

Rapport anonymisé conformément
à la Loi sur l'accès aux documents des
organismes publics et sur la protection des
renseignements personnels

RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL
(RI-RTE)

RÉGION : Chaudière-Appalaches (12)

ÉTABLISSEMENT
GESTIONNAIRE : Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

ÉTABLISSEMENT
UTILISATEUR : Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

PROBLÉMATIQUE DES
USAGERS : Santé mentale

DATE DE LA VISITE : Les 6 et 7 février 2008

DATE DU RAPPORT : Le 21 mars 2008

EQUIPE DE VISITE

| INSTANCES | NOM DU REPRÉSENTANT OU DE LA REPRÉSENTANTE |
|--|---|
| Ministère de la Santé et des Services sociaux : | Monsieur Jean-Jacques Leclerc |
| Agence de la santé et des services sociaux : | Madame Chantal Veer |
| Association nationale : | Monsieur Sylvain Bernier, Conseil pour la protection des malades |
| Association régionale : | Monsieur François Winter, L'A-droit de Chaudière-Appalaches |

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| MISE EN CONTEXTE | 3 |
| | |
| PARTIE I | 4 |
| PRÉSENTATION SOMMAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT | 4 |
| | |
| PARTIE II | 6 |
| DÉROULEMENT DE LA VISITE | 6 |
| | |
| 1. L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL | 7 |
| 1.1 L'accueil et l'intégration de l'utilisateur | 7 |
| 1.2 Le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire | 7 |
| 1.3 La révision de la situation de l'utilisateur | 8 |
| 1.4 Le plan de services individualisé..... | 9 |
| 1.5 Le code d'éthique | 9 |
| 1.6 Le traitement d'une plainte de l'utilisateur | 9 |
| 1.7 Le protocole d'application des mesures de contrôle..... | 10 |
| 1.8 Les règles de divulgation des accidents avec conséquences et de déclaration des incidents..... | 10 |
| 1.9 Le comité des usagers..... | 11 |
| 1.10 L'évaluation d'un postulant..... | 11 |
| 1.11 La reconnaissance..... | 12 |
| 1.12 Le jumelage | 12 |
| 1.13 L'information transmise à la ressource..... | 12 |
| 1.14 Le plan de soutien à l'intention de la ressource..... | 12 |
| 1.15 L'intervenant responsable d'assurer le suivi professionnel de la ressource | 12 |
| 1.16 L'intervenant responsable d'assurer le suivi de la situation de l'utilisateur ou de son accompagnement | 13 |
| 1.17 La qualité du lien entre les partenaires | 14 |
| 1.18 La réévaluation de la ressource..... | 14 |
| 1.19 La gestion des avoirs des usagers | 14 |
| 1.20 La dispensation des actes professionnels (loi 90) par la ressource..... | 15 |
| | |
| 2. LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES : | 16 |
| 2.1 L'alimentation | 16 |
| 2.2 L'hygiène..... | 16 |
| 2.3 Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource..... | 16 |
| 2.4 La sécurité de l'utilisateur | 16 |
| 2.5 Les services professionnels ou spécialisés | 17 |
| 2.6 Les activités | 18 |
| 2.7 Le transport..... | 18 |
| 2.8 Les équipements et les aides techniques..... | 18 |
| | |
| 3. L'ENVIRONNEMENT HUMAIN. | 19 |
| 3.1 L'intégration de l'utilisateur | 19 |
| 3.2 La dignité et le respect de l'utilisateur | 19 |
| 3.3 L'identité, l'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur | 20 |
| 3.4 Le dynamisme du milieu | 21 |
| | |
| 4. L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE | 22 |
| 4.1 La localisation des ressources | 22 |
| 4.2 Le bâtiment extérieur et le terrain | 22 |
| 4.3 Les lieux intérieurs | 22 |
| 4.4 L'adaptation des lieux | 22 |
| 4.5 Les biens et meubles..... | 23 |
| 4.6 La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité..... | 23 |
| | |
| CONCLUSION | 25 |

ANNEXES :

- ANNEXE 1 : LISTE DES RECOMMANDATIONS
- ANNEXE 2 : RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL
- ANNEXE 3 : RESSOURCES CONVOQUÉES ET RESSOURCES VISITÉES
- ANNEXE 4 : FICHE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

ADDENDUM :

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

MISE EN CONTEXTE

En 2004, débutaient les visites d'appréciation de la qualité des services dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Ces visites faisaient suite aux orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, diffusées en octobre 2003. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, voulait, par celles-ci, mettre en lumière les problèmes communs à plusieurs établissements et les solutions mises de l'avant. En 2005-2006, les visites se sont poursuivies et ont été étendues aux ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) de même qu'aux centres jeunesse. Le but ultime de ces visites est de contribuer à l'amélioration des services donnés à toute personne vulnérable.

Les visites constituent donc l'un des outils que s'est donné le ministre pour s'assurer de la mise en œuvre des orientations, des politiques et des cadres de référence s'appliquant aux milieux de vie substituts hébergeant une clientèle vulnérable.

Le mandat de l'équipe de visite est d'apprécier l'implantation de l'approche *Milieu de vie*, de reconnaître les actions mises de l'avant à cet égard et de formuler des recommandations dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services donnés à la clientèle concernée.

La première partie du rapport consiste en une présentation sommaire de l'établissement et de l'installation.

La deuxième partie rend compte du déroulement de la visite et fait état de l'appréciation et des recommandations de l'équipe au regard des quatre (4) thèmes suivants :

- l'environnement organisationnel ;
- les services, les activités et les fournitures ;
- l'environnement humain ;
- l'environnement physique.

La conclusion permet de dégager les principaux faits saillants et fait état du suivi à réaliser par les acteurs concernés.

PARTIE I

PRÉSENTATION SOMMAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT :

Les informations qui suivent ont été fournies à notre demande par l'établissement. Celles-ci sont consignées dans la grille 1.

Les principales caractéristiques de l'établissements :

- Le Centre de santé et de services sociaux des Etchemins compte treize (13) ressources reconnues toutes clientèles en ressources de type familial pour un total de soixante-dix-huit (78) places. Celles-ci sont réparties entre soixante-dix (70) chambres simples et quatre (4) chambres doubles. Le taux d'occupation au 31 mars 2007 était de 80.44%.

La formation :

En 2006-2007 :

- De la formation concernant la gestion des risques, le contrat RTF-RI, la RCR et la Loi 90 a été dispensée aux ressources et au personnel de l'établissement. Des rencontres d'information concernant la prévention des infections et la pandémie d'influenza ainsi qu'une présentation du protocole interdisciplinaire ont également eu lieu.

Le protocole d'application des mesures de contrôle :

En 2006-2007 :

- Un protocole relatif à l'application des mesures de contrôle adopté en 2001 par le conseil d'administration a été modifié. Toutefois, aucun rapport sur la prévalence de l'utilisation des contentions n'a été réalisé puisqu'il n'y avait aucune contention en place au 31 mars 2007.

Les visites ou les interventions des organismes :

En 2006-2007 :

- L'établissement a reçu la visite du Curateur public du Québec.
- Aucune visite ou intervention de la part du Protecteur du citoyen ou relative au processus de l'agrément.

Les plaintes et les mécontentes :

- Au cours de l'exercice 2006-2007, aucune plainte n'a été reçue et aucune mécontente n'a été portée à la connaissance de l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

Les accidents, les incidents et les abus :

En 2006-2007 :

- Quatre (4) accidents ou incidents se sont produits pour la clientèle ciblée par la visite et des actions ont été prises à cet effet. Par contre, aucune situation d'abus n'a été signalée à l'établissement.

La politique des avoirs des usagers :

- L'établissement a adopté une politique relative à la gestion des avoirs des usagers et des mesures ont été prises pour faire connaître cette politique aux intervenants et aux ressources.

Les priorités :

- La relocalisation des usagers en RTF vers des ressources d'hébergement plus autonomes.
- Le plan thérapeutique infirmier – Loi 90 déprofessionnalisation.

Les bons coups et les innovations :

- La formation Oméga dans la communauté :
 - cet enseignement donné par deux formateurs accrédités vise à développer des habiletés et des modes d'interventions afin d'assurer la sécurité des propriétaires et celle des autres usagers en situation d'agressivité ou de crises ;
 - la formation était prévue les 18-19-20 février 2008.
- La préparation à une pandémie d'influenza.
- Le plan de relève pour la ressource.
- Le plan de relève pour chaque usager.
- La formation aux propriétaires sur les mesures de base en prévention des infections.

