembre 2011;
- Cadre de référence pour un milieu de vie de qualité en centre d'hébergement, Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle, mars 2008;
- Les dossiers des usagers au Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (10/40);
- Les renseignements colligés disponibles à la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne concernant les usagers;
- Autres documents administratifs contenus aux dossiers ressources constitués au Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle et à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal concernant la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne.

Documents régionaux :

- Plan d'action 2005-2010 pour les services aux personnes âgées de la région de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2005;
- Guide de mise en œuvre pour une ressource intermédiaire pour les personnes en perte d'autonomie, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, décembre 2007;
- Compléments au guide de mise en œuvre RI-PPALV, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, février 2009;

- Service régional d'admission, Politiques et procédures du mécanisme d'accès à l'hébergement, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2003 et révision juin 2011.

Documents législatifs et ministériels :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, art. 301 à 309;
- Cadre de référence sur les ressources intermédiaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001;
- La pratique professionnelle et la ressource de type familial, Guide d'orientation, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003;
- Contrat type entre un établissement et une ressource intermédiaire pour 10 usagers adultes et plus, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006;
- Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003;
- Rapport d'enquête sur les événements entourant la fermeture du Pavillon Marquette et sur l'examen du processus d'attribution des places dans les ressources intermédiaires au Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011;
- L'Entente nationale en vertu de l'article 303.1 de la LSSS entre le ministère et l'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ), 2006.

2.4 LA DESCRIPTION DE LA RESSOURCE

La Ressource a ouvert ses portes en décembre 2008. La bâtisse comprend quarante chambres privées, réparties sur quatre des cinq étages. Quatre chambres sont accessibles pour des fauteuils roulants (non motorisés). Toutes les chambres possèdent une toilette privée. De surcroît, on retrouve sur le même étage une salle de bain complète commune. La porte de l'entrée principale est codée; l'accès aux étages également. Il n'y a pas de système anti-fugue. La salle à manger et la salle d'activités sont situées au premier étage (rez-de-chaussée arrière). De grands salons sont disponibles sur chacun des étages. Celui du cinquième étage est aménagé comme fumoir.

Nous avons d'abord constaté que l'ambiance générale des lieux était celle d'un immeuble à logements. Toutes les portes des chambres étaient fermées et il n'y avait aucun bruit. Aucun usager ni membre du personnel n'était visible. Il n'y avait pas de poste d'accueil à l'entrée. Un préposé nous a conduites au bureau de la directrice.

Au cours de la tournée de visites, nous avons rapidement remarqué l'attitude chaleureuse et empathique de la directrice envers les usagers. Il s'agissait de la quatrième directrice depuis l'ouverture, les usagers ont spontanément exprimé leur sentiment à son égard : *Celle-là, je l'aime!*

3. RÉSULTAT DE NOTRE INVESTIGATION

3.1 DÉFINITION DE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE

Un établissement public qui a été identifié par l'agence peut recourir aux services d'une ressource intermédiaire aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite. Un processus de reconnaissance auprès de l'agence conduit à la conclusion d'une entente à cette fin.³

Est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer dans la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition⁴.

L'entente conclue entre les parties est principalement encadrée par la LSSSS; le cadre de référence ministériel concernant les ressources intermédiaires ainsi qu'un guide régional de mise en œuvre.

3.2 LA CLIENTÈLE

La Ressource est tenue d'accueillir les personnes qui sont orientées par le comité régional d'admission. Selon les critères établis par l'Agence, la clientèle admissible à la Ressource requiert jusqu'à trois heures de soins infirmiers et d'assistance par jour. Une perte d'autonomie physique très, très légère incluant des déficits cognitifs avec des comportements d'errance est précisée comme critère d'inclusion.

Actuellement, la clientèle présente une perte d'autonomie de plus en plus importante. Plusieurs usagers ont des problèmes de santé et de mobilité physique, ou présentent des comportements d'errance. Rapidement, leur profil se situe à la zone frontière des critères d'admissibilité en CHSLD, soit plus de trois heures de soins infirmiers et d'assistance requis par jour et un besoin d'encadrement 24 heures sur 24. D'origine culturelle et linguistique variée, environ 40 % des personnes hébergées sont francophones, alors que l'ensemble du personnel est d'origine multiethnique et principalement anglophone.

3.3 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA RESSOURCE INTERMÉDIAIRE VILLA SAINTE-ANNE

La Ressource s'est engagée à offrir aux usagers qui lui sont confiés les services d'hébergement, de soutien et d'assistance requis par leur état de santé. Le personnel doit être en mesure de répondre adéquatement à leurs besoins. La Ressource doit assurer une surveillance des personnes hébergées, offrir des activités de loisirs ainsi que des activités physiques et spirituelles.

3. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 301 et 304.

4. *Ibid.*, art. 302.

En relation avec les allégations du signalement, nous précisons certaines des obligations de Villa Sainte-Anne :

- Présenter une nourriture équilibrée selon le Guide alimentaire canadien;
- Offrir des services de qualité dispensés par du personnel compétent;
- Assurer la présence d'une personne majeure en tout temps, en fonction des services requis;
- Assurer une surveillance générale de l'état de santé physique et mentale des usagers;
- Informer l'établissement, sans délai, lorsque des problèmes particuliers sont observés;
- Participer à la préparation des objectifs contenus au plan d'intervention, collaborer à son application et à sa révision;
- Faire respecter et appliquer le code d'éthique et les autres politiques, directives, règles ou normes applicables du CSSS;
- Aider, s'il y a lieu, les usagers à utiliser les services de santé;
- Fournir du matériel, du mobilier, du linge de maison adéquats ainsi que des aires communes respectueuses des normes de sécurité et d'hygiène applicables;
- Favoriser des mesures d'aide et d'incitation à l'intégration et au maintien dans la communauté;
- Participer dans la mesure du possible aux formations offertes par le CSSS.

3.3.1 L'organisation des services

La propriétaire de Villa Sainte-Anne s'est dite peinée de la mauvaise réputation de la ressource intermédiaire. Un sondage, réalisé en avril 2010, traduisait pourtant un pourcentage de satisfaction globale de 67 %. Elle s'est donc montrée surprise de la réaction médiatique défavorable de février 2011 et a fait montre d'une volonté de rétablir un climat de confiance avec la population et avec le CSSS.

Dès son arrivée, la nouvelle directrice a révisé totalement l'organisation des services et les plans de travail des préposés aux bénéficiaires (préposés). L'offre de services globale a été rehaussée d'un ou de deux préposés d'après les besoins et selon l'organisation suivante : six ou sept préposés de jour, trois en mi-journée et en soirée, deux la nuit.

La soirée, la nuit et les fins de semaine étaient dénoncées au signalement comme des périodes plus fragilisées en raison de l'instabilité des équipes et du manque de personnel. Une des nouvelles mesures implantées est l'identification d'une équipe dédiée de préposés responsables de chaque étage. Cette même équipe assure la stabilité une fin de semaine sur deux. Pour soutenir son personnel, la directrice est disponible sur appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Les outils de travail nouvellement implantés, tels que des cahiers de communication, aident à mieux faire comprendre aux préposés leur rôle et leurs responsabilités. La formalisation des rapports interservices assure le transfert d'information. Le sentiment de confiance des préposés est accru et l'application des politiques et des procédures du CSSS consolidée.

Les préposés ont reçu une formation complémentaire sur l'approche et l'intervention auprès des personnes qui présentent des déficits cognitifs. Le processus d'accueil, les mesures de surveillance et de vigilance des préposés envers les usagers ont été revus en conséquence. La formation obligatoire dans le cadre de l'application du projet de loi 90⁵, concernant la déprofessionnalisation des soins invasifs et l'administration des médicaments est complétée.

En outre, les critères d'embauche et de sélection des préposés ont été rehaussés. La directrice exige un diplôme avec une attestation d'un plus grand nombre d'heures de formation. Elle essaie de recruter davantage de personnel francophone. Un jumelage des préposés, anglais-français, est réalisé pour permettre une meilleure communication et une meilleure compréhension auprès des résidents.

Il est permis de croire que les préposés seront mieux formés pour surveiller quotidiennement de façon plus rigoureuse l'état général de la santé physique et mentale des usagers et d'informer sans délai le CSSS lorsque des problèmes particuliers sont observés.

3.3.2 Le service alimentaire

La révision des menus et la réorganisation du service alimentaire sont une des premières améliorations qui a été réalisée par la nouvelle directrice. L'insatisfaction concernant l'alimentation revenait régulièrement. Des préposés ont déjà été affectés à la préparation des repas sans aucune formation ni expérience. La description de certains plats servis aux résidents a confirmé que les insatisfactions étaient fondées.

La Ressource est tenue de respecter le *Guide alimentaire canadien*. Mais plus encore, nous insistons sur l'importance de considérer l'activité rattachée à l'alimentation comme une des principales activités de la vie quotidienne des personnes âgées pouvant contribuer aux objectifs de santé, de bien-être et d'intégration sociale. La planification des menus et l'activité même du repas doivent tenir compte de la diversité socioculturelle, des goûts et des besoins particuliers des résidents.

Lors de notre visite, nous avons remarqué que les portions de poitrines de poulet servies au repas du midi étaient généreuses et bien apprêtées. Tous nous ont dit que la nourriture était meilleure qu'avant. Nous avons cependant observé que le rangement pêle-mêle des aliments au congélateur pouvait mettre en doute une saine

5. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, juin 2002.

gestion des aliments. Dans le cadre du plan d'amélioration déposé par l'établissement, les correctifs ont été apportés et un suivi a été réalisé par une nutritionniste. Le problème concernant l'alimentation est considéré réglé par le CSSS.

3.3.3 L'assistance aux soins d'hygiène

Des familles et des intervenants ont dénoncé des problèmes d'hygiène personnelle : usagers inadéquatement vêtus, ongles et cheveux sales. Lors de notre visite, tous les usagers étaient propres, bien coiffés et bien vêtus. Notre consultation auprès des familles a validé ce constat. Ces dernières ont remarqué une réponse plus personnalisée aux besoins d'hygiène de leur parent. Nous avons noté, entre autres, qu'un bain supplémentaire est planifié hebdomadairement pour une résidente dont l'état le nécessite.

