



**LE PROTECTEUR DU CITOYEN**

Assemblée nationale  
Québec

**RAPPORT FINAL**

**INTERVENTION AU  
CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN MARIE-VICTORIN  
DU  
GROUPE CHAMPLAIN INC.**

**Le 2 mai 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 <sup>e</sup> étage Montréal (Québec) H2S 1S8 Téléphone : (514) 873-2032
Courriel : <b><u><a href="mailto:protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca">protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca</a></u></b>	
© Protecteur du citoyen 2012	

# Table des matières

<b>1. LE CONTEXTE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION.....</b>	<b>1</b>
1.1 LA LOI SUR LE PROTECTEUR DES USAGERS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX .....	1
1.2 LA PERTINENCE DE L'INTERVENTION.....	1
1.3 L'INSTANCE VISÉE PAR L'INTERVENTION .....	1
<b>2. LA CONDUITE DE L'INTERVENTION .....</b>	<b>1</b>
2.1 POUR CONDUIRE L'ENQUÊTE .....	1
2.2 LA COLLECTE D'INFORMATION.....	2
2.3 LA DOCUMENTATION CONSULTÉE .....	2
2.4 LA VISITE DE L'ÉTABLISSEMENT.....	3
<b>3. RÉSULTAT DE NOTRE INVESTIGATION .....</b>	<b>3</b>
3.1 RAPPEL ET CHRONOLOGIE DES FAITS .....	3
3.2 LE CONSTAT RELATIF AUX AGRESSIONS.....	4
3.3 UNE CLIENTÈLE MAL ORIENTÉE ET TROP NOMBREUSE .....	5
3.4 UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE INADÉQUAT .....	5
3.5 UNE ORGANISATION DE SERVICES INCOMPLÈTE ET UNE INSTABILITÉ DU PERSONNEL .....	6
3.6 UN ENCADREMENT CLINIQUE INSUFFISANT.....	8
<b>4. LE PLAN D'ACTION DÉPOSÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT .....</b>	<b>9</b>
<b>5. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>11</b>



## **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 et par toute autre loi<sup>1</sup>. 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'être<sup>2</sup>.

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

### **1.2 LA PERTINENCE DE L'INTERVENTION**

Le Protecteur du citoyen a pris la décision d'intervenir de sa propre initiative à la suite du décès d'une résidente du Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin survenu en novembre 2011. En raison des allégations relatant des agressions physiques à répétition entre résidents, l'intervention vise à s'assurer de leur sécurité et également d'une offre de soins et services adaptés et personnalisés en fonction de leurs besoins, dans un milieu de vie de qualité.

### **1.3 L'INSTANCE VISÉE PAR L'INTERVENTION**

L'établissement visé par la présente demande d'intervention est le Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin du Groupe Champlain inc. Ce centre d'hébergement privé conventionné est détenteur d'un permis de 314 lits d'hébergement permanent et 15 lits d'hébergement temporaire. Situé à Montréal, il est le doyen des installations du Groupe Champlain inc. Il a été construit dans les années 60.

## **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 deux de ses délégués, soit M<sup>me</sup> Lise Blondeau et à M. Pierre Alarie, 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 proposer des correctifs et une approche favorisant leur mise en œuvre si requis.

---

1. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. P-31.1, art. 1 et 7.

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

## **2.2 LA COLLECTE D'INFORMATION**

Afin d'évaluer la situation, nous nous sommes présentés à l'établissement les 6, 7 et 13 décembre 2011.

Dans le cadre de notre enquête, afin d'obtenir les informations pertinentes et nécessaires à notre intervention, nous avons recueilli les commentaires et les observations des membres de la direction de l'établissement, de l'équipe de soins, d'intervenants professionnels et de l'équipe médicale. La direction et le personnel du Groupe Champlain inc. ont apporté leur entière collaboration tout au long du processus d'enquête.