PARTIE II

DÉROULEMENT DE LA VISITE

La visite d'appréciation pour la clientèle en santé mentale résidant en ressources de type familial du Centre de santé et de services sociaux des Etchemins a eu lieu les 6 et 7 février 2008.

Sur le plan de la logistique, la direction a répondu aux attentes formulées et la planification proposée a été respectée. L'équipe de visite a été très bien accueillie et de nombreux documents écrits pertinents lui ont été remis. Toutes les rencontres se sont déroulées selon la planification établie. La participation des différents groupes ainsi que l'ouverture et l'implication de la direction générale et des cadres supérieurs ont permis une excellente collaboration. L'équipe de visite tient à souligner de façon particulière le haut taux de participation de la clientèle des différentes RTF.

Toutefois, il importe de souligner la faible autocritique des intervenants, et ce, même si l'équipe de visite a tenté de souligner l'objectif d'amélioration des pratiques et de la qualité des services.

L'établissement en était à sa deuxième visite d'appréciation de la qualité des services.

Les informations qui suivent ont été obtenues par le biais des informations recueillies auprès des différentes personnes et groupes rencontrés et complétées par les observations faites dans le milieu.

1. L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL :

Ce thème présente les résultats témoignant de la mise en place et de l'utilisation des mesures, des outils, de la politique, des lois ou des règlements qui sont de nature à contribuer, à soutenir ou à structurer la qualité des services assurés aux usagers hébergés dans les ressources.

Dans cette partie, les critères suivants sont appréciés :

- l'accueil et l'intégration de l'utilisateur ;
- le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire ;
- la révision de la situation de l'utilisateur ;
- le plan de services individualisés ;
- le code d'éthique ;
- le traitement d'une plainte de l'utilisateur ;
- le protocole d'application des mesures de contrôle ;
- les règles de divulgation des accidents avec conséquences et de déclaration des incidents ;
- le comité des usagers ;
- l'évaluation d'un postulant ;
- la reconnaissance ;
- le jumelage ;
- l'information transmise à la ressource ;
- le plan de soutien à l'intention de la ressource ;
- l'intervenant responsable d'assurer le suivi professionnel de la ressource ;
- l'intervenant responsable d'assurer le suivi de la situation de l'utilisateur ou de son accompagnement ;
- la qualité du lien entre les partenaires ;
- la réévaluation de la ressource ;
- la gestion des avoirs des usagers ;
- la dispensation des actes professionnels (loi 90) par la ressource.

1.1 L'accueil et l'intégration de l'utilisateur :

Élément positif :

- Tous les groupes mentionnent qu'avant et au moment de son intégration dans le milieu résidentiel, l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches est adéquate.

Élément à améliorer :

- L'équipe de visite a constaté que le dépliant inséré dans la pochette d'information, ne comprenait pas toute l'information concernant l'ensemble des ressources communautaires œuvrant auprès des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale de la région.

1.2 Le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire :

Éléments positifs :

- Des familles, des intervenants, des ressources et la direction indiquent que chaque usager a un plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire.
- Des intervenants, des ressources et la direction disent que :
 - le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire est élaboré en concertation avec la ressource si l'utilisateur est déjà dans la ressource ;
 - l'intervenant-usager assure la mise en œuvre du plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire (PI ou PSI).

Éléments à améliorer :

- Des usagers indiquent :
 - ne pas savoir s'ils ont un plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire ;
 - qu'il n'y a pas de concertation avec l'utilisateur pour l'élaboration du plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire.
- Des familles indiquent ne pas être partie prenante de l'élaboration du plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire.

Recommandation :

CONSIDÉRANT :

- L'article 102 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), qui exige de l'établissement qu'il élabore pour chacun des usagers un plan d'interventions qui tienne compte des besoins, des objectifs, des moyens et de la durée prévisible des services.
- L'article 104 de la LSSSS, qui précise que le plan d'interventions doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur et qu'il doit contenir un échéancier de révision.
- Le troisième alinéa de l'article 10 de la LSSSS, qui confirme le droit de l'utilisateur à participer à toute modification apportée au plan d'intervention.
- Que le plan d'intervention doit être fait de façon interdisciplinaire et en concertation avec la ressource, afin de répondre à tous les besoins globaux des usagers.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.1** **Que l'établissement prenne les moyens afin de s'assurer que le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire soit élaboré en concertation avec l'utilisateur, ses proches ou son représentant et le responsable de la ressource.**

1.3 **La révision de la situation de l'utilisateur :**

Éléments positifs :

- Des familles, des intervenants, des ressources et la direction précisent que la révision (objectifs et moyens prévus au plan d'intervention) est réalisée conformément à l'échéancier établi au plan d'intervention, c'est-à-dire une fois par année et toujours lorsque des faits nouveaux le justifient.
- Des intervenants, des ressources et la direction indiquent que la ressource participe à la révision.

Éléments à améliorer :

- Des usagers indiquent :
 - ne pas savoir quand une révision est effectuée ;
 - ne pas participer à la révision.
- L'équipe de visite a constaté que l'utilisateur, ses proches ou son représentant légal ne participent pas à la révision.

Recommandation :

CONSIDÉRANT :

- L'article 104 de la LSSSS, qui précise que le plan d'intervention doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur et qu'il doit contenir un échéancier de révision.
- Le troisième alinéa de l'article 10 de la LSSSS, qui confirme le droit de l'utilisateur à participer à toute modification apportée au plan d'intervention.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.2** **Que l'établissement mette en place les moyens adéquats afin que la révision des plans d'interventions individualisé et interdisciplinaire des usagers s'effectue avec la collaboration de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant et le responsable de la ressource.**

1.4 Le plan de services individualisé :

Élément positif :

- Des intervenants, des ressources et la direction indiquent qu'un plan de services individualisé est réalisé lorsque plusieurs organisations sont impliquées dans la situation de l'utilisateur.

Élément à améliorer :

- L'équipe de visite a constaté qu'il n'y a aucun plan de services, et ce, malgré l'implication de plusieurs organismes communautaires, ce sur quoi elle se questionne.

1.5 Le code d'éthique :

Élément positif :

- Des intervenants, des ressources, la direction et l'équipe de visite conviennent que le code d'éthique est connu et respecté des intervenants et des ressources.

Élément à améliorer :

- Des usagers de deux (2) ressources sur cinq (5) ont indiqué ne pas pouvoir parler pendant les repas.

1.6 Le traitement d'une plainte de l'utilisateur :

Élément positif :

- Des intervenants et la direction indiquent qu'un dépliant est remis lors de l'accueil de l'utilisateur précisant la procédure à suivre pour porter plainte, les coordonnées du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et mentionnant l'existence d'un groupe d'assistance.
- La direction mentionne qu'en novembre 2007, un communiqué écrit a été transmis à l'ensemble des responsables des RTF sous sa responsabilité, lequel précisait notamment :
 - l'existence récente d'une procédure de traitement des plaintes ;
 - l'importance de référer à la commissaire locale l'utilisateur qui manifeste l'intention de formuler une plainte en cas d'insatisfaction ;
 - les intervenants remettraient une copie de la procédure à chaque usager lors de leur prochaine visite.

Éléments à améliorer :

- Une grande majorité des usagers ont affirmé craindre de porter plainte.
- Des intervenants ont indiqué que l'affiche de format « poster » produite par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'intention du CSSS, pour faire connaître aux usagers les fonctions du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, n'était pas adaptée pour être apposée dans un milieu de vie de type familial.
- Des usagers, des familles et des ressources mentionnent que :
 - l'établissement n'informe pas chaque usager par écrit du rôle et des fonctions du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ;
 - le commissaire aux plaintes et à la qualité des services ne diffuse pas d'information sur les droits et les obligations des usagers ;
 - l'utilisateur ou son représentant ne sait pas à qui et comment porter plainte.
- L'équipe de visite a constaté que :
 - les usagers ne connaissent pas le nom du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ;
 - aucune plainte n'a été reçue l'année précédente.

Recommandations :

CONSIDÉRANT :

- Que l'article 33 de la LSSSS, traite du rôle et des responsabilités du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.
- Que le deuxième alinéa de l'article 33 de la LSSSS, porte sur l'obligation de diffuser l'information sur les droits et les obligations des usagers, d'assurer la promotion du régime d'examen des plaintes et de la publication de la procédure.
- Qu'il est important pour les usagers, leurs proches ou leur représentant de bien connaître le processus de traitement des plaintes mis en place par la LSSSS.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.3 À l'établissement de prendre les dispositions requises afin :**
- de s'assurer d'informer de nouveau tous les usagers par écrit du rôle et des fonctions du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ;
 - que l'utilisateur ou son représentant sache à qui et comment porter plainte sans aucune crainte.