La promotion par la nouvelle directrice d'une approche et d'une intervention mieux adaptées aux besoins de la clientèle a permis de diminuer les insatisfactions sur les services dispensés par du personnel anglophone. Sur place, nous avons échangé en français avec les préposés. La communication était plus difficile avec certains, qui suivent actuellement des cours de français.

Le personnel est aujourd'hui plus sensibilisé à sa contribution à la stimulation ou à l'assistance des usagers pour des soins d'hygiène de meilleure qualité. Auparavant, le discours véhiculé indiquant que l'utilisateur était comme dans son appartement privé laissait place à une approche et à un niveau d'intervention plus limités.

3.3.4 Les activités de loisirs

L'ambiance est décrite dans le signalement comme morne et sans vie. Nos premières observations allaient dans le même sens. Depuis notre visite, la directrice a réaffirmé l'importance des activités thérapeutiques pour la qualité de vie, le climat et l'atteinte des objectifs en ressource intermédiaire. Une nouvelle bachelière en animation de loisirs organise maintenant des activités tous les jours. Le matériel a été renouvelé. Des efforts sont déployés pour inciter les personnes âgées à sortir de leur chambre et à briser l'isolement. En moyenne, une dizaine d'usagers sur quarante participent aux activités.

La salle d'activité est tout de même étroite et sombre. Le local n'est pas conçu pour recevoir un grand nombre de personnes qui se déplacent avec un déambulateur ou un fauteuil roulant. Des activités se tiennent dans la salle à manger, à proximité. Un atelier, où les usagers cuisinent des biscuits et des muffins, illustre l'amélioration et la compréhension du concept de milieu de vie adapté. L'activité pastorale hebdomadaire pour la célébration de la messe a été reprise. Il n'y a cependant pas d'espace commun qui se prête au recueillement.

Nous saluons l'initiative de la directrice pour dynamiser l'ambiance et le climat à Villa Sainte-Anne. Les corridors sont décorés et l'inscription des chambres est personnalisée. La salle à manger est bien éclairée, gaie et décorée avec bon goût.

3.3.5 L'environnement physique et la propreté des lieux

Les préposés ont la responsabilité d'assurer l'ensemble des services de soutien et d'assistance des usagers sur l'étage où ils sont assignés, incluant l'entretien des chambres et la propreté des lieux.

La nouvelle structure d'organisation de services et d'encadrement du personnel permet un meilleur suivi. Lors de notre passage inattendu, les chambres visitées et les aires communes étaient adéquates et bien entretenues.

Par ailleurs, les équipements extérieurs et l'aménagement des espaces verts ne sont pas complètement adaptés pour les usagers qui ont une capacité de mobilité réduite. L'utilisation risquée d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant sur le gazon, des bancs et des tables comme ceux utilisés dans la restauration rapide, l'absence d'abri solaire sont des contraintes qui ne favorisent pas les sorties. Le plan d'amélioration cible un échéancier de réalisation des corrections nécessaires pour l'été 2012.

3.3.6 Le climat et les règles de vie dans le milieu

Des gestes, tons ou approches inappropriés, irrespectueux ou abusifs ont été dénoncés entre et envers plusieurs personnes. Plusieurs situations ont été rapportées tant par des usagers, des familles, des membres du personnel de soutien et professionnel que par des gestionnaires. Quoique plusieurs des situations décrites soient impossibles à vérifier, nous avons constaté que la qualité de vie et le climat de travail dans le milieu ont été grandement affectés.

Étant donné que la situation perdurait depuis longtemps, le signalement reçu n'est pas étonnant et met en évidence les éléments suivants : des relations conflictuelles, un climat qui est loin d'être harmonieux, des usagers et des familles insatisfaits, du personnel démobilisé et des gestionnaires dépassés.

Dès son arrivée, la nouvelle directrice a rencontré tous les résidents et a communiqué avec leurs familles. Elle a également rencontré le personnel. Des précisions ont été apportées au guide d'accueil sur la description des services, sur les ressources disponibles et sur les règles de vie. L'application du code d'éthique a été renforcée.

Considérant que plusieurs des personnes visées ne sont plus présentes ou impliquées, que le climat s'est amélioré depuis l'arrivée de la nouvelle directrice et que le Protecteur du citoyen n'a pas compétence en matière de gestion et de relations de travail, nous n'investiguerons pas davantage à ce sujet. Nous soulignons toutefois l'importance de l'implantation des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en ressource intermédiaire.

Concernant les règles de vie, notre examen a révélé que certains usagers ne les respectaient pas pour l'utilisation du fumoir, et ce, bien avant l'arrivée de la nouvelle directrice. Celle-ci a présenté à la gestionnaire du programme au CSSS une proposition de démarche auprès de ces usagers. Selon l'information dont nous disposons, personne jusqu'alors, n'avait pris le leadership pour régler cette situation. En outre, la conformité du fumoir a été vérifiée et validée par les services techniques du CSSS. Le contrôle de l'odeur demeure toujours un défi, là comme dans plusieurs autres milieux d'hébergement.

3.3.7 Sommaire d'analyse concernant les rôles et les responsabilités de la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne

La Ressource est responsable de la qualité des services d'hébergement, de soutien et d'assistance qu'elle offre aux usagers du CSSS. Le CSSS en est toutefois imputable et il doit s'en assurer.

Le problème d'encadrement et de qualité des services à la Ressource, jusqu'en avril 2011, est ressorti de notre analyse. Les actions réalisées par la nouvelle directrice étaient pleinement justifiées. Son expertise clinique, sa connaissance des besoins de la clientèle, sa compréhension du concept milieu de vie et la nouvelle prise en charge des usagers font toute la différence. Ce sont des atouts indéniables pour l'atteinte des objectifs inscrits au plan d'amélioration de la qualité des services de la Ressource.

Nous ferons donc des recommandations à ce sujet au point 4 du présent rapport.

3.4 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE

Pour sa part, l'établissement public, le CSSS, est responsable de l'utilisateur qui reçoit des services de la ressource intermédiaire. Il doit assurer son suivi, ce qui inclut la préoccupation de la qualité des services cliniques et non cliniques.

Concernant les allégations du signalement, nous précisons une partie des obligations du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle :

- identifier les intervenants qui assument le suivi en matière de services aux usagers;
- informer la Ressource des diverses politiques de l'établissement à appliquer;
- remettre à la Ressource un sommaire écrit sur l'état de santé de l'utilisateur et ses besoins;
- élaborer et présenter un plan d'intervention (PI) pour chaque usager dans les 30 jours de son arrivée; assurer sa révision en associant et en consultant la Ressource;
- s'assurer de fournir tous les services requis autres que l'hébergement, le soutien et l'assistance, conformément au contrat;
- intervenir dans les plus brefs délais à la demande de la Ressource lorsque celle-ci est aux prises avec des difficultés concernant un usager; traiter avec célérité la demande de transfert, s'il y a lieu.

3.4.1 Le suivi des usagers

Le guide de pratique professionnelle précise que l'intervenant usager est responsable de chaque usager placé dans une ressource. Il assure le suivi de ce dernier pendant toute la durée du placement. Il voit à l'application du plan d'intervention. À cette fin, sa présence régulière dans le milieu s'impose.

Les intervenants professionnels n'ont pu nous indiquer les usagers pour qui ils assurent cette responsabilité première d'intervenant usager. Ils visitent les usagers principalement sur référence de la Ressource comme dans un contexte de soutien à domicile, avec la particularité, ajoutent-ils, que ces personnes vivent dans un milieu qui appartient au privé. L'infirmière et le travailleur social discutent ensemble des situations particulières, s'il y a lieu. Pour les résidents et leurs familles, le rôle de l'intervenant usager est totalement méconnu. Des représentants d'usagers ont mentionné n'avoir jamais eu d'autre contact avec un professionnel du CSSS après la journée d'accueil.

Les intervenants rencontrés ont mentionné qu'à l'ouverture de la Ressource une plus grande disponibilité des professionnels était assurée sur place. Actuellement, l'infirmière est présente à la Ressource environ une heure et demie tous les jours, du lundi au vendredi. Le travailleur social est présent quelques heures, trois jours par semaine. Chaque intervenant assume la responsabilité de plusieurs ressources intermédiaires rattachées au CSSS. Cette situation implique des déplacements, notamment vers les bureaux du CSSS pour la tenue administrative des dossiers d'usagers.

À ce sujet, le contenu des dossiers d'usagers que nous avons consultés est incomplet et n'est pas uniforme. Pour certains dossiers et durant de longues périodes, on ne retrouve aucune note de suivi professionnel. Notre examen a révélé aussi le changement fréquent d'intervenants, lequel a contribué à un bris de continuité de l'information et de suivi des usagers. Nous avons aussi remarqué que les intervenants conservent avec eux, en marge du dossier de l'usager, un cahier de notes professionnelles. Cela soulève une préoccupation importante relative à la protection des renseignements personnels concernant les usagers. Aussi, le dossier principal de l'usager rend-il compte de toutes les interventions de suivi professionnel? Par ailleurs, des intervenants ont expliqué qu'ils ont déjà rencontré des difficultés à recevoir de l'information de la Ressource concernant les usagers.

Les intervenants disent avoir régulièrement informé leurs supérieurs au CSSS de l'alourdissement des besoins de la clientèle et de la question de la qualité des soins et des services à la Ressource. Ils ont toutefois reçu peu de soutien à cet égard, le CSSS invoquant, d'une part, son pouvoir limité étant donné l'autonomie de gestion de la Ressource et, d'autre part, la pression régionale pour accueillir une clientèle de plus en plus en grande perte d'autonomie. La situation a conduit à une inaction et à une certaine forme de laxisme en matière de responsabilité quant au contrôle de la qualité de l'ensemble des services aux usagers. Le problème de soutien et d'encadrement a été amplifié par un changement administratif majeur au CSSS.

3.4.2 L'information concernant les usagers

Le CSSS doit fournir à la ressource intermédiaire, afin qu'elle puisse bien remplir son mandat, l'information pertinente, utile et nécessaire concernant l'état et les besoins des usagers. De plus, une bonne évaluation de l'utilisateur, par une équipe multidisciplinaire, doit permettre de déterminer les renseignements pertinents à transmettre et d'outiller la Ressource pour tout élément se rapportant à une problématique nouvelle. Or, ces conditions ne sont pas remplies.

Nous avons pris connaissance des renseignements disponibles à la Ressource sur les usagers hébergés. Ces renseignements sont minimaux, incomplets et pas toujours à jour. Nous y retrouvons principalement les coordonnées des répondants, de même que quelques observations sur l'alimentation, sur les allergies et sur quelques soins particuliers. Nous avons rarement noté la présence d'information sur les plans : psychosocial, intérêt personnel, histoire de vie ou soins infirmiers spécifiques importants à connaître.

Le débat sur la confidentialité, concernant l'information autorisée à transmettre aux ressources intermédiaires, fut abordé à plusieurs reprises, particulièrement, en ce qui concerne les diagnostics médicaux. Comme il n'y a pas de prise en charge médicale dans les ressources intermédiaires, nous savons également que la clientèle orpheline de médecin de famille constitue de plus en plus un problème majeur en raison du profil général des usagers.

Les intervenants du CSSS ont précisé que des rencontres périodiques pour discuter des usagers se tenaient avec l'ancienne responsable de la Ressource. Cependant, avant mai 2011, nous n'avons pu vérifier si le transfert de l'information auprès des préposés était adéquat. Pour sa part, la nouvelle directrice a mis en place des mesures bien encadrées de rencontres régulières et entre les quarts de travail qui sont appréciées du personnel et qui contribuent à assurer la continuité des services.

Nous avons entendu parler qu'avant la nouvelle prise en charge de la Ressource, des préposés ont appelé le 911, et même la police, dans des situations pour lesquelles ils manquaient d'information ou d'instructions. Des problèmes de communication, d'information et de liaison, ou encore l'absence d'interventions préventives identifiées aux plans d'intervention ont nui à la résolution des problèmes. Par ailleurs, la directrice actuelle a donné en exemple l'estimation suivante : 14 des 20 hospitalisations survenues entre juillet et août 2011 auraient pu être évitées si la Ressource avait disposé de renseignements suffisants ou si le renouvellement de prescriptions médicales avait été facilité.

3.4.3 Le plan intervention

La LSSSS prévoit que le plan d'intervention doit être élaboré dans les 30 jours de l'admission de l'usager et actualisé selon l'évolution de sa condition ou minimalement annuellement. L'analyse des dossiers d'usagers a révélé que le CSSS accusait un retard à ce sujet. Selon l'estimation de la coordonnatrice de l'administration du programme, 12 dossiers sur 40 nécessitaient une révision. Aucun plan thérapeutique infirmier n'avait encore été complété. On admettait également un retard pour la mise à jour du SMAF, l'outil graphique pour les services requis d'aide aux activités de la vie quotidienne. Au surplus, la ressource intermédiaire n'a pas été associée ni consultée sur les moyens à mettre œuvre pour atteindre les objectifs révisés des plans d'intervention.

Finalement, nous sommes informées que dans le cadre du plan d'amélioration, l'exercice de révision a été complété.

3.4.4 Le contrôle de la qualité des services

Aucune précision ou attente signifiée sur les normes de qualité attendues de la ressource intermédiaire n'est définie aux paramètres sur la dispensation des services annexés au contrat. Les paramètres définis sont principalement d'ordre matériel.

La coordonnatrice d'administration du programme PALV a confirmé qu'il n'y avait pas de mécanisme formel d'évaluation des ressources intermédiaires, même régionalement. À la consultation du dossier ressource, nous avons effectivement constaté l'absence d'outils de mesures d'évaluation et de suivi avant la crise du printemps 2011. Nous avons trouvé des notes de communications concernant des situations problématiques discutées à la pièce. Le ton des échanges témoigne d'un contexte ardu, par moments. D'une part, les gestionnaires du CSSS ont invoqué leur pouvoir limité en ce qui concerne l'organisation de services et le personnel de la Ressource. D'autre part, la Ressource s'est plainte de moyens limités et d'un manque de soutien du CSSS. Des rencontres avec l'exploitante de la Ressource sont réalisées, dans le cadre du suivi du plan d'action, pour assurer une compréhension commune de l'application concrète des responsabilités respectives de chacune des parties.

La direction PALV du CSSS est sous la responsabilité d'une nouvelle gestionnaire. Celle-ci nous a entretenus du plan d'action de sa direction pour développer des outils de planification et de suivi, incluant l'approche à la clientèle, pour les ressources intermédiaires.

L'implication de la direction des soins infirmiers du CSSS dans le cadre du plan d'amélioration est de bon augure. Cette direction n'avait jamais été interpellée pour des besoins de formation ou pour l'encadrement professionnel des intervenants en milieu de ressource intermédiaire.

La directrice des soins infirmiers du CSSS nous a présenté une juste lecture de la situation. Elle a immédiatement constaté que des usagers n'étaient pas à leur place. Elle a remarqué le problème d'environnement, d'écoute et de manque d'expertise du personnel. La formation des préposés et la présence minimale de personnel infirmier sont au cœur d'une réflexion qui sera partagée avec la direction de l'hébergement. L'encadrement professionnel sera également abordé à la suite du constat des difficultés d'arrimage entre les rôles et les responsabilités. C'est la première fois qu'un exercice d'autocritique est présenté par un gestionnaire de l'établissement quant à la part de responsabilité du CSSS dans ce dossier.

3.4.5 Sommaire d'analyse concernant les rôles et les responsabilités du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle

Le pouvoir du CSSS de résilier l'entente avec la Ressource, comme prévu au contrat, impose l'obligation d'assurer un suivi régulier de celle-ci, de lui préciser clairement les correctifs attendus et de les inscrire au plan de suivi de la Ressource. Ce plan doit prévoir une réévaluation régulière des moyens mis en place par la Ressource pour s'acquitter de ses obligations envers les usagers et le CSSS.

Nous estimons qu'il y avait suffisamment d'indices pour implanter beaucoup plus tôt une démarche de suivi soutenue auprès de la Ressource. Le problème d'encadrement concernant la Ressource jusqu'en avril 2011 est documenté. Des lettres ainsi que des courriels échangés entre responsables de la Ressource, du CSSS et des familles en témoignent.

Le CSSS est responsable de s'assurer de la qualité des services cliniques et non cliniques offerts à ses usagers. Des rôles et des responsabilités mal définis et mal compris, un cadre d'application rigide, un soutien et un encadrement déficient ainsi qu'une présence professionnelle limitée dans le milieu n'ont certes pas favorisé un suivi optimal. La mise en œuvre du plan d'amélioration devra combler non seulement les lacunes de la ressource intermédiaire, mais également celles du CSSS.

Nous rappelons les constats suivants :

- La direction responsable du CSSS incapable, à ce moment précis, d'assumer son mandat envers la Ressource;
- Le manque de précision du CSSS sur les attentes et les normes attendues de la Ressource en matière de qualité des services et qualité de vie;
- Le manque de continuité dans l'évaluation et le suivi des usagers;
- Les plans d'intervention incomplets et le manque d'information concernant les usagers;
- Le temps de présence et de suivi des intervenants professionnels à la Ressource insuffisant;
- L'absence d'une équipe dédiée stable qui travaille en interdisciplinarité;
- L'absence d'identification d'un intervenant usager pour chacun des usagers hébergés;

- Le manque d'encadrement des intervenants professionnels et de soutien à leur égard;
- L'absence de mécanismes de contrôle et d'outils d'évaluation afin d'apprécier la continuité et la qualité des services;
- L'absence d'évaluation des besoins de formation des professionnels et des gestionnaires;
- L'absence de moyens pour favoriser la collaboration entre les intervenants, le personnel et la propriétaire de la Ressource;
- L'absence de mesures de suivi pour l'application des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en hébergement;
- L'absence d'une démarche éthique pour l'analyse des problèmes;
- L'approche d'une gestion par crise;
- L'absence d'autoévaluation du CSSS de l'application de ses propres rôles et responsabilités.

Nous ferons donc des recommandations visant à corriger ces lacunes, au point 4.

3.5 RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Retenons pour la présente enquête, qu'en plus d'établir pour sa région les modalités d'accès aux services des ressources intermédiaires, l'Agence doit :

- Préciser les critères de reconnaissance des ressources intermédiaires, les reconnaître et maintenir un fichier des ressources reconnues par type de clientèle;
- Identifier les établissements publics de sa région qui peuvent recourir aux services de ressources intermédiaires et qui doivent en assurer le suivi professionnel;
- S'assurer de la mise en place et du fonctionnement d'un mécanisme de concertation entre les établissements et leurs ressources intermédiaires⁶.

L'Agence exerce les activités de soutien de coordination du système régional d'admission et d'attribution de l'indemnité forfaitaire quotidienne pour la contribution à l'exploitant propriétaire. Elle est responsable de l'orientation d'un usager vers la Ressource.

3.5.1 Le Projet d'implantation de la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne

Les CSSS ont été désignés gestionnaires responsables des ressources intermédiaires en 2007. La Ressource est une des premières ressources intermédiaires pour les personnes en perte d'autonomie implantées sur le territoire montréalais.

6. *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2, art. 304.

Selon nos vérifications, dès 2005, la propriétaire a signifié son intérêt pour construire une ressource intermédiaire. En avril 2006, l'Agence donnait son aval et encourageait le CSSS à développer le projet avec la propriétaire de la Ressource. La correspondance entre avril 2006 et décembre 2008 présente le projet de la Résidence comme une des priorités de l'Agence.

L'historique décrit que la mise en œuvre du projet a été autorisée le 27 décembre 2007, malgré les écarts significatifs avec les paramètres décrits dans le guide de mise en œuvre régional qui a été adopté le même mois. Il est précisé que les contraintes architecturales devront être considérées. Le 15 décembre 2008, le projet est accepté formellement.

La consultation des dossiers administratifs et les témoignages entendus ont révélé qu'en contexte de pleine lancée de développement régional de ressources intermédiaires, les négociations furent difficiles à certains moments entre les partenaires.

Pour sa part, l'Agence considère que les CSSS possèdent tous les leviers nécessaires pour assumer leurs responsabilités, concernant le respect du contrat et du cadre de référence.

Dans le dossier ressource constitué à l'Agence, notre enquête a révélé une implication limitée des gestionnaires de l'Agence jusqu'au printemps 2011, des professionnels avaient cependant déjà identifié des problématiques. Nous rappelons le rôle de l'Agence de s'assurer de la mise en place et du fonctionnement d'un mécanisme de concertation entre les établissements et leurs ressources intermédiaires, pour agir de façon préventive et éviter des situations conflictuelles.

3.5.2 Le système régional d'admission

Les intervenants professionnels et non professionnels ont soulevé le problème d'alourdissement des besoins de la clientèle de la Ressource.

La ressource intermédiaire est tenue d'accueillir la clientèle orientée par le comité d'orientation et d'admission, en fonction des critères d'admissibilité établis. De façon distincte par rapport aux autres régions du Québec, la coordination du système régional d'admission est centralisée à l'Agence.

Les barrières architecturales ont conditionné les caractéristiques de la clientèle admissible à la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne. Selon les documents régionaux, en septembre 2008, les personnes admissibles à la Ressource devaient requérir un maximum de deux heures et demie de soins infirmiers et d'assistance par jour. Depuis décembre 2008, il est inscrit un maximum de trois heures (selon l'échelle entre 5 et 10 de l'ISO-SMAF). Les personnes qui y sont orientées présentent majoritairement des déficits cognitifs, incluant des comportements d'errance.

Le site Web de l'Agence porte même le seuil d'admissibilité en ressource intermédiaire à trois heures et demie de soins par jour. Ces caractéristiques exigent le développement de connaissances et de compétences adaptées de la part du personnel, de même qu'un environnement et un encadrement cliniques adéquats. Tenant compte des lacunes observées, ces objectifs sont inclus au plan d'amélioration.

L'exemple de la Ressource est représentatif d'un problème émergent, soit le regroupement dans une même ressource intermédiaire d'une clientèle dont les besoins, à l'arrivée, se situent déjà à la limite supérieure des critères d'admissibilité. Il en résulte une pression quotidienne pour la Ressource. De surcroît, la Ressource doit assumer l'alourdissement des besoins de la clientèle même lors d'un retour d'hospitalisation, en attente d'un transfert dans un CHSLD par exemple. La vigilance est donc de mise.

De plus, nous avons constaté que des CHSLD accueillent le même profil de clientèle que la Ressource, en raison de différentes variables. Cependant, les usagers hébergés bénéficient d'une prise en charge, d'un encadrement institutionnel et d'un suivi médical. Toutes ces considérations retiennent notre attention.

Nous rappelons les responsabilités du système régional d'admission d'assurer une orientation optimale d'hébergement en fonction des besoins de la clientèle et de l'obligation prévue à l'article 14 de la LSSSS. Cette disposition vise à assurer l'adéquation des services avant de cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé, par exemple du milieu hospitalier. L'exercice préalable de révision des dossiers et de réévaluation des besoins des usagers est fondamental.

3.6 LE PLAN D'AMÉLIORATION POUR L'ANNÉE 2011-2012 DE LA RESSOURCE INTERMÉDIAIRE VILLA SAINTE-ANNE

En date du 13 avril 2011, des représentants du CSSS et de l'Agence ont visité la Ressource.

Le 16 mai 2011, le CSSS a élaboré un Plan d'amélioration pour l'année 2011-2012 pour la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne, visant à rehausser la qualité des services de la Ressource. Le 31 mai, la visite du directeur général du CSSS et des membres du comité de vigilance du conseil d'administration a permis d'apprécier le virage amorcé depuis l'arrivée de la nouvelle directrice.

Entre juillet et octobre 2011, six rencontres de suivi ou de mise à jour du plan d'amélioration ont été réalisées. Ces suivis sont planifiés de façon continue. La directrice, la coordonnatrice d'administration et la chef de programme de la direction PALV ainsi que la directrice adjointe pour le soutien au milieu de vie non institutionnel du CSSS ont assuré une participation soutenue à ces rencontres tenues avec la directrice et l'exploitante de la Ressource.

Le dernier bilan, en date du 15 mars 2012, rapporte que les actions et les moyens planifiés sont réalisés ou en cours de réalisation. Nous avons particulièrement noté :

- La révision de la structure de poste du personnel de la Ressource;
- La révision des menus et la réorganisation du service alimentaire;
- Le renforcement de l'application du code d'éthique et de l'engagement par écrit du personnel;
- L'actualisation du guide d'accueil et les précisions apportées;
- Un programme de formation adaptée sur la connaissance et la dispensation des services au quotidien auprès de la clientèle qui présente des déficits cognitifs et des comportements d'errance;
- Pour l'application du projet de loi 90 : la formation, le suivi et la réévaluation continus;
- Un rappel de la formation sur les rapports d'incident/accident en plus d'un processus d'analyse et de compilation périodique;
- Le processus formel d'appréciation du rendement du personnel;
- Des rencontres cliniques hebdomadaires de discussions sur les besoins de chacun des usagers et les comptes rendus disponibles;
- Le processus de révision des dossiers d'usagers;
- L'actualisation des plans d'intervention et des résumés sommaires avec un nouveau formulaire;
- L'implication de la direction des soins infirmiers du CSSS pour l'audit de l'analyse des dossiers cliniques et l'apport d'une infirmière clinicienne pour un soutien personnalisé au suivi clinique des usagers;
- Le renforcement de la sécurité découlant des recommandations du service des incendies;
- Des rencontres planifiées avec les résidents et les familles;
- Les activités de loisirs planifiées par une intervenante spécialisée.

Le bilan présenté permet au Protecteur du citoyen d'apprécier les améliorations réalisées par la Ressource. Cependant, nous estimons que le plan est déficient concernant une démarche équivalente d'autoévaluation du CSSS et de l'Agence. Le rapport de visite du 13 avril 2011, présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, en témoigne. Nous formulerons une recommandation à ce sujet.

3.7 CONCLUSION

Le Protecteur du citoyen tient à souligner ici son appréciation de la grande franchise et de la transparence de toutes les personnes entendues. Leur préoccupation sincère pour l'amélioration de la qualité des services aux usagers ne fait aucun doute.

Cependant, nous avons constaté qu'une certaine forme de complaisance s'est installée et les corrections se sont avérées tardives.

L'analyse a fait ressortir des disparités dans l'interprétation et la compréhension des rôles et des responsabilités, une rigidité dans l'application du cadre de référence, un manque de rigueur et de diligence dans le suivi, le tout dans un contexte de pression nationale et régionale pour le développement rapide de ressources intermédiaires. Des habiletés de gestion et de relations avec de nouveaux partenaires privés sont également à développer.

L'inexpérience de la propriétaire de la Ressource en gestion de ressource d'hébergement et l'absence d'attentes signifiées de la part du CSSS ont conduit à des difficultés et à des insatisfactions mal gérées de part et d'autre. Le ton de certaines notes et lettres contenues aux dossiers administratifs et d'usagers fait état de difficultés organisationnelles et relationnelles importantes.

Il demeure que les responsabilités relatives à la qualité des services aux usagers sont clairement établies par la LSSSS, malgré les dénonciations des gestionnaires sur le cadre normatif non actualisé, sur le contrat type non adapté et sur la politique de soutien à domicile sans moyens financiers.

En définitive, le leadership de la nouvelle directrice constitue l'élément clé de la démarche de rattrapage en cours, conjugué avec l'activation du CSSS et de l'Agence pour une meilleure offre de services aux usagers. Le CSSS assure un suivi et un soutien plus continu et la propriétaire participe davantage. Un bon encadrement et la mise en place de mesures de contrôle de qualité inscrites dans une relation de partenariat gagnant-gagnant constituent la voie vers des facteurs de succès.

4. RECOMMANDATIONS

4.1 RESSOURCE INTERMÉDIAIRE VILLA SAINTE-ANNE

Le Protecteur du citoyen recommande à la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne :

- R-1** De s'assurer de l'implantation complète des mesures prévues au plan d'amélioration de la qualité des services à Villa Sainte-Anne et d'informer le Protecteur du citoyen et le Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle des moyens de suivi et de contrôle qui lui permettront d'assurer la continuité de l'atteinte des objectifs sous la responsabilité de la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne.

4.2 CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE DORVAL-LACHINE-LASALLE

Le Protecteur du citoyen recommande au Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle :

- R-2** De s'assurer de l'implantation complète des mesures prévues au plan d'amélioration de la qualité des services à Villa Sainte-Anne et d'informer le Protecteur du citoyen des mesures de suivi et de contrôle qui lui permettront d'assurer la continuité de l'atteinte des objectifs sous la responsabilité du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle;
- R-3** D'élaborer un processus continu d'évaluation, de suivi, de contrôle de la qualité des soins et services dispensés aux usagers hébergés dans l'ensemble des ressources intermédiaires qui lui sont rattachées et d'en informer le Protecteur du citoyen;
- R-4** D'élaborer un guide de pratique précisant les rôles et les responsabilités respectives de tous les intervenants : professionnels, cadres et gestionnaires; de personnaliser l'exercice pour la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne et d'en transmettre une copie au Protecteur du citoyen.

4.3 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Le Protecteur du citoyen recommande à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal :

- R-5** De mettre en place un système de vigilance pour l'implantation et le suivi des ressources intermédiaires par le Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle, et se doter d'une structure de soutien et de suivi adéquate concernant Villa Sainte-Anne;
- R-6** D'informer le Protecteur du citoyen des mesures mises en place par le système régional d'admission pour s'assurer que les usagers orientés à la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne pourront bénéficier dès leur arrivée de l'ensemble des soins et des services requis par leur état et d'un milieu de vie de qualité;

- R-7** De spécifier, à l'équipe ministérielle responsable de la planification des visites pour l'appréciation de la qualité en milieu d'hébergement, que la ressource intermédiaire Villa Sainte-Anne devrait faire l'objet d'une visite à court terme.

SUIVI ATTENDU

Tel que le prévoit la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q. 2001, c. 43), le Protecteur du citoyen doit être informé dans les 30 jours de la réception du présent rapport, des suites que l'instance entend donner aux recommandations qui lui sont adressées ou des motifs pour lesquels elle n'y donnera pas suite.