Ainsi, nous avons rencontré 22 personnes au cours des trois journées d'enquête au Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin, notamment :

- la présidente-directrice générale, Groupe Champlain inc.;
- la directrice régionale, Montréal-Outaouais;
- le directeur adjoint, soins et services, Montréal-Outaouais;
- la directrice des services cliniques et des services aux résidents;
- le directeur des services professionnels du Groupe Champlain inc.;
- le médecin de l'établissement;
- le chef d'unité, secteur C;
- la chef d'unité par intérim, secteur C;
- deux infirmières (ASI);
- deux infirmières auxiliaires (IA);
- sept préposés aux bénéficiaires (PAB);
- le travailleur social;
- l'intervenante psychosociale consultante;
- la conseillère en milieu de vie.

Les représentants de l'usagère visée ont été joints pour présenter leurs observations.

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement nous a également dressé un état de situation relatif aux plaintes traitées concernant les agressions sur l'unité.

## **2.3 LA DOCUMENTATION CONSULTÉE**

Pour bien documenter notre enquête, nous avons consulté les documents suivants :

- Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. S-4.2;
- Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, orientations ministérielles, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003;
- Rapport de visite d'appréciation de la qualité des services d'hébergement et de soins de longue durée réalisé au Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin, ministère de la Santé et des Services sociaux, Équipe d'appréciation, 19 mars 2004;

- Les formulaires AH-223 relatifs aux rapports d'incident/accident pour l'unité prothétique;
- Trois dossiers d'usagers des résidents impliqués dans des situations d'agressions à l'unité prothétique;
- Cadre de référence et éléments de programmation en milieu de vie prothétique, Groupe Champlain inc., octobre 2010;
- Vers un milieu de vie prothétique : Procédure d'admission, d'accueil et de congé, Unité prothétique du 4<sup>e</sup> C, Groupe Champlain inc., décembre 2011;
- Plan d'action visant à rehausser la sécurité des soins et des services aux résidents de l'unité prothétique du Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin, Direction régionale Montréal du Groupe Champlain inc., février 2012.

## **2.4 LA VISITE DE L'ÉTABLISSEMENT**

Le Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin est divisé en quatre secteurs (A, B, C, D) dans lesquels se trouvent onze unités de soins. En plus de l'unité prothétique 4C, nous avons visité deux autres unités de soins du secteur C. S'y retrouvent des chambres individuelles, doubles et multiples dans un espace très restreint. L'établissement est reconnu désuet sur le plan architectural quant à sa capacité de répondre de façon optimale aux besoins de la clientèle admissible en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), et ce, de façon encore plus marquée pour la clientèle de l'unité prothétique.

## **3. RÉSULTAT DE NOTRE INVESTIGATION**

### **3.1 RAPPEL ET CHRONOLOGIE DES FAITS**

Une résidente de l'unité prothétique âgée de plus de 80 ans a été victime de plusieurs agressions physiques à l'automne 2011. Elle est décédée en novembre 2011, soit peu de temps après les agressions.

Dès son admission à l'unité prothétique, l'usagère a été victime d'agressions physiques. Certaines lui ont occasionné des blessures importantes, comme en témoignaient les photos prises par ses enfants : des lésions ouvertes avec saignement en plus des ecchymoses et des éraflures. La plupart de ces agressions ont été commises par le même résident (monsieur X). Au dossier de l'usagère, on retrouve six rapports d'incident/accident avec conséquences remplis en seulement trois mois.

Le dernier rapport d'incident/accident, qui a été rempli le 7 novembre 2011 précise que la résidente a été poussée et retrouvée par terre dans le corridor par un autre résident (monsieur Y). Cinq jours plus tard, le personnel a observé qu'elle semblait beaucoup souffrir. Transportée en centre hospitalier, elle a reçu son congé moins de 24 heures après son admission. Le jour suivant, son état s'est détérioré et elle a été hospitalisée de nouveau dans un autre centre hospitalier. Le sommaire d'hospitalisation confirme un diagnostic de fractures costales multiples droites dont deux déplacées, secondaires à l'agression. En état de grabatisation sévère, elle a été

retournée au Centre d'hébergement pour recevoir des soins de confort et des soins de fin de vie le 17 novembre 2011. Elle est décédée quelques jours plus tard.

### **3.2 LE CONSTAT RELATIF AUX AGRESSIONS**

Nous avons consulté le dossier de l'usagère ainsi que celui de deux autres résidents (monsieur X et monsieur Y) impliqués dans des situations d'agressions à l'unité 4C. Nous avons analysé les fiches de compilation des rapports incident/accident (formulaire AH-223) pour l'ensemble de l'établissement pour les années 2010-2011 et 2011-2012.

Il est clairement apparu que l'environnement physique et organisationnel mal adapté contribue à exacerber les troubles de comportement des 20 résidents de l'unité prothétique qui présentent des déficits cognitifs sévères. Nous avons constaté que l'agressivité de certains résidents est difficile à contenir dans ce contexte.

La consultation du dossier de l'usagère visée a révélé qu'elle présentait des difficultés d'adaptation importante. Elle pouvait se montrer agressive à l'égard des autres et déclencher des altercations, comme certains autres résidents. Le personnel a reconnu que la présence très assidue de sa famille contribuait à l'apaiser.

À peine cinq jours après son arrivée sur l'unité, au mois d'août 2011, la famille de l'usagère s'inquiétait déjà pour sa sécurité, puisqu'elle avait reçu des coups de poing au visage. Nous avons recensé au dossier du résident (monsieur X) au moins six agressions physiques à l'endroit de l'usagère en trois mois. En 2011, monsieur X a été l'auteur d'une quarantaine d'actes violents, dont onze agressions physiques perpétrées entre le 1<sup>er</sup> et le 23 août 2011.

Le 28 octobre, après que leur mère ait subi une violente agression ayant causé des lésions, ses enfants ont pris des photos et ont informé le personnel de leur intention de porter plainte. Trois jours plus tard, monsieur X était transféré sur une autre unité.

Or, une évaluation comportementale réalisée en septembre 2011 avait pourtant confirmé que monsieur X provoquait la peur dans son entourage de l'unité 4C. Plusieurs descriptions aux dossiers d'usagers consultés en témoignent. Il a infligé de nombreuses blessures à d'autres résidents et aux employés : coups de poing au ventre, à la tête, aux bras, à la poitrine, sur la mâchoire (avec perte d'une dent). Il a fermé la porte sur les doigts de deux résidents. Les blessures ont requis six points de suture. Il a bousculé les résidents et les employés, empoigné les bras d'autres résidents, serré des poignets quand quelqu'un se trouvait sur son chemin ou dans sa chambre. Il a asséné un coup de genou à l'aine d'un employé, lancé une assiette à la tête d'un autre. Des accidents de travail sont documentés et certains membres de personnel sont encore craintifs.

Bien qu'un préposé privé lui ait été assigné en permanence, des problématiques sont aussi survenues sur l'autre unité où monsieur X a été transféré en novembre 2011.

Quant à monsieur Y, l'autre résident impliqué dans la dernière agression subie par l'usagère, les notes évolutives à son dossier décrivent un résident agité et menaçant, qui frappe et pousse tout autant les résidents que les membres du personnel. Il était lui aussi auteur de plusieurs actes violents.



Nous avons de plus constaté que la moitié des agressions déclarées en 2011-2012 pour l'ensemble du Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin, dans la catégorie abus et harcèlement, sont survenues à l'unité prothétique : 18 cas sur 35 (statistique partielle en cours d'année). L'année précédente, l'unité comptait près du tiers des cas d'agression rapportés dans tout le centre d'hébergement : 9 cas sur 28. L'analyse a révélé que la moitié des agressions ont eu lieu en soirée.

### **3.3 UNE CLIENTÈLE MAL ORIENTÉE ET TROP NOMBREUSE**

Le cadre de référence de l'établissement décrit le mandat de l'unité prothétique comme suit : accueillir une clientèle atteinte de démence avec des déficits permanents nécessitant un environnement adapté à ses comportements dysfonctionnels. Il est mentionné également que les unités de taille réduite (10 à 14 résidents) sont favorisées pour garder un meilleur contrôle environnemental.

Il est aussi prévu des critères précis qui doivent être respectés avant l'admission. Le résident accueilli pour une période transitoire pourra être réorienté sur une unité régulière d'hébergement s'il atteint les objectifs de réadaptation comportementale.

Ces éléments du cadre de référence de l'établissement se retrouvent également parmi ceux établis et reconnus par l'ensemble des établissements d'hébergement, en matière de bonnes pratiques pour l'implantation d'une unité prothétique.

Nous avons constaté que le processus d'admission, le profil et le nombre de résidents sur l'unité prothétique ne sont pas conformes au programme-cadre de l'établissement. Nous avons aussi constaté que ce sont les résidents problématiques des autres unités qui sont orientés à l'unité prothétique, selon un transfert interne décidé entre deux chefs d'unité. De plus, l'unité prothétique du centre d'hébergement compte 20 résidents, ce qui est pratiquement le double du nombre de résidents recommandé.

Ces constats sont appuyés du témoignage des membres du personnel qui estiment que l'unité prothétique sert de soupape pour les autres unités du Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin. Ceci est aussi confirmé par la chef d'unité par intérim qui a mentionné qu'effectivement en raison de la persistance et de l'amplification de comportements perturbateurs et dangereux, la réévaluation des besoins et des comportements d'un certain nombre de résidents devra être réalisée à court terme pour leur assurer une orientation optimale. Elle a estimé ce nombre à sept. Le problème de surpopulation sur l'unité, de surcroît dans cet environnement physique, a été abordé à plusieurs reprises lors de nos entretiens avec les intervenants.

Par ailleurs, nous avons été informés de l'élaboration d'une nouvelle procédure d'admission interne pour le transfert des résidents à l'unité prothétique.

### **3.4 UN ENVIRONNEMENT PHYSIQUE INADÉQUAT**

On retrouve également au programme-cadre la mention que l'environnement de l'unité prothétique doit être adapté aux besoins de la clientèle, caractérisée par des déficits cognitifs sévères avec problèmes de désorientation et d'errance. Les espaces physiques doivent être appropriés et faciliter au personnel l'exercice de ses fonctions.

L'environnement doit favoriser une ambiance chaleureuse dans un aménagement physique simple, calme, sécuritaire, sécurisant et familial.

Or, l'environnement physique de l'unité 4C constitue l'un des facteurs de risques importants puisqu'il est propice aux agressions avec ses corridors étroits, une configuration des lieux inadéquate et un nombre de résidents trop élevé.

Les résidents n'ont pas la capacité d'adaptation nécessaire pour éviter les obstacles et interagir adéquatement dans ce contexte de promiscuité. Les corridors laissent difficilement passer une personne quand un chariot arrive en sens inverse. Les altercations entre résidents sont nombreuses, comme en témoignent les rapports d'accidents. De surcroît, lors de notre visite, un des corridors était encombré de matériel et d'équipement d'entretien. La clientèle n'est donc pas en mesure de déambuler en toute sécurité.

Les dix-huit chambres individuelles sont très petites (environ 7' x 9'). Il y a aussi une chambre à occupation double. Aucune ne possède de salle de bain attenante. Rien ne favorise le repérage de sa chambre pour un résident désorienté. L'entrée des chambres n'est pas identifiée de façon personnalisée et les chambres se ressemblent toutes, la plupart sans éléments décoratifs.

Plusieurs accidents surviennent dans les chambres alors qu'un résident errant se retrouve dans la chambre d'un autre résident qui réagit agressivement. Les lieux communs, salon et salle à manger sont aussi propices aux accidents. À certaines périodes, aucun employé n'y est présent ou en mesure de voir ce qui s'y passe, en raison de la configuration des lieux et du personnel insuffisant — constat traité à la section suivante — particulièrement en fin de journée et en soirée.

Il en résulte qu'il est impossible d'exercer la vigilance et la surveillance requises, d'autant plus qu'il a été remarqué que de plus en plus de résidents présentent des comportements d'errance invasive.

### **3.5 UNE ORGANISATION DE SERVICES INCOMPLÈTE ET UNE INSTABILITÉ DU PERSONNEL**

L'organisation et la programmation des services doivent assurer aux résidents une offre de services et un milieu de vie adaptés en fonction de leurs déficits cognitifs. Pour ce faire, le cadre de référence insiste sur le respect de plusieurs principes fondamentaux, dont la stabilité du personnel, pour assurer le bon fonctionnement d'une unité prothétique.

Selon l'information dont nous disposons :

- Le jour, l'équipe de soins est composée d'une infirmière et de quatre préposés aux bénéficiaires (dont un préposé chevauche le quart de jour et de soir, soit de 11 h à 19 h 30);
- Le soir, seulement une infirmière auxiliaire et un préposé aux bénéficiaires sont présents. Un préposé d'une autre unité vient porter une assistance additionnelle pour une durée de 1 h 15 pour le souper et pour le coucher des résidents.
- La nuit, on retrouve un seul préposé aux bénéficiaires sur l'unité et une infirmière disponible pour les trois unités du secteur.

L'équipe de soins est aussi très instable : 40 % du personnel provient d'agences privées. La direction nous a entretenus de la problématique de gestion et de planification de la main-d'œuvre au Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin. Entre autres difficultés, il n'y a pas d'équipe dédiée pour l'unité prothétique. La qualité et la continuité des services en sont grandement fragilisées.

Les statistiques rapportent d'ailleurs qu'un grand nombre d'agressions surviennent en fin de journée et en soirée. Selon l'organisation des services présentée précédemment, il nous apparaît que le personnel disponible sur l'unité prothétique est nettement insuffisant, particulièrement entre 20 h 15 et 23 h 30. À cette période, un seul préposé est présent. Dans plusieurs rapports d'incident/accident, il est noté que l'origine de l'évènement est inconnue en raison de l'absence de personnel à titre de témoin.

Un préposé a fait part que les résidents se relèvent régulièrement et de plus en plus souvent après qu'ils soient couchés. C'est donc un éternel recommencement et il devient impossible d'assurer une surveillance adéquate en tentant de ramener chacun à sa chambre. Un phénomène d'escalade peut s'ensuivre et des situations imprévisibles peuvent survenir. Nous avons déjà mentionné que des résidents se retrouvent seuls au salon quand le préposé est occupé avec un autre résident à l'extérieur de la pièce. Un autre membre du personnel a aussi relaté qu'un résident agressif l'avait déjà poussé contre un mur et pris à la gorge sans qu'il puisse demander de l'aide. Il est d'ailleurs demeuré craintif.

Questionnés sur des pistes de solutions, la plupart des intervenants ont indiqué la nécessité d'ajouter du personnel. Se disant préoccupés par la lourdeur des tâches à accomplir, plusieurs ont mentionné qu'ils allaient au plus pressé et qu'ils devaient se débrouiller et improviser. Nous avons visité l'unité prothétique à différentes heures de la journée. Nous avons remarqué qu'à 10 h, certains résidents n'étaient pas encore habillés pour la journée. Un résident portait une jaquette d'hôpital mal attachée à l'arrière, laissant voir sa culotte d'incontinence déchirée.

Plusieurs employés ont dénoncé le fait de ne pas avoir reçu de formation pour travailler avec les résidents de l'unité prothétique. Certains ont affirmé qu'ils ignoraient comment se comporter quand survient un problème avec un résident agressif. Une certaine détresse est observable.

Quoique le plan triennal de formation 2009-2011 du Centre d'hébergement comprenne, entre autres, la gestion des comportements perturbateurs et l'approche relationnelle de soins, la formation du personnel de l'unité 4C a commencé il y a moins d'un an. Selon les registres, seul un petit nombre des employés rencontrés avaient assisté à ces formations en raison, notamment, de l'instabilité du personnel.

Finalement, nous considérons que la constitution d'une équipe stable, dédiée et adéquatement formée représente un défi majeur auquel les dirigeants du Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin doivent s'attaquer en priorité. Le problème d'instabilité du personnel constitue un frein à l'atteinte des objectifs inscrits au plan d'intervention des usagers et à la réalisation d'une unité prothétique conforme à son programme-cadre en vue de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle.

### 3.6 UN ENCADREMENT CLINIQUE INSUFFISANT

À notre point de vue, une des conditions de succès réside également dans un bon encadrement du personnel. Or, notre analyse a révélé un problème majeur à cet égard à l'unité prothétique.

La présence du chef d'unité au 4C est minimale. Son bureau est situé dans l'aile administrative de l'établissement. Il assume la responsabilité des autres unités du secteur C. De plus, il a assuré l'intérim du chef d'unité du secteur D pour une période de trois mois. Il était donc alors responsable d'environ 138 résidents. Concrètement, il effectue une visite quotidienne sur l'unité en début et en fin de journée pour s'assurer de la présence du personnel planifié. Il a affirmé s'assurer que son personnel soit informé de sa disponibilité sur appel. Toutefois, notre enquête a révélé que le personnel est peu enclin à s'y référer.

En outre, selon l'information dont nous disposons, le départ de l'infirmière régulière de l'unité au mois d'août 2011 a déclenché une période d'instabilité importante à la fois pour les résidents et les employés. Depuis son départ, les soins infirmiers ont été pris en charge par du personnel infirmier non régulier ou provenant d'agences privées.

Dans ce contexte, il nous est apparu que la supervision et le leadership du chef d'unité étaient insuffisants. Les rencontres interdisciplinaires ont été interrompues. Le personnel de soir dit même n'avoir jamais eu de rencontre d'équipe, alors qu'il est particulièrement interpellé par les problématiques d'agressions qui surviennent beaucoup en soirée.

Concernant les accidents, le chef d'unité doit les analyser et compléter, à partir d'une fiche identifiée « Indicateur de qualité », les mesures et les actions planifiées afin de les éviter ou en prévenir la récurrence.

Pour la catégorie agression/altercation, nous avons constaté que les mêmes mesures et plans d'action se répètent régulièrement d'une période mensuelle à l'autre. Par exemple, pendant quatre périodes de suite en 2011-2012, on peut lire : nouvelle grille d'observation débutée, plan d'accompagnement facilitant l'approche, demande de consultation et nouvelle réunion d'équipe.

Malgré que ces mentions paraissent appropriées pour les problèmes soulevés, nous n'avons pas de confirmation de réalisation, de mécanisme de suivi ou de notes correspondantes aux dossiers des usagers. Et la récurrence du problème d'agression sur l'unité est documentée. Nous avons également remarqué qu'aucune fiche n'a été remplie pour les périodes du 7 août au 4 octobre, correspondant à des dates visées par le présent dossier d'intervention. De surcroît, nous avons constaté une hausse significative des agressions déclarées depuis le départ de l'infirmière régulière de l'unité, au mois d'août dernier. Cette période correspond à celle de l'admission de l'usagère.

La direction des soins doit également s'assurer de la réalisation et de la révision des plans d'intervention des usagers. Les responsables ont reconnu un retard à ce sujet. Ils ont estimé que la moitié des plans d'intervention (PI) des résidents ne sont pas à jour (10 sur 20) en raison, entre autres, de l'instabilité du personnel infirmier.

L'approche interdisciplinaire en est autant retardée. En outre, notre enquête a révélé que la conseillère en milieu de vie et le travailleur social étaient peu consultés pour la résolution des problématiques à l'unité prothétique. Par ailleurs, le médecin effectue une visite hebdomadaire sur l'unité ou sur référence du personnel infirmier.

Lors de notre visite, nous avons pu observer l'exercice quotidien de transmission des informations, concernant les événements survenus dans la journée ou des particularités de certains résidents, entre le personnel au changement de quart de services à 15 h 30. Cette activité a été modulée par la chef d'unité par intérim qui a intégré les préposés aux bénéficiaires. Elle a assuré l'intérim du chef d'unité du secteur C pour la période du 18 novembre 2011 au 6 janvier 2012. Il nous apparaît important de poursuivre cette activité afin d'assurer la continuité des services et le renforcement des mesures de vigilance et de sécurité.

La structure hiérarchique prévoit que le chef d'unité se rapporte au directeur adjoint, soins et services. Imputable de la qualité des soins dans l'établissement, ce dernier doit s'assurer du mode de communication et de liaison avec ses chefs d'unité. Il a reconnu avoir eu de la difficulté à respecter un calendrier de rencontres.

Au quotidien, les résidents ont été pénalisés par le manque d'encadrement et de suivi. Une prise en charge inadéquate, des mouvements et des transferts décidés en situation de crise ainsi que des actions non coordonnées ou tardives sont survenus à plusieurs reprises. D'une part, on transfère des résidents problématiques à l'unité 4C et d'autre part, ils sont retournés sur les unités régulières pour la même raison. La gestion des troubles de comportement des résidents de l'unité prothétique et les mesures préventives en matière de gestion des risques sont apparues nettement déficientes.

La présente intervention a permis de constater des lacunes importantes en matière de suivi et de contrôle de la qualité des services. La directrice régionale n'avait pas été avisée de la situation problématique au 4C, ni de la situation de la résidente victime d'agressions. Elle n'était pas informée non plus du retard concernant les plans d'intervention. À notre point de vue, ce constat alarmant n'est pas étranger au fait qu'elle ainsi que le directeur adjoint aux soins et services ont la responsabilité de trois installations situées dans deux régions, impliquant une présence sur place et une gestion à distance partagée au quotidien. L'information ne circulait pas dans la structure administrative. La récurrence des problèmes confirme le manque de rigueur et de suivi.

#### **4. LE PLAN D'ACTION DÉPOSÉ PAR L'ÉTABLISSEMENT**

À la suite des événements du mois de novembre, la direction régionale s'est immédiatement mobilisée pour établir un plan d'action visant à rehausser la sécurité des soins et des services aux résidents de l'unité prothétique 4C.

Les objectifs ciblés identifiés au plan d'action élaboré en février 2012 par la direction générale sont les suivants :

- revoir la structure des postes à l'unité prothétique;
- assurer la stabilité du personnel soignant à l'unité prothétique;
- faire un suivi rigoureux des rapports d'incident/accident;
- implanter le processus d'admission;
- effectuer une réflexion sur le nombre de résidents à héberger sur l'unité prothétique.

Nous avons pris connaissance de la trentaine d'actions qui y sont identifiées avec une échéance finale de réalisation en juillet 2012. Nous avons constaté que plusieurs de ces actions sont réalisées, dont l'ajout à l'unité prothétique d'un préposé aux bénéficiaires en soirée et l'affichage d'un nouveau poste de professionnel (éducateur spécialisé). Tous les préposés assistent au rapport interservices depuis décembre 2011. Les rencontres interdisciplinaires sont reprises depuis le mois de janvier 2012. Les rapports d'incident/accident font désormais l'objet d'une analyse soutenue par le chef d'unité et le directeur adjoint, soins et services.

Il est permis de croire que la mise en œuvre du plan d'amélioration contribuera à rétablir une offre de services de qualité. Nous insistons, par ailleurs, sur l'urgence de revoir la structure et le mécanisme d'encadrement sur l'unité pour contrer l'effet de banalisation des événements générés par l'inaction et le laxisme constatés.

Nous concluons en rappelant que déjà en 2004 au *Rapport de visite d'appréciation de la qualité des services d'hébergement et de soins de longue durée réalisé au Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin, ministère de la Santé et des Services sociaux, 19 mars 2004*, l'équipe d'appréciation soulignait que l'emplacement du centre, c'est-à-dire son isolement, et le contexte physique de l'installation sont deux entraves à l'établissement d'un milieu de vie de qualité. De plus, l'immeuble n'est pas adapté à une clientèle en grande perte d'autonomie. Le rapport recommandait que l'établissement poursuive ses efforts pour favoriser l'implantation des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en CHSLD. De plus, on recommandait que l'établissement accentue la formation des employés concernant le respect des usagers et le concept de milieu de vie.

L'établissement était aussi convié à poursuivre ses efforts pour aménager les unités de soins de façon à procurer aux résidents un milieu de vie de qualité. Or, sur le plan physique, l'inadéquation demeure.

Ce n'est qu'en 2011 qu'une intervenante psychosociale a été mandatée pour revoir et réajuster les pratiques liées à l'approche milieu de vie à l'unité prothétique. Entre autres améliorations, la réorganisation du mode de distribution des repas et de l'aide à l'alimentation pour les résidents fait désormais en sorte que ces derniers mangent mieux et sont plus calmes. Cependant, des difficultés d'implantation ont été relevées de part et d'autre par l'ensemble des intervenants. Il apparaît donc que la précision des rôles et des responsabilités sera déterminante pour permettre au processus de changement de rehausser véritablement la sécurité des soins et des services des résidents de l'unité prothétique, comme le veut le plan d'action élaboré en février 2012 par la direction régionale de l'établissement.

## 5. RECOMMANDATIONS

Considérant :

- que la direction de l'établissement a élaboré un plan d'action visant à rehausser la sécurité des soins et des services aux résidents de l'unité prothétique du Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin;
- les faits constatés dans le présent rapport;

le Protecteur du citoyen recommande au Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin du Groupe Champlain inc. de :

- R-1** l'informer, d'ici le 15 juin 2012, de l'état de réalisation des actions inscrites au *Plan d'action pour rehausser la sécurité des soins et services aux résidents de l'unité prothétique du Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin*, élaboré en février 2012 par la direction régionale de Montréal du Groupe Champlain inc.;
- R-2** s'assurer que l'organisation et la programmation des services de l'unité prothétique du Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin soient conformes au programme-cadre adopté par l'établissement et l'informe d'ici le 15 juin 2012, des mesures prévues à cette fin;
- R-3** s'assurer d'un mécanisme de contrôle et de suivi continu de la qualité de l'ensemble des services d'hébergement au Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin, notamment pour l'unité prothétique et l'informe d'ici le 15 juin 2012, des mesures prévues à cette fin.

Considérant les lacunes évidentes constatées sur le plan d'une offre de services de qualité et d'un environnement physique adéquat à l'unité prothétique du CHSLD Marie Victorin du Groupe Groupe Champlain Inc., le Protecteur du citoyen recommande à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, comme instance concernée :

- R-4** d'indiquer à l'équipe ministérielle responsable des visites d'appréciation de la qualité en milieu d'hébergement que le Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin doit faire l'objet d'une nouvelle visite pour s'assurer de l'implantation des orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité;

**R-5** de l'informer de l'état de situation relative au projet d'immobilisation déposé par le Groupe Champlain inc. concernant le Centre d'hébergement Champlain Marie-Victorin.

#### **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.