1.7 Le protocole d'application des mesures de contrôle :

Éléments à améliorer :

- Des usagers et des familles mentionnent ne pas connaître les règles régissant l'utilisation des mesures de contrôle.
- Des intervenants indiquent :
 - que l'établissement dispose d'une politique à l'égard des mesures de contrôle qui n'intègre pas les RI-RTF en santé mentale ;
 - savoir que la politique du protocole d'application des mesures de contrôle ne s'applique pas en santé mentale bien que cela ne soit mentionné par écrit nulle part.

Recommandations :

CONSIDÉRANT :

- Le document *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, qui stipule que tout établissement doit adopter un protocole d'application de ses mesures et qu'il doit le diffuser auprès des intervenants, des ressources, de ses usagers et de leurs proches.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.4 Que l'établissement procède à la révision de la politique concernant le protocole d'application des mesures de contrôle afin d'y inclure les différents types de clientèles en RI-RTF et la diffuse auprès des intervenants, des ressources et des usagers.**

1.8 Les règles de divulgation des accidents avec conséquences et de déclaration des incidents :

Éléments positifs :

- La direction indique qu'une formation a été offerte aux intervenants et aux responsables des ressources concernant les incidents et les accidents et que les règles sont appliquées.

- Des intervenants et la direction indiquent que :
 - les intervenants (ressources et usagers) connaissent leurs obligations en ce qui a trait à l'application du règlement de la loi concernant les incidents et les accidents et en assurent l'application ;
 - la ressource est informée par l'intervenant-ressource de ses obligations en ce qui a trait à l'application du règlement de la loi concernant les incidents et les accidents et en assure l'application.
- La direction précise s'acquitter de sa responsabilité de devoir parfois effectuer quelques rappels puisque leur politique concernant les règles de divulgation des accidents avec conséquences et de déclaration des incidents est encore nouvelle.

1.9 Le Comité des usagers :

Élément positif :

- L'équipe de visite a constaté que la direction de l'établissement, en concertation avec le Comité des usagers, informe chaque usager par écrit, tel que défini dans la loi, de l'existence du Comité des usagers.

Éléments à améliorer :

- Des usagers, des familles et des intervenants indiquent ne pas se souvenir d'avoir été informés par la direction de l'établissement de l'existence du Comité des usagers.
- Tous les groupes mentionnent que :
 - le rôle et les fonctions du Comité des usagers sont peu connus ;
 - le comité n'est pas beaucoup impliqué dans le réseau des RI-RTF.

Recommandation :

CONSIDÉRANT :

- L'article 211 de la LSSSS, qui stipule que tout établissement doit informer par écrit chaque usager de l'existence du Comité des usagers.
- Les fonctions du Comité des usagers déterminées à l'article 212 de la LSSSS et que parmi ces fonctions, le Comité des usagers renseigne les usagers sur leurs droits et leurs obligations, évalue le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus par l'établissement et défend les droits et les intérêts collectifs.
- L'importance que le Comité des usagers exerce ses fonctions auprès de tous les usagers inscrits à l'établissement, y compris ceux en RNI.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.5** À l'établissement, de concert avec le Comité des usagers, de prendre les moyens afin de promouvoir une plus grande implication de ce dernier dans le réseau des RI-RTF et de faire connaître les rôles et fonctions du comité auprès des usagers.

1.10 L'évaluation d'un postulant :

Éléments positifs :

- Tous les groupes concernés mentionnent que :
 - les modalités prescrites au guide de la pratique professionnelle sont respectées ;
 - la décision de recommander une reconnaissance du postulant est validée par l'établissement, selon un processus qui permet d'assurer la qualité de l'évaluation réalisée.

- L'équipe de visite a observé que de la documentation bien réalisée concerne l'évaluation d'un postulant.

1.11 La reconnaissance :

Élément positif :

- Tous les groupes concernés mentionnent que les ressources ont été reconnues par l'agence de la santé et des services sociaux avant que leur soit confié un usager.

1.12 Le jumelage :

Élément positif :

- Des intervenants, des ressources et la direction indiquent que le processus prévu pour procéder au jumelage ou le choix de la ressource est respecté.
- L'équipe de visite a constaté que, considérant la situation géographique des ressources et le petit volume de places disponibles, les intervenants-ressources sont encouragés à être attentifs, rigoureux et à se préoccuper de la mixité de la clientèle en santé mentale lors du jumelage.

1.13 L'information transmise à la ressource :

Éléments positifs :

- La direction mentionne que les attentes de l'établissement à l'égard de la ressource pour chacun des usagers qui lui est confié sont précisées et transmises par écrit, simultanément aux informations pertinentes lui permettant de connaître l'usager.
- Des intervenants, des ressources et la direction indiquent que :
 - dès qu'un usager est confié à une ressource, l'établissement transmet minimalement à celle-ci, par écrit ou verbalement (pour urgence sociale seulement), l'information pertinente ;
 - les attentes sont élaborées selon les normes et les pratiques reconnues, à savoir le guide de pratique professionnelle.

1.14 Le plan de soutien à l'intention de la ressource :

Éléments positifs :

- Tous les groupes concernés mentionnent que le plan de soutien à l'intention de la ressource est réalisé conformément aux pratiques reconnues. Il est intégré dans la réévaluation et le *Plan de supervision professionnelle à l'intention d'une ressource de type familiale ou intermédiaire*
- L'équipe de visite a constaté que l'établissement s'est doté d'un outil de qualité lui permettant d'évaluer et de soutenir leurs ressources.

1.15 L'intervenant responsable d'assurer le suivi professionnel de la ressource :

Éléments positifs :

- Des ressources affirment que les intervenants-ressources qui assurent le suivi professionnel sont très présents et appréciés.
- Des intervenants, des ressources et la direction indiquent que l'intervenant assure le suivi et le soutien à la ressource, conformément au guide de la pratique professionnelle.

1.16 L'intervenant responsable d'assurer le suivi de la situation de l'utilisateur ou de son accompagnement :

Éléments positifs :

- Des usagers, des familles et des ressources se sont dits satisfaits des interventions des intervenants concernant le suivi de la situation de l'utilisateur et son accompagnement.
- Des intervenants, des ressources et la direction indiquent que lorsqu'il y a changement d'intervenant, il est réalisé de façon à assurer la continuité des services et des interventions à l'utilisateur.
- La direction mentionne qu'en juillet 2007, elle a transmis un communiqué écrit à l'ensemble des responsables des RTF dans lequel elle les avisait, qu'en tout temps, advenant une situation très urgente, la directrice de garde pouvait être jointe par téléphone.
- Tous les groupes mentionnent que :
 - un intervenant-responsable est assigné pour assurer le suivi de la situation de l'utilisateur. Celui-ci est très présent et très apprécié;
 - l'intervenant-responsable voit à ce que les services, les fournitures et les activités requis et appropriés soient dispensés ou fournis à l'utilisateur;
 - pour tout changement majeur concernant l'utilisateur, l'intervenant responsable du suivi sollicite et considère l'opinion ou le point de vue de l'utilisateur;
 - l'intervenant est en mesure d'agir rapidement, en tout temps, dans le cadre de sa plage horaire de travail, à la demande de la ressource, de l'utilisateur ou de ses proches;
 - il y a une stabilité de l'intervenant au suivi de l'utilisateur.

Éléments à améliorer :

- Des ressources indiquent que, concernant un changement majeur pour l'utilisateur, il incombe à l'intervenant-utilisateur d'entrer en contact avec les proches afin de solliciter et considérer l'opinion ou le point de vue. Des intervenants-utilisateurs indiquent quant à eux qu'il revient au propriétaire de RTF d'entrer en contact avec les proches
- L'équipe de visite indique :
 - ne pas avoir réussi à savoir qui entre en contact avec les proches afin de connaître leur opinion et leur point de vue pour tout changement majeur concernant l'utilisateur;
 - qu'en dehors de la plage horaire des intervenants, en cas d'urgence, il y a des divergences entre ce qui est fait et les consignes énoncées dans le manuel d'intervention et dans le plan de mesures d'urgence;

Recommandations :

CONSIDÉRANT :

- La responsabilité de l'établissement de soutenir les ressources, dans l'exercice de leurs fonctions, tel que le prévoit l'entente au contrat des deux (2) parties.
- Que les intervenants soulignent ne pas connaître l'information relative à un dispositif d'intervention hors de leur plage horaire de travail, lequel pourrait assurer une réponse aux ressources en cas d'urgence.
- Que d'ici quelque temps, il y aura des changements dans l'assignation des personnes assurant le suivi auprès des ressources ou des usagers.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.6** À l'établissement de faire en sorte que pour tout changement majeur concernant l'utilisateur, l'intervenant responsable du suivi sollicite et considère l'opinion ou le point de vue des proches ou du représentant légal de l'utilisateur.
- R.7** À l'établissement d'uniformiser la marche à suivre en cas d'urgence en dehors de la plage horaire des intervenants et d'en assurer la diffusion.

1.17 La qualité du lien entre les partenaires :

Éléments positifs :

- Des intervenants, des ressources et la direction indiquent que :
 - les intervenants impliqués dans la situation de l'utilisateur et de l'intervenant responsable du suivi de la ressource concertent leurs actions ;
 - la ressource bénéficie du soutien et de la collaboration requis de l'intervenant-ressource et de l'intervenant-utilisateur ;
 - la ressource assure son soutien et sa collaboration à l'intervenant-ressource et à l'intervenant-utilisateur.
- L'équipe de visite a constaté une belle complicité entre les intervenants ressources, les utilisateurs et les propriétaires de ressources RTF.

1.18 La réévaluation de la ressource :

Élément positif :

- Tous les groupes concernés mentionnent que la réévaluation de la ressource est réalisée conformément aux normes et aux règles reconnues, utilisant pour ce faire le même document que pour le plan de soutien.

1.19 La gestion des avoirs des usagers :

Élément positif :

- Des intervenants, des ressources et la direction indiquent que l'établissement dispose d'une politique relative aux avoirs des usagers et qu'il vérifie périodiquement son application.

Élément à améliorer :

- La direction indique que la politique relative aux avoirs des usagers nécessite une révision puisqu'elle est datée de 1999 et ne correspond pas ou peu aux standards d'aujourd'hui. Par exemple, le formulaire utilisé pour le registre mensuel des revenus et des dépenses devrait requérir la signature des usagers.

Recommandation :

CONSIDÉRANT :

- Que l'établissement doit finaliser sa politique de gestion des avoirs des usagers en ressource intermédiaire et qu'il doit la faire approuver par le conseil d'administration.
- Que l'article 15 du *Contrat entre un établissement et une ressource intermédiaire* stipule que l'établissement doit établir les règles de gestion des avoirs des usagers qui ne sont pas régies par les dispositions de la Loi sur le Curateur public.
- Que l'annexe 4 du contrat intervenu entre l'établissement et les ressources contient le protocole de gestion des avoirs des usagers.
- Que l'établissement doit vérifier périodiquement l'application de sa politique sur la gestion des avoirs des usagers.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.8 À l'établissement d'amorcer la démarche envisagée en vue de réviser la politique de la gestion des avoirs des usagers vivant en ressources non institutionnelles tout en valorisant la participation des usagers.**

1.20 La dispensation des actes professionnels (Loi 90) par la ressource :

Élément positif :

- Des intervenants, des ressources et la direction mentionnent que les actes professionnels assumés par la ressource sont dispensés par des personnes qui ont la formation ou la compétence requise.

2. LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES :

Ce thème présente les résultats témoignant de l'accessibilité et de la qualité des services, des activités et des fournitures assurés aux usagers hébergés dans les ressources.

Dans cette partie, les critères suivants sont appréciés :

- l'alimentation ;
- l'hygiène ;
- les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource ;
- la sécurité de l'utilisateur ;
- les services professionnels ou spécialisés ;
- les activités ;
- le transport ;
- les équipements et les aides techniques.

2.1 L'alimentation :

Éléments positifs :

- Tous les groupes à l'exception des usagers indiquent que :
 - les repas fournis aux usagers sont généralement adéquats ;
 - des collations sont accessibles entre les repas et dans la soirée.

Élément à améliorer :

- Des usagers indiquent qu'il manque de variété dans les collations offertes quotidiennement par la ressource.

2.2 L'hygiène :

Éléments positifs :

- Tous les groupes mentionnent que :
 - les articles d'hygiène de base sont mis à la disposition de l'utilisateur gratuitement par la ressource, en quantité suffisante, conformément aux ententes contractuelles ;
 - la ressource permet à l'utilisateur qui le désire de prendre un bain ou une douche à tous les jours ;
 - la ressource assure le lavage du linge et l'entretien de la literie (sans frais), tel que convenu dans l'entente contractuelle.
- L'équipe de visite a constaté que dans les cinq (5) RTF, la circulaire du ministère concernant les articles d'hygiène de base est appliquée et qu'un dépliant est remis lors de l'admission afin d'indiquer aux usagers et aux familles quels sont les articles d'hygiène de base mis à la disposition de l'utilisateur gratuitement.

2.3 Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource :

Élément positif :

- Tous les groupes disent que la ressource dispense des services adaptés à l'état et au fonctionnement de l'utilisateur et qu'elle est en mesure d'identifier les indices d'anxiété, de dépression ou d'inconfort chez l'utilisateur.

2.4 La sécurité de l'utilisateur :

Éléments positifs :

- Des intervenants, des ressources et la direction considèrent que :
 - les ressources connaissent la procédure à suivre en situation d'urgence ou de crise ;

- l'établissement encourage la ressource à acquérir différentes connaissances en matière de prévention ;
 - la ressource se préoccupe d'acquérir différentes connaissances en matière de prévention.
- L'équipe de visite a constaté que la ressource possède le matériel requis pour dispenser les premiers soins.
- Tous les groupes mentionnent qu'une personne responsable est présente dans la ressource, en tout temps, lorsque les caractéristiques de l'usager l'exigent.

Éléments à améliorer :

- Des familles et la direction mentionnent que les proches ou les parents qui accueillent l'usager à la maison pour un séjour ne disposent pas d'un numéro de téléphone leur permettant de rejoindre l'établissement; ils appellent la ressource et non l'établissement.
- L'équipe de visite indique que :
- la procédure à suivre en situation d'urgence ou de crise n'est pas connue en dehors de la plage horaire des intervenants ;
 - l'aspect prévention au niveau des incendies n'existe pas, il n'y a pas de plan d'évacuation ni d'exercice d'évacuation.

Recommandations :

CONSIDÉRANT :

- Que les ressources ne connaissent pas les dispositifs mis en place pour leur assurer une réponse en tout temps;
- Que certaines ressources disent ne pas disposer d'un numéro pour rejoindre l'établissement en tout temps ;
- Que le guide d'orientation *La pratique professionnelle et la ressource de type familial*, élaboré en 2003 par le MSSS, spécifie :
- qu'un plan d'évacuation en cas d'incendie doit être prévu dans les ressources ;
 - qu'un tel plan d'évacuation doit être consigné dans la ressource et comporter des exercices d'évacuation en cas d'incendie et être connu des policiers et des pompier.
- Que dans chaque municipalité, il existe des normes de sécurité et incendie.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.9** Que l'établissement s'assure que chaque ressource procède à la réalisation d'un plan d'évacuation en cas d'incendie et à la planification d'un exercice pour appliquer ce plan, minimalement une fois par année, avec les personnes œuvrant dans la ressource et les usagers.
- R.10** À l'établissement de s'assurer que les proches ou les parents qui accueillent l'usager à la maison pour un séjour, et ce, peu importe la durée, disposent d'un numéro de téléphone leur permettant de rejoindre l'établissement en tout temps.

2.5 Les services professionnels ou spécialisés :

Éléments positifs :

- Tous les groupes indiquent que :
- les services professionnels requis par l'usager sont accessibles ;
 - l'usager a accès aux services professionnels disponibles dans la communauté, au même titre que tout citoyen.

2.6 Les activités :

Éléments positifs :

- Tous les groupes indiquent que :
 - les activités d'apprentissage, de réadaptation ou d'intégration sociale requises par la situation de l'utilisateur sont accessibles ;
 - la participation de l'utilisateur aux activités d'apprentissage, de réadaptation et d'intégration sociale est encouragée.

Éléments à améliorer :

- Des familles indiquent que :
 - à cause du milieu, les usagers n'ont pas toujours accès aux activités récréatives, sociales et spirituelles correspondant à leurs besoins. Ainsi, le salon de quilles a fermé ses portes et aucune autre activité n'est venue remplacer celle du bowling ;
 - il y a moins d'activités dans les ressources par rapport à il y a quelques années.
- L'équipe de visite n'a pas observé la tenue d'activités dans les ressources.

2.7 Le transport :

Élément positif :

- Tous les groupes indiquent que l'utilisateur a accès au transport requis, peu importe qui l'assume, pour rencontrer sa famille ou ses amis proches, pour bénéficier de services ou d'activités thérapeutiques requis par sa situation et pour participer à des activités sociales et culturelles.

2.8 Les équipements et les aides techniques :

Éléments positifs :

- Tous les groupes mentionnent que :
 - les équipements spécialisés ou les aides techniques sont adaptés à la condition et aux besoins de l'utilisateur et sont sécuritaires ;
 - les équipements de loisir sont adaptés à l'âge, à la condition et aux besoins de l'utilisateur et sont sécuritaires.

3. L'ENVIRONNEMENT HUMAIN.

Ce thème présente les résultats témoignant du respect des valeurs et des principes fondamentaux qui doivent gouverner l'organisation des services.

Dans cette partie, les critères suivants sont appréciés :

- l'intégration de l'utilisateur ;
- la dignité et le respect de l'utilisateur ;
- l'identité, l'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur ;
- le dynamisme du milieu.

3.1 L'intégration de l'utilisateur :

Éléments positifs :

- Tous les groupes disent que l'utilisateur est invité à exprimer ses goûts et ses préférences dans l'aménagement de sa chambre, par exemple son choix de couleurs, de couvre-lit et de décoration.
- Des usagers, des familles, des intervenants et des ressources indiquent que le maintien ou le développement des relations familiales, amicales ou sociales est encouragé et favorisé tout en respectant les impératifs cliniques et légaux.

Élément à améliorer :

- Des usagers et la direction indiquent que l'intégration de l'utilisateur, au sein de son milieu, n'est pas une préoccupation qui se vit au quotidien pour certaines ressources puisque les propriétaires ne mangent pas avec les usagers.

Recommandation :

CONSIDÉRANT :

- Que l'intervenant-utilisateur a la responsabilité de s'assurer que l'utilisateur s'intègre bien à son milieu de vie.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.11** Que l'établissement poursuive ses démarches afin que toutes les ressources mettent en place une approche qui favorise l'intégration des usagers au sein du milieu en s'appuyant sur les principes de rétablissement.

3.2 La dignité et le respect de l'utilisateur :

Éléments positifs :

- Tous les groupes mentionnent que l'utilisateur peut être seul quand il le désire, sauf si une contre-indication est précisée dans le plan d'intervention.
- Des familles, des intervenants, les ressources et la direction indiquent que l'utilisateur et les proches sont traités avec politesse et courtoisie.

Éléments à améliorer :

- Des usagers disent que :
 - les gens œuvrant dans la ressource ne sont pas toujours à leur écoute ;
 - l'accompagnement de l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne et la dispensation des soins et des services n'est pas toujours réalisé de façon à assurer son intimité.

- Des responsables de ressources font savoir que l'information écrite n'est pas retournée à la suite du départ ou du décès de l'usager. Par exemple, une ressource a dit avoir encore tous les documents concernant les anciens usagers dans son sous-sol.
- L'équipe de visite a constaté que dans certaines ressources, il n'est pas possible pour l'usager d'avoir accès à un téléphone en toute confidentialité.

Recommandations :

CONSIDÉRANT :

- L'article 5 de la Charte des droits et libertés de la personne, qui conforme le droit de toute personne au respect de sa vie privée.
- Le guide d'orientation *La pratique professionnelle et la ressource de type familial ou son tenant lieu*, qui précise la responsabilité de l'établissement en matière de protection des renseignements personnels des usagers.
- Que le point de vue de la personne hébergée a la primauté et qu'elle ou son représentant décide des choses la concernant.
- Que le résident doit être guidé et soutenu dans ses décisions.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.12** Que l'établissement s'assure que les usagers puissent avoir accès à un téléphone pour parler en toute confidentialité.
- R.13** Que l'établissement élabore d'une politique de récupération des documents d'ordre nominatif suite au départ ou au décès de personnes ayant résidé en ressources de type familial.

3.3 L'identité, l'autonomie et l'autodétermination de l'usager :

Éléments positifs :

- Des usagers, des familles, des intervenants et des ressources mentionnent que :
 - l'usager peut réaliser ses activités de la vie quotidienne à l'intérieur d'un cadre organisationnel qui permet de tenir compte de ses habitudes de vie ou de ses besoins, considérant son âge, sa problématique et son plan d'intervention ;
 - l'usager peut recevoir dans sa chambre qui il veut, quand il veut, tout en respectant les impératifs cliniques et légaux.
- Les responsables des ressources indiquent adopter une attitude d'ouverture pour permettre à l'usager l'expression de sa sexualité.

Éléments à améliorer :

- Des usagers et des ressources dans deux (2) des cinq (5) RTF indiquent que les résidents ne peuvent pas circuler librement dans les aires communes la nuit.
- Des ressources et la direction mentionnent que pour tout changement majeur concernant l'usager, la ressource ne sollicite et ne considère pas toujours l'opinion de l'usager, de ses proches ou de son représentant. La responsabilité de contacter les proches n'est pas clairement définie entre les intervenants et les ressources.
- La direction indique que les horaires sont appliqués de façon plutôt rigide concernant l'heure du lever et des repas.
- L'équipe de visite a constaté que :
 - des ressources favorisent peu le maintien ou le développement des capacités de l'usager dans le cadre de la réalisation de ses activités de la vie quotidienne et des activités domestiques ;
 - l'approche observée en est une de «gîte et couvert».

Recommandations :

CONSIDÉRANT :

- Le plan d'action en santé mentale *La force du lien 2005-2010*, prend en compte des enjeux majeurs dont celui qui fait état «de la priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société».

NOUS RECOMMANDONS :

R.14 À l'établissement de faire en sorte que les ressources favorisent le maintien ou le développement des capacités des usagers dans le cadre de la réalisation de ses activités de la vie quotidienne et de ses activités domestiques.

R.15 À l'établissement de s'assurer que les usagers puissent circuler librement, en tout temps, dans les pièces communes de la ressource.

3.4 Le dynamisme du milieu :

Élément à améliorer :

- L'équipe de visite a constaté que certains milieux ne sont pas animés et dynamisants, par exemple, il n'y a pas beaucoup d'activités et les repas doivent être pris en silence dans certaines ressources.

4. L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE :

Ce thème présente les résultats témoignant de la capacité de l'habitat à contribuer à la qualité de vie des usagers hébergés dans les ressources.

Dans cette partie, les critères suivants sont appréciés :

- La localisation des ressources ;
- Le bâtiment extérieur et le terrain ;
- Les lieux intérieurs ;
- L'adaptation des lieux ;
- Les biens et meubles ;
- La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité.

4.1 La localisation des ressources :

Élément positif :

- Tous les groupes indiquent que la localisation des ressources est adéquate, considérant les besoins des usagers.

4.2 Le bâtiment extérieur et le terrain :

Élément positif :

- Tous les groupes disent que le bâtiment extérieur et le terrain sont bien entretenus.

4.3 Les lieux intérieurs :

Élément positif :

- Tous les groupes affirment que les lieux intérieurs sont bien entretenus.

4.4 L'adaptation des lieux :

Éléments positifs :

- Tous les groupes mentionnent que :
 - les pièces communes sont adaptées aux besoins des usagers ;
 - des moyens adéquats sont pris pour protéger les droits des non-fumeurs.

Éléments à améliorer :

- L'équipe de visite a constaté :
 - lors de la visite dans la RTF l'absence dans l'escalier qui descend au sous-sol de main courante sur le mur et l'absence de rampe de l'autre côté (alors que l'escalier s'ouvre sur la pièce du bas de ce côté). De plus, la pièce sur laquelle donne l'escalier et par laquelle les usagers doivent passer pour se rendre à leur chambre n'est pas aménagée (plafond non terminé, solives et réseau électrique apparents, un rideau de douche dissimule le réservoir d'eau chaude, etc.) ;
 - que des néons servent d'éclairage et que l'ameublement laisse à désirer dans certaines ressources ;
 - l'absence de moulures de cadrage de portes et un manque de finition en général dans la ressource
 - que les portes de chambres des deux ressources ne se verrouillent pas ;
 - que l'espace de rangement des chambres de la ressource ne semble pas suffisant ;
 - que l'ameublement des chambres et de la cuisine de la ressource sont disparates, démodés et vieilliss.

Recommandations :

CONSIDÉRANT :

- Que selon les orientations ministérielles, toute personne hébergée a droit à un milieu de vie qui assure sa sécurité et son confort.
- Que le guide d'orientation *La pratique professionnelle et la ressource de type familial*, balise les normes en ce qui a trait aux chambres et à l'environnement physique, précisant que :
 - l'aménagement du milieu de vie comprend les aspects relatifs à l'ameublement et aux espaces pour dormir, manger et se recréer ;
 - l'aménagement physique des lieux doit être de nature à satisfaire les besoins de l'utilisateur.
- Que le contrat entre l'établissement et la ressource précise que la ressource s'engage à utiliser des locaux et du matériel adéquats qui soient respectueux des normes de sécurité et d'hygiène, en vertu des lois et règlements applicables au Québec.
- Pour les ressources non institutionnelles (RNI) en santé mentale: que le plan d'action en santé mentale *La force des liens*, précise la notion de l'environnement comme ayant une influence positive sur le comportement et sur la qualité de vie de tous les usagers.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.16 À l'établissement de faire une réévaluation physique des ressources afin que :**
- les pièces communes soient sécuritaires et adaptées aux besoins des usagers ;
 - les portes des chambre des usagers des deux ressources soient munies de verrous sécuritaires ;
 - l'espace de rangement des chambres de la ressource dispose :
 - d'espaces de rangement suffisant ,
 - de meubles adéquats et d'un éclairage approprié.

4.5 Les biens et meubles :

Élément positif :

- Tous les groupes mentionnent que les biens et meubles dans les pièces communes sont généralement en nombre suffisant et de qualité.

Élément à améliorer :

- L'équipe de visite a constaté que dans les RTF les meubles sont de moindre qualité et la télévision est petite dans la ressource

4.6 La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité :

Élément positif :

- Des ressources indiquent que les normes exigées par les municipalités sont connues et respectées.

Éléments à améliorer :

- Des ressources indiquent avoir de la difficulté à obtenir de la municipalité les normes de sécurité à respecter.

- L'équipe de visite a constaté que :
- dans la ressource l'ouverture d'une porte de secours au 3^e étage menant vers l'extérieur nécessite une trop grande force ;
 - des batteries des lumières d'urgence ne sont pas fonctionnelles dans certaines ressources ;
 - les extincteurs n'ont pas été vérifiés régulièrement aux dates indiquées sur ceux-ci dans certaines ressources.

Recommandation :

CONSIDÉRANT :

- Que le guide d'orientation *La pratique professionnelle et la ressource de type familial*, élaboré en 2003 par le MSSS, spécifie :
- qu'un plan d'évacuation en cas d'incendie doit être prévu dans les ressources ;
 - qu'un tel plan d'évacuation doit être consigné dans la ressource et comporter des exercices d'évacuation en cas d'incendie et être connu des policiers et des pompiers.
- Que le cadre de référence portant sur les ressources intermédiaires décrit la responsabilité de l'établissement de s'assurer de la capacité des ressources à satisfaire les normes et les règles de sécurité relatives à leurs installations pour une réponse adaptée aux besoins des usagers.
- Que le contrat entre l'établissement et la ressource précise que la ressource s'engage à utiliser des locaux et du matériel adéquats qui soient respectueux des normes de sécurité et d'hygiène, en vertu des lois et règlements applicables au Québec.

NOUS RECOMMANDONS :

- R.17** À l'établissement de faire le suivi requis afin de s'assurer que les installations RTF se conforment aux normes de sécurité, en vertu des lois et règlements applicables au Québec.

CONCLUSION

Sur le plan de l'**environnement organisationnel**, l'appréciation de l'équipe de visite a fait ressortir des éléments positifs au niveau de l'accueil et l'intégration de l'utilisateur, du plan de services individualisé, de l'évaluation d'un postulant et de la reconnaissance. En ce qui concerne la ressource, l'information qui lui est transmise, le plan de soutien à son intention, l'intervenant responsable d'en assurer le suivi professionnel et sa réévaluation se sont également avérés être des points positifs, tout comme la qualité du lien entre les partenaires et la dispensation des actes professionnels (Loi 90) par la ressource. D'autres aspects ont aussi été perçus positivement mais dans une moindre mesure puisqu'il reste des éléments à améliorer. Ainsi, certaines ressources vont à l'encontre du code d'éthique en ne permettant pas les échanges entre les usagers.

Par ailleurs, le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire et la révision de la situation de l'utilisateur devront être revus afin de s'assurer que le plan est élaboré et révisé en concertation avec l'utilisateur, ses proches ou son représentant et le responsable de la ressource. Une meilleure connaissance du rôle et des fonctions du commissaire aux plaintes et à la qualité des services et de la marche à suivre pour porter plainte serait requise. De plus, l'établissement aura avantage à procéder à une révision de la politique concernant le protocole d'application des mesures de contrôle afin d'y inclure les différents types de clientèles en RI-RTF et à en assurer la diffusion auprès des intervenants, des ressources et des usagers. Il devra également promouvoir, de concert avec le Comité des usagers, une plus grande implication de ce dernier dans le réseau des RI-RTF. Au niveau des changements majeurs concernant l'utilisateur, l'intervenant responsable du suivi devra solliciter et considérer l'opinion ou le point de vue des proches ou du représentant légal de l'utilisateur alors que l'établissement aura à uniformiser la marche à suivre en cas d'urgence en dehors de la plage horaire des intervenants. Enfin, l'établissement devra réviser sa politique relative aux avoirs des usagers vivant en ressources non institutionnelles actualisée et valorisant la participation des usagers.

Sur le plan des **services, des activités et des fournitures**, les résultats obtenus témoignent d'une appréciation positive de l'ensemble des groupes rencontrés liée à l'alimentation, à l'hygiène, aux services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource, aux services professionnels ou spécialisés, au transport ainsi qu'aux équipements et aides techniques. Des efforts devront toutefois se poursuivre afin que l'établissement s'assure que les ressources aient un plan d'évacuation en cas d'incendie et qu'elles procèdent à un exercice pour appliquer ce plan, minimalement une fois par année, avec les personnes œuvrant dans la ressource et les usagers. Il importera également de s'assurer que les proches ou les parents qui accueillent l'utilisateur à la maison pour un séjour disposent d'un numéro de téléphone leur permettant de rejoindre l'établissement.

Sur le plan de l'**environnement humain**, les résidents rencontrés ainsi que leurs proches ont surtout fait ressortir des éléments à améliorer. Ainsi, il importera de mettre en place une approche qui favorise l'intégration des usagers au sein du milieu en s'appuyant sur les principes de rétablissement et d'assurer aux usagers l'accès à un téléphone pour parler en toute confidentialité. L'établissement devra procéder à l'élaboration d'une politique de récupération des documents d'ordre nominatif suite au départ ou au décès de personnes ayant résidé en ressources de type familial. Enfin au niveau de l'identité, l'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur, la ressource se devra de favoriser le maintien ou le développement des capacités de l'utilisateur dans le cadre de la réalisation de ses activités de la vie quotidienne et de ses activités domestiques et s'assurer que l'utilisateur puisse circuler librement, en tout temps, dans les pièces communes.

Enfin sur le plan de l'**environnement physique**, la localisation des ressources, le bâtiment extérieur et le terrain et les lieux intérieurs conviennent tout à fait. Par contre, l'adaptation des lieux pose problème en certains endroits. Ainsi, l'établissement devra faire une réévaluation physique des ressources afin que les pièces communes soient sécuritaires et adaptées aux besoins des usagers et que la chambre de l'utilisateur soit adaptée à ses besoins, notamment en comportant suffisamment d'espaces de rangement et des meubles adéquats. Finalement, il importera de faire le suivi requis afin de s'assurer que les installations RTF se conforment aux normes de sécurité, en vertu des lois et règlements applicables au Québec.

SUIVI

Le suivi des recommandations constitue la pierre angulaire de tout le processus des visites. Pour les critères précisés à chacun des quatre (4) thèmes appréciés lors de la visite et pour lesquels des améliorations doivent être apportées, dix-sept (17) recommandations sont formulées à l'établissement. Chacune de ces recommandations fera l'objet d'un plan d'amélioration dont le suivi est assuré par la personne désignée par l'Agence. Au terme de cette démarche, le MSSS sera informé des résultats.

REMERCIEMENTS

L'équipe de visite tient à remercier tous les groupes rencontrés pour leur collaboration et leur disponibilité. L'équipe de visite remercie également la direction pour la transparence qui a caractérisé le contexte des échanges tout au long de la visite ministérielle. Nous l'apprécions hautement. Des remerciements particuliers s'adressent enfin aux usagers, aux parents et aux responsables des RTF pour leur contribution à cette opération.

Le présent rapport a été lu et approuvé par tous les membres de l'équipe de visite.

Annexe 1

Liste des recommandations

**LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL 2007-2008**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT GESTIONNAIRE : Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

N° DE PERMIS : 1104-2728

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT UTILISATEUR : Centre de santé et de services sociaux des Etchemins

RÉGION : (12)

| RECOMMANDATION | THÈME (1) | ADRESSÉE À (2) |
|--|--------------|-------------------|
| R.1 Que l'établissement prenne les moyens afin de s'assurer que le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire soit élaboré en concertation avec l'utilisateur, ses proches ou son représentant et le responsable de la ressource. | 2 | 1 |
| R.2 Que l'établissement mette en place les moyens adéquats afin que la révision des plans d'interventions individualisés et interdisciplinaires des usagers s'effectue avec la collaboration de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant et le responsable de la ressource. | 3 | 1 |
| R.3 À l'établissement de prendre les dispositions requises afin : • de s'assurer d'informer de nouveau tous les usagers par écrit du rôle et des fonctions du commissaire aux plaintes et à la qualité des services ; • que l'utilisateur ou son représentant sache à qui et comment porter plainte sans aucune crainte. | 6 | 1 |
| R.4 Que l'établissement procède à la révision de la politique concernant le protocole d'application des mesures de contrôle afin d'y inclure les différents types de clientèle en RI-RTF et la diffuse auprès des intervenants, des ressources et des usagers. | 7 | 1 |
| R.5 À l'établissement, de concert avec le Comité des usagers, de prendre les moyens afin de promouvoir une plus grande implication de ce dernier dans le réseau des RI-RTF et de faire connaître les rôles et fonctions du comité auprès des usagers. | 9 | 1 |
| R.6 À l'établissement de faire en sorte que pour tout changement majeur concernant l'utilisateur, l'intervenant responsable du suivi sollicite et considère l'opinion ou le point de vue des proches ou du représentant légal de l'utilisateur. | 16 | 1 |
| R.7 À l'établissement d'uniformiser la marche à suivre en cas d'urgence en dehors de la plage horaire des intervenants et d'en assurer la diffusion. | 16 | 1 |

* THÈME : se référer à la note explicative « liste des recommandations »

* ADRESSÉE À : 1 = Établissement, 2 = Agence, 3 = MSSS, 4 = Autres

| THÈMES (1) | |
|---|---|
| A) L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL : 1. L'accueil et l'intégration de l'utilisateur. 2. Le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire. 3. La révision de la situation de l'utilisateur. 4. Le plan de services individualisé. 5. Le code d'éthique. 6. Le traitement d'une plainte de l'utilisateur. 7. Le protocole d'application des mesures de contrôle. 8. Les règles de divulgation des accidents avec conséquences et de déclaration des incidents. 9. Le comité des usagers. 10. L'évaluation d'un postulant. 11. La reconnaissance. 12. Le jumelage. 13. L'information transmise à la ressource. 14. Le plan de soutien à l'intention de la ressource. 15. L'intervenant responsable d'assurer le suivi professionnel de la ressource. 16. L'intervenant responsable d'assurer le suivi de la situation de l'utilisateur ou de son accompagnement. 17. La qualité du lien entre les partenaires. 18. La réévaluation de la ressource. 19. La gestion des avoirs des usagers. 20. La dispensation des actes professionnels par la ressource (loi 90). | B) LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES : 21. L'alimentation. 22. L'hygiène. 23. Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource. 24. La sécurité de l'utilisateur. 25. Les services professionnels ou spécialisés. 26. Les activités. 27. Le transport. 28. Les équipements et les aides techniques. |
| C) L'ENVIRONNEMENT HUMAIN : 29. L'intégration de l'utilisateur. 30. La dignité et le respect de l'utilisateur. 31. L'identité, l'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur. 32. Le dynamisme du milieu. | D) L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE : 33. La localisation des ressources. 34. Le bâtiment extérieur et le terrain. 35. Les lieux intérieurs. 36. L'adaptation des lieux. 37. Les biens et meubles. 38. La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité. |

| RECOMMANDATION | THÈME (1) | ADRESSÉE À (2) |
|--|--------------|-------------------|
| R.8 À l'établissement d'amorcer la démarche envisagée en vue de réviser la politique de la gestion des avoirs des usagers vivant en ressources non institutionnelles tout en valorisant la participation des usagers. | 19 | 1 |
| R.9 Que l'établissement s'assure que chaque ressource procède à la réalisation d'un plan d'évacuation en cas d'incendie et à la planification d'un exercice pour appliquer ce plan, minimalement une fois par année, avec les personnes œuvrant dans la ressource et les usagers. | 24 | 1 |
| R.10 À l'établissement de s'assurer que les proches ou les parents qui accueillent l'utilisateur à la maison pour un séjour, et ce, peu importe la durée, disposent d'un numéro de téléphone leur permettant de rejoindre l'établissement en tout temps. | 24 | 1 |
| R.11 Que l'établissement poursuive ses démarches afin que toutes les ressources mettent en place une approche qui favorise l'intégration des usagers au sein du milieu en s'appuyant sur les principes de rétablissement. | 29 | 1 |
| R.12 Que l'établissement s'assure que les usagers puissent avoir accès à un téléphone pour parler en toute confidentialité. | 30 | 1 |
| R.13 Que l'établissement élabore d'une politique de récupération des documents d'ordre nominatif suite au départ ou au décès de personnes ayant résidé en ressources de type familial. | 30 | 1 |
| R.14 À l'établissement de faire en sorte que les ressources favorisent le maintien ou le développement des capacités des usagers dans le cadre de la réalisation de ses activités de la vie quotidienne et de ses activités domestiques. | 31 | 1 |
| R.15 À l'établissement de s'assurer que les usagers puissent circuler librement, en tout temps, dans les pièces communes de la ressource. | 31 | 1 |
| R.16 À l'établissement de faire une réévaluation physique des ressources afin que : <ul style="list-style-type: none"> • les pièces communes soient sécuritaires et adaptées aux besoins des usagers ; • les portes des chambre des usagers des deux ressources soient munies de verrous sécuritaires ; • l'espace de rangement des chambres de la ressource dispose : <ul style="list-style-type: none"> ▪ d'espaces de rangement suffisant , ▪ de meubles adéquats et d'un éclairage approprié. | 36 | 1 |
| R.17 À l'établissement de faire le suivi requis afin de s'assurer que les installations RTF se conforment aux normes de sécurité, en vertu des lois et règlements applicables au Québec. | 38 | 1 |

* THÈME : se référer à la note explicative « liste des recommandations »

* ADRESSÉE À : 1 = Établissement, 2 = Agence, 3 = MSSS, 4 = Autres

| THÈMES (1) | |
|---|---|
| A) L'ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL : 1. L'accueil et l'intégration de l'utilisateur. 2. Le plan d'interventions individualisé et interdisciplinaire. 3. La révision de la situation de l'utilisateur. 4. Le plan de services individualisé. 5. Le code d'éthique. 6. Le traitement d'une plainte de l'utilisateur. 7. Le protocole d'application des mesures de contrôle. 8. Les règles de divulgation des accidents avec conséquences et de déclaration des incidents. 9. Le comité des usagers. 10. L'évaluation d'un postulant. 11. La reconnaissance. 12. Le jumelage. 13. L'information transmise à la ressource. 14. Le plan de soutien à l'intention de la ressource. 15. L'intervenant responsable d'assurer le suivi professionnel de la ressource. 16. L'intervenant responsable d'assurer le suivi de la situation de l'utilisateur ou de son accompagnement. 17. La qualité du lien entre les partenaires. 18. La réévaluation de la ressource. 19. La gestion des avoirs des usagers. 20. La dispensation des actes professionnels par la ressource (loi 90). | B) LES SERVICES, LES ACTIVITÉS ET LES FOURNITURES : 21. L'alimentation. 22. L'hygiène. 23. Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource. 24. La sécurité de l'utilisateur. 25. Les services professionnels ou spécialisés. 26. Les activités. 27. Le transport. 28. Les équipements et les aides techniques. |
| C) L'ENVIRONNEMENT HUMAIN : 29. L'intégration de l'utilisateur. 30. La dignité et le respect de l'utilisateur. 31. L'identité, l'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur. 32. Le dynamisme du milieu. | D) L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE : 33. La localisation des ressources. 34. Le bâtiment extérieur et le terrain. 35. Les lieux intérieurs. 36. L'adaptation des lieux. 37. Les biens et meubles. 38. La conformité aux normes ou aux exigences de sécurité. |

Annexe 2

Groupes et personnes rencontrés

Annexe 3

Ressources convoquées et ressources visitées

**VISITES D'APPRECIATION DE LA QUALITE
LISTE DES RESSOURCES CONVOQUEES**

| NOMS DES RESSOURCES RTE | RENCONTRE | | VISITE | | MOTIFS DE REFUS |
|----------------------------|-----------|-----|--------|-----|-----------------|
| | OUI | NON | OUI | NON | |
| | X | | X | | |
| | X | | X | | |
| | X | | X | | |
| | X | | X | | |
| | X | | X | | |
| | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |
| 16. | | | | | |

IDENTIFICATION DES RESSOURCES VISITÉES

| A- | NOM DE L'ETABLISSEMENT GESTIONNAIRE | RTF | RI | MEMBRES DE L'EQUIPE AYANT PROCÉDÉ À LA VISITE |
|----|--|-------------------------------------|--------------------------|---|
| | Centre de santé et de services sociaux des Etchemins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">M. Jean-Jacques Leclerc</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">M. Sylvain Bernier</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">M^{me} Chantal Veer</div> <div style="padding: 2px;">M. François Winter</div> |
| B- | NOMS DES RESSOURCES | RTF | RI | MEMBRES DE L'EQUIPE AYANT PROCÉDÉ À LA VISITE |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">1- M. Sylvain Bernier</div> <div style="padding: 2px;">M. François Winter</div> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">2- M. Sylvain Bernier</div> <div style="padding: 2px;">M. François Winter</div> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">3- M. Jean-Jacques Leclerc</div> <div style="padding: 2px;">M^{me} Chantal Veer</div> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">4- M. Jean-Jacques Leclerc</div> <div style="padding: 2px;">M^{me} Chantal Veer</div> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <div style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">5- M. Jean-Jacques Leclerc</div> <div style="padding: 2px;">M^{me} Chantal Veer</div> |

Annexe 4

Fiche d'appréciation de la qualité

FICHE D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

Nom de l'établissement gestionnaire : Centre de santé et de services sociaux des Etchemins Région : 12
 Nom de l'établissement utilisateur : Centre de santé et de services sociaux des Etchemins N° de permis : 1104-2728

Type de ressource : RI RTF

Clientèle visée : Personnes âgées Déficience intellectuelle Santé mentale Jeunesse

| Groupes | Thèmes | | | | |
|------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------|
| | Appréciation générale | L'environnement organisationnel | Les services et les activités | L'environnement humain | L'environnement physique |
| Équipe de visite | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 |
| Usagers | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 |
| Familles et proches | 3 | 5 | 1 | 2 | 2 |
| Intervenants | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Ressources | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Direction de l'établissement | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |

Légende : Mise en œuvre des orientations ministérielles, des lois et des règlements régissant les ressources intermédiaires et de type familial.

1 = Réalisée / 2 = Réalisée en très grande partie / 3 = Réalisée en grande partie / 4 = Réalisée en partie / 5 = Peu avancée

Addendum

Commentaires de l'établissement

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Lac-Etchemin, le 15 avril 2008

Madame Josette Chouinard, MOA MAP
Coordonnatrice
Unité des visites d'appréciation
Direction générale des services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 6^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Rapport de visite d'appréciation de la qualité des services

Madame,

Nous accusons réception de votre courrier électronique daté du 17 mars dernier, ayant pour objet le rapport de visite d'appréciation de la qualité des services en matière d'hébergement en ressources non institutionnelles.

Tel que demandé dans votre correspondance, vous trouverez ci-joint les commentaires de notre établissement. Nous nous excusons de ne pas avoir répondu à votre demande dans le délai prévu.

Nous vous remercions de votre collaboration et soyez assurée que l'amélioration des services pour notre clientèle hébergée en ressources non institutionnelles est une préoccupation constante pour notre personnel et que nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir afin de donner suite à vos recommandations pour améliorer nos services pour cette clientèle.

Nous espérons le tout à votre entière satisfaction. Veuillez agréer, madame Chouinard, l'expression de nos sentiments distingués.

La directrice générale,



France Laplante Théberge
FLT/fm

Pièces jointes

Mise en contexte

3^e paragraphe :

« Nous comprenons la pertinence d'associer le concept « milieu de vie » à la clientèle santé mentale, cependant aucune référence ministérielle ou régionale ne balise notre action à cet effet ».

1.1 L'accueil et l'intégration de l'utilisateur :

Élément à améliorer :

« À notre avis, les « formulaires généraux » qui décrivent l'ensemble du contenu d'information des usagers, ces formulaires, il faut en faire un seul élément manquant sur un document et préciser que cela sera à compléter ».

1.6 Le traitement d'une plainte de l'utilisateur :

Éléments à améliorer :

2^e puce :

« L'établissement n'a pas préparé d'affiche. Il s'agit plutôt de l'affiche du VISSS (formation) et préparé à l'intention du CSSS (sans tableau) et d'un manuel de procédures familiales ».

R.3

« L'établissement a informé par écrit en novembre 2007 chaque usager et chaque ressource de la procédure d'examen des plaintes des usagers. Le processus semble pas intégré lors de la visite, les familles et les usagers mentionnent ne pas savoir comment porter plainte et à qui s'adresser. Nous suggérons d'insérer d'informer de nouveau les usagers » (voir document en annexe).

1.8 Les règles de divulgation des accidents avec conséquences et de déclaration des incidents :

Éléments à améliorer :

« Il s'agit plutôt d'un constat plus que d'un point à améliorer selon nous et nous croyons que lors d'une nouvelle politique est implantée, il est de notre devoir de faire des rappels. Nous suggérons d'enlever ce élément ».

1.9 Le comité des usagers :

Élément positif :

L'équipe de visite a constaté que la direction de l'établissement, en concertation avec le comité des usagers, informe chaque usager par écrit, tel que défini dans la loi, de l'existence du Comité des usagers.

1.12 Le jumelage :

Élément à améliorer :

« Questionnement sur l'élément à améliorer car c'est une réalité mais en l'absence d'évaluation des ressources et de nos intervenants ressources. Nous suggérons d'enlever ce élément à améliorer ».

1.16 L'intervenant responsable d'assurer le suivi de la situation de l'utilisateur ou de son accompagnement :

Éléments à améliorer :

L'équipe de visite indique :

3^e puce : « Énoncé d'avis à l'avis car une communication a été faite en juillet 2007 » Voir communiqué en annexe.

2.4 La sécurité de l'utilisateur :

Recommandations :

Considérant :

1^{er} puce : « énoncé à retirer à notre avis car une communication a été faite en juillet 2007. Voir communiqué en annexe ».

R.10

« Nous questionnons cette recommandation en regard de la nature de l'intervention à apporter. Nous croyons que la ressource doit répondre dans un premier temps et faire appel au CSSS si elle n'est pas en mesure de répondre au besoin du proche ou du parent ».

R.11

« Cette recommandation concerne à notre avis 1/5 ressource. ~~Il en fait une généralité disant la qualité de l'intégration faite par les autres ressources.~~ »

4.4 L'adaptation des lieux :

Éléments à améliorer :

4^e puce :

~~Les portes ne se verrouillent pas et l'espace de rangement est insuffisant. Formulation à reprendre. Préciser de quelle manière.~~

R.16

2^e puce :

~~« S'agit-il d'une généralité ou est-ce que cet élément concerne une chambre en particulier. » Selon nous, les chambres de ces ressources sont conformes aux attentes ».~~

Conclusion

1^{er} paragraphe :

~~Phrase : et les règles de divulgation des accidents avec conséquences et de déclaration de incidents doivent parfois être rappelées par la direction. (En désaccord avec certains points et suggestions de lever.) Voir commentaire du point 1.8~~

Liste des recommandations formulées dans le rapport de visite d'appréciation de la qualité ressources intermédiaires et de type familial 2007-2008

R.3 1^{er} puce : d'informer à nouveau à la place de s'assurer d'informer

R.10 : questionnement sur cette recommandation (voir commentaire R10)

R.11 : questionnement quant à la nécessité de cette mesure (voir commentaire R11)

La directrice générale
du CSSS des Etchemins,

France Laplante Thériault