

**RAPPORT DE VISITE**

**APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES  
RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET INTERMÉDIAIRES**

**ÉTABLISSEMENT GESTIONNAIRE :** Centre de santé et services sociaux  
du Grand Littoral

**ÉTABLISSEMENT(S) UTILISATEUR (S) :** Centre de santé et services sociaux  
du Grand Littoral

**PROBLÉMATIQUE PRINCIPALE DES  
USAGERS :** Personnes en perte d'autonomie liée  
au vieillissement

**DATE DE LA VISITE :** 14 et 15 février 2006

**DATE DU RAPPORT :** 3 mars 2006

**RÉGION :** Chaudière-Appalaches (12)

**ÉQUIPE DE VISITE**

<b>ENTITÉ REPRÉSENTÉE</b>	<b>NOM DU REPRÉSENTANT(E)</b>
Ministère de la Santé et des Services sociaux :	M <sup>me</sup> Danièle Marchand
Agence de la santé et des services sociaux :	M <sup>me</sup> Chantal Veer
Association nationale :	M <sup>me</sup> Chantal Gosselin
Association régionale :	M <sup>me</sup> Paule Trahan

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Déroulement de la visite.....</b>	<b>Pages 3-4</b>
Analyse et présentation du déroulement de la journée	
<b>2. Programme ressource.....</b>	<b>Pages 5 à 7</b>
Présentation sommaire :	
➤ De l'établissement gestionnaire ;	
➤ Des établissements utilisateurs ;	
➤ De la clientèle desservie ;	
➤ Du nombre de ressources et de place par type de ressources ;	
➤ Des situations en attente ;	
➤ Des problématiques ou situations particulières signalées lors des rencontres ou apparaissant dans la Partie I de la grille (données factuelles) ;	
➤ Des responsabilités :	
○ Mixtes ;	
○ Suivi des usagers ;	
○ Suivi des ressources.	
➤ De la présence des procédures politiques ou mécanismes encadrant la pratique ressource	
<b>3. Accessibilité et qualité des services.....</b>	<b>Pages 8 à 10</b>
➤ Éléments positifs ;	
➤ Éléments à améliorer ;	
➤ Recommandations.	
<b>4. Mesures, outils ou mécanismes facilitant ou contribuant à assurer un milieu de vie de qualité.....</b>	<b>Pages 10-11</b>
➤ Éléments positifs ;	
➤ Éléments à améliorer ;	
➤ Recommandations.	

<b>5. Environnement humain : principes caractérisant un milieu de vie de qualité.....</b>	Pages 12-13
➤ Éléments positifs ;	
➤ Éléments à améliorer ;	
➤ Recommandations.	
<b>6. L'environnement physique.....</b>	Page 13-14
➤ Éléments positifs ;	
➤ Éléments à améliorer ;	
➤ Recommandations.	
<b>7. Conclusion.....</b>	Page 14
<b>8. Annexes.....</b>	Pages 15 à 31
➤ Annexe 1 : Liste des recommandations ;	16 à 21
➤ Annexe 2 : Groupes et personnes rencontrés et ressources visitées ;	22 à 28
➤ Annexe 3 : Identification des ressources visitées ;	29 à 30
➤ Annexe 4 : Liste des ressources convoquées ;	31
➤ Annexe 5 : Commentaires de l'établissement	32

## 1. Déroulement de la visite

### Analyse et présentation du déroulement de la journée

Dès 8 h 00, le mardi 14 février 2006, les membres de l'équipe d'appréciation se sont présentés au Centre de santé et des services sociaux du Grand Littoral, situé au 975, rue de la Concorde à Saint-Romuald. Madame Isabelle Barrette, directrice du programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique (PPALV-DP), a accueilli l'équipe visiteuse à l'entrée principale de l'établissement et a accompagné l'équipe à la salle de direction où celle-ci a pris contact et a procédé à un bref échange avec la directrice générale, M<sup>me</sup> Michelle Collard, qui était accompagnée de trois représentantes et représentants de la direction générale; M<sup>me</sup> Isabelle Barrette, directrice du programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique (PPALV-DP); M. Claude Soucy, directeur général-adjoint; M. Michel Laroche, directeur du programme jeunes en difficulté, santé mentale, déficience intellectuelle et dépendance ainsi que du président du conseil d'administration, M. Clermont Maranda. L'accueil fût bref et chaleureux.

Les deux jours de la visite (14 et 15 février 2006), l'équipe d'appréciation s'est scindée en deux groupes composés chacun de deux personnes :

#### Groupe A

M<sup>me</sup> Danièle Marchand, représentante du ministère de la Santé et des Services sociaux ;  
M<sup>me</sup> Paule Trahan, représentante de la Table régionale des aînés de Chaudière-Appalaches.

#### Groupe B

M<sup>me</sup> Chantal Gosselin, représentante de la Fédération québécoise des sociétés Alzheimer ;  
M<sup>me</sup> Chantal Veer, représentante de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.

Le groupe A a administré aux représentants des cadres supérieurs et intermédiaires responsables des ressources non institutionnelles (RI et RTF) hébergeant les personnes en perte d'autonomie liées au vieillissement,<sup>1</sup> la grille d'appréciation générale (Partie II). Six personnes étaient présentes lors de la rencontre; M. Michel Laroche, directeur du programme jeunes en difficulté, santé mentale, déficience intellectuelle et dépendance; M. Alain Dumais, directeur du programme jeunes en difficulté, santé mentale, déficience intellectuelle et dépendance, M<sup>me</sup> Isabelle Barrette, directrice du programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique (PPALV-DP), M<sup>me</sup> Nicole St-Pierre, chef de programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) volet SAD (soutien à domicile) et déficience physique (DP) secteur Desjardins, M<sup>me</sup> Elaine Dion, chef de programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) volet SAD (soutien à domicile) et déficience physique (DP) des secteurs Bellechasse et Nouvelle-Beauce et M<sup>me</sup> Lise Tousignant, chef de programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) volet SAD (soutien à domicile) et déficience physique (DP) des secteurs Lotbinière et Chutes-Chaudière. Notons que ce sont les cadres intermédiaires qui assument une partie du rôle des intervenants ressources en RI.

---

<sup>1</sup> Voir Annexes - Groupe et personnes rencontrées (Groupe V)

Au même moment, le groupe B a administré aux intervenants (ressources des RTF et usagers) de l'établissement gestionnaire et utilisateur<sup>2</sup> la grille d'appréciation générale (Partie II). Il y avait deux intervenants ressources attirés au RTF et neuf intervenants usagers présents à la rencontre.

Par la suite, le groupe A a rencontré les responsables des neuf ressources non institutionnelles (RI-RTF) hébergeant les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et lui a administré<sup>3</sup> la grille d'appréciation générale (Partie II). Toutes les ressources non institutionnelles de ce territoire ont été convoquées à la rencontre et étaient présentes. Dans un autre local, le groupe B a rencontré les membres de famille des résidents hébergeant ces ressources non institutionnelles (RI-RTF) en lui administrant également<sup>4</sup> la grille d'appréciation générale (Partie II). L'équipe visiteuse tient à souligner la présence du représentant de la curatelle publique M<sup>me</sup> Maryse Saucier. Toutefois, l'absence du comité des usagers ainsi que l'absence des familles des résidents hébergées dans les RTF ont été remarquées par l'équipe visiteuse. Ainsi, le groupe B a échangé avec seulement cinq membres de famille des résidents en RI et la représentante du curateur public.

En début d'après-midi, le groupe B s'est déplacé à la RI Pavillon Beauséjour de Saint-Romuald et a rencontré huit résidents hébergeant les ressources non institutionnelles. Le groupe a également complété<sup>5</sup> la grille d'appréciation «Perception de l'utilisateur» (Partie III) avec ces derniers. À la fin de la journée, le groupe B a visité l'établissement.

Au même moment, le groupe A visitait deux ressources non institutionnelles. La durée moyenne des visites, par installation, était d'environ deux heures. Les visiteurs ont été accueillis chaleureusement par les propriétaires de ces ressources, de même que par les résidents qui y habitaient.

Le jour 2 (15 février 2006) a débuté avec la visite de six autres installations. Le groupe A et le groupe B ont rendu visite à trois ressources non institutionnelles. L'accueil des équipes visiteuses fût chaleureux et courtois. Encore une fois, la durée moyenne des visites, par installation, était d'environ deux heures.

---

<sup>2</sup> Voir Annexes - Groupe et personnes rencontrées (Groupe IV)

<sup>3</sup> Voir Annexes - Groupe et personnes rencontrées (Groupe III)

<sup>4</sup> Voir Annexes - Groupe et personnes rencontrées (Groupe II)

<sup>5</sup> Voir Annexes - Groupe et personnes rencontrées (Groupe I)

## 2. Programme ressource

### Présentation sommaire

#### ➤ De l'établissement gestionnaire

En 2004, le Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral est né de la fusion du Centre de santé de Bellechasse, du Centre de santé Arthur-Caux, du Centre de santé Paul-Gilbert, du CLSC-CHSLD de la MRC de la Nouvelle-Beauce et du CLSC-CHSLD de la MRC Desjardins. Ainsi, ce territoire est composé de trois MRC (Bellechasse, Nouvelle-Beauce et Lotbinière) et d'une agglomération urbaine, la Ville de Lévis. La population du territoire du Littoral compte pour environ 55% de la région de Chaudière-Appalache et elle est déployée sur 31 % du territoire. Les objectifs poursuivis par le CSSS du Grand Littoral en collaboration avec les organismes du milieu sont de maintenir des services dans chacun des sous-territoires, offrir une gamme de services de première ligne dans tous les programmes, l'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie et le maintien à domicile.

#### ➤ Des établissements utilisateurs

Un établissement utilise les ressources de l'établissement gestionnaire eu au regard des ressources non institutionnelles de type familial. Il s'agit du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Chaudière-Appalache (CRDI-CA).

#### ➤ De la clientèle desservie

Au 31 mars 2005, 33 hommes (36 %) et 59 femmes (64 %) vivaient dans les ressources non institutionnelles et présentaient une perte d'autonomie. La moyenne d'âge des usagers présentant une perte d'autonomie habitant les RTF était de 75 ans et ceux résidant les ressources intermédiaires était de 80 ans. La durée moyenne de séjour des placements en RTF était de 5,37 ans et de 2,41 ans en RI.

#### ➤ Du nombre de ressources et de places par type de ressources

Le Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral gère depuis quelques mois seulement les 75 ressources reconnues sur son territoire, dont 64 ressources de type familial et 11 ressources intermédiaires. Trois cent dix-sept (317) places sont réparties dans les 64 ressources de type familial et 129 places sont disponibles dans les 11 ressources intermédiaires. Il y a donc 9 ressources non institutionnelles (5 RI et 4 RTF) totalisant 111 places destinées aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV). Sur les 111 places reconnues PPALV, 8 places (7 %) se situent au sous-sol ou demi-sous-sol. Ainsi, nous constatons qu'il y a 101 chambres simples (91 %) et 5 chambres doubles (9 %). Il n'y a aucune chambre triple et quadruple destinée à cette clientèle.

#### ➤ Des situations en attente

Au 31 mars 2005, il n'y avait aucun usager en perte d'autonomie liée au vieillissement en attente de placement dans une RTF. Par contre, 32 personnes vivant une perte d'autonomie attendaient une place en RI.

➤ **Des problématiques ou situations particulières signalées lors des rencontres ou apparaissant dans la partie I de la grille (données factuelles)**

Avant le 1<sup>er</sup> octobre 2005, la gestion des ressources de type familial était centralisée régionalement au Centre de santé et de services sociaux des Etchemins. Dès notre arrivée au CSSS du Grand Littoral, la direction générale nous a informé qu'ils éprouvaient actuellement des problèmes au niveau de l'entrée de données pour compléter la partie I de la grille (données de base), car plusieurs informations, telles que les caractéristiques des usagers hébergeant les ressources non institutionnelles, le nombre de plaintes reçues et recevables, le nombre d'accidents ou incidents en 2004-2005 et le nombre de mécontentes (plaintes fondées et non fondées) sont totalement absentes de la grille. Malgré l'absence de ces informations, la direction générale a quand même remis à l'équipe visiteuse une copie de la grille (Partie I) en spécifiant qu'ils transmettraient par courrier électronique la Partie I de la grille dès qu'ils auront reçu toute l'information nécessaire pour la compléter. La Partie I de la grille a été acheminée tel que convenu une semaine suivant la visite.

À la lumière des différents commentaires apportés par les personnes rencontrées, l'équipe de visite a perçu une disparité dans les différents territoires quant à la compréhension et à l'interprétation des services à donner à leur population. Ainsi, l'équipe en arrive à la conclusion que la fusion récente du CSSS du Grand Littoral n'est peut-être pas encore intégrée. Par ailleurs, nous constatons que la transmission de l'information entre la direction, les ressources et les intervenants est déficiente. À titre d'exemple, les culottes d'incontinence fournies gratuitement par l'établissement dans les ressources intermédiaires : l'information transmise aux personnes sous curatelle est différente de celle des autres usagers. Ainsi, les culottes d'incontinence sont offertes gratuitement aux usagers sous curatelle et dans certaines ressources pour tous les usagers. Les autres usagers doivent déboursier les produits d'incontinence. Par conséquent, la compréhension et l'interprétation de l'inégalité des services rendus à la clientèle rendent confus les intervenants usagers et les ressources. Notons également que le soutien et la collaboration requis de l'intervenant ressource dans les ressources intermédiaires sont pratiquement inexistantes.

### **Recommandations**

- 1- Que l'établissement gestionnaire prenne les moyens nécessaires afin que l'information soit diffusée clairement entre la direction et les intervenants, les ressources, les familles et les usagers.
- 2- Que l'établissement gestionnaire désigne un intervenant ressource pour chacune des ressources non institutionnelles et clarifie son rôle avec ce dernier.

### Constat d'une situation particulière

L'équipe de visite a été témoin d'une discussion entre un résident et un des propriétaires qui voulait à tout prix exclure le résident de la conversation. Lors de l'échange, l'équipe considère que le résident n'a pas été traité avec égards, douceur et tact.

## Recommandations

- 3- Que l'établissement gestionnaire accentue le suivi afin d'assurer le respect à la clientèle. Qu'il soit également possible d'aménager les chambres avec les meubles et les effets personnels de la clientèle et d'assurer l'accessibilité en tout temps à la salle à manger de la résidence.

### ➤ Des responsabilités

#### ○ *Mixtes*

Il y a 5 intervenants ressources usagers (E.T.C.) en RI assumant une double fonction au Centre de santé et des services sociaux du Grand Littoral. Leur charge moyenne de travail est de 2 ressources et de 14 usagers.

#### ○ *Suivi des usagers*

Nous comptons 5 postes (E.T.C.) d'intervenants usagers en RTF concernant une clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement. Leur charge moyenne de travail est de 7 usagers par intervenant.

#### ○ *Suivi des ressources*

Selon les données fournies par l'établissement (Partie I de la grille), pour toute clientèle, 3 intervenants ressources (E.T.C.) sont attirés aux RTF et ont respectivement 22 dossiers comme charge moyenne de travail.

### ➤ De la présence des procédures politiques ou mécanismes encadrant la pratique ressource

Malgré la présence de plusieurs politiques ou mécanismes encadrant la pratique ressource, quelques-unes d'entre elles sont méconnues d'un ou des groupes suivants : les ressources non institutionnelles, les intervenants (usagers et ressource), les usagers et les familles ou son représentant. Notons par exemple : le plan d'intervention, les informations sommaires écrites transmises aux ressources, les informations transmises aux parents ou aux proches, le plan de soutien pour chacune des ressources, le mécanisme de médiation et le processus des plaintes.

Considérant les ressources non institutionnelles comme étant leur domicile, les mesures de contrôle ne sont pas appliquées dans ces ressources, ce qui explique qu'aucun rapport de prévalence n'a été réalisé en 2004-2005.

### **3. Accessibilité et qualité des services**

#### **Éléments positifs**

L'alimentation est appropriée, les clients sont satisfaits de la nourriture quant au goût, à la température, à la quantité et à la présentation.

Le lavage du linge et l'entretien de la literie sont assurés par la ressource, de façon à rencontrer les besoins de l'usager.

Le transport requis par l'usager est assuré afin de bénéficier des services ou des activités thérapeutiques requis par sa situation.

Un intervenant est désigné pour assurer le suivi de la situation de chaque usager.

Les modalités de contributions financières (frais chargés à l'usager) sont connues de tous les groupes rencontrés.

Des résidents ont mentionné aux visiteurs «se sentir en famille» dans leur ressource.

Immédiatement après les rencontres qu'elles ont eu avec l'équipe ministérielle, plusieurs ressources RI et RTF ont démontré une volonté d'améliorer la qualité des services destinés à la clientèle.

#### **Éléments à améliorer**

Les soins infirmiers sont offerts pour des activités ponctuelles seulement. Notons dans les RI l'absence de suivi (santé globale) en soins infirmiers. Par conséquent, cette absence a provoqué des difficultés d'accessibilité aux services médicaux. Certaines ressources intermédiaires ont même associé le départ des médecins au retrait des services infirmiers en 2001. Les services de réadaptation de physiothérapie sont également déficients dans plusieurs ressources.

L'équipe de visite a remarqué dans certaines ressources que la clientèle recevait les trois repas sur une courte période.

L'information transmise par l'établissement à l'usager, à ses proches ou à son représentant concernant leurs droits à l'information, à la consultation et aux plaintes est méconnue et incomprise par ces derniers. Également, l'information concernant les services et les activités thérapeutiques, récréatives ou sociales est méconnue des usagers et des familles et est peu disponible par l'établissement.

Le plan d'intervention pour chaque usager est absent dans toutes les ressources de type familial et est présent dans deux ressources intermédiaires. Notons également l'absence d'un plan de services individualisés lorsque plusieurs organisations sont impliquées dans la situation de l'usager. Par conséquent, il est impossible de valider la révision de la situation de l'usager puisqu'elle est faite verbalement.

Dans les ressources non institutionnelles, certains articles d'hygiène de base, tels que le dentifrice, le savon et le shampooing ne sont pas mis à la disposition du résident gratuitement. De plus, en ressource intermédiaire, la clientèle doit acheter les produits d'incontinence.

Le processus de traitement des plaintes est méconnu de tous les groupes rencontrés.

Certaines fonctions assumées par le comité des usagers permettent d'augmenter de façon significative la qualité de vie des usagers. L'absence d'un comité des usagers ne permet donc pas l'amélioration de la qualité du milieu de vie des usagers.

Quelques points concernant la sécurité de l'utilisateur doivent être améliorés. Certaines ressources ne conservent pas les médicaments sous clé et dans un endroit approprié. Les produits dangereux sont facilement accessibles et plusieurs RNI n'ont aucun lieu de dépannage prévu en cas d'incendie. Le processus de prévention des accidents et incidents est peu connu des ressources. Notons également

un danger de chute pour la clientèle.

### **Recommandations**

- 4- Que l'établissement gestionnaire assure les services infirmiers dans les ressources intermédiaires et que son rôle soit bonifié, incluant l'enseignement auprès de la ressource. Cette présence favorisera certainement la venue des services médicaux dans cette ressource.
- 5- Que l'établissement gestionnaire revoit avec les ressources l'horaire des repas.
- 6- Que l'établissement gestionnaire transmette aux usagers, à ses proches ou à son représentant toute l'information pertinente afin de connaître leurs droits, le processus des plaintes ainsi que les services et les activités thérapeutiques, récréatives et sociales disponibles dans la ressource ou rendus disponibles par l'établissement. L'établissement gestionnaire pourrait s'associer à un organisme régional de défense des droits des aînés ce qui est fortement souhaité.
- 7- Que l'établissement gestionnaire s'assure qu'un plan d'intervention soit élaboré pour chaque usager, en concertation avec l'usager, ses proches ou son représentant et avec la ressource si l'usager est déjà présent dans la ressource.
- 8- Que l'établissement gestionnaire s'assure de l'élaboration et du suivi du plan d'intervention selon les normes et pratiques et que cela s'inscrive dans la pratique des intervenants usagers. La participation de l'usager, de ses proches ou de son représentant légal et la ressource est également essentielle à la révision de la situation de l'usager ou selon un échéancier établi au plan d'intervention ou selon une fréquence prédéterminée et toujours lorsque des faits nouveaux le justifient.
- 9- Que l'établissement gestionnaire, conformément aux ententes contractuelles et selon la circulaire «1995-010», rende les articles d'hygiène de base sans frais supplémentaire et en quantité suffisante aux usagers. De plus, que les culottes d'incontinence soient fournies gratuitement à tous les résidents inscrits dans les ressources intermédiaires.

- 10- Que l'établissement gestionnaire précise davantage le processus de traitement des plaintes des usagers et que soit inclus le nom et les coordonnées du commissaire aux plaintes, les différentes étapes du processus (première, deuxième instance etc..).
- 11- Que l'établissement gestionnaire s'assure que le processus de traitement des plaintes soit connu, diffusé et facilement accessible à tous les usagers, leurs proches ou leur représentant, les intervenants ressources et usagers et les ressources.
- 12- Que l'établissement gestionnaire s'assure de l'implantation d'un comité des usagers conformément à l'application du projet de loi no 83.
- 13- Que l'établissement gestionnaire prenne toutes les dispositions afin que les ressources non institutionnelles soient sécuritaires pour les usagers : en identifiant des lieux de dépannage en cas de sinistre, en gardant les produits dangereux dans un endroit sécuritaire, en conservant sous clé les médicaments des usagers et en implantant un processus de prévention des accidents et incidents.

#### **4. Mesures, outils ou mécanismes facilitant ou contribuant à assurer un milieu de vie de qualité**

##### **Éléments positifs**

L'évaluation d'un postulant (personne qui désire être reconnue RI ou RTF) respecte les modalités prescrites au guide de la pratique professionnelle.

Les critères de reconnaissance de l'Agence sont connus.

Les mécanismes d'accès et le jumelage de la ressource répondent aux objectifs évalués.

Les règles de rétribution régissant la détermination de la rémunération de la ressource sont respectées.

L'établissement dispose de normes politiques ou directives concernant la dispensation des actes professionnels (Loi 90).

##### **Éléments à améliorer**

L'absence d'un plan de soutien à l'attention de la ressource a été constatée par l'équipe de visiteurs.

L'absence d'une politique de gestion de l'avis des usagers vivant en ressources intermédiaires a été constatée par l'équipe de visite. Certaines ressources utilisent une enveloppe sur laquelle ils inscrivent les dépenses et l'argent remis aux usagers. Aucune signature n'est demandée aux usagers.

Le rapport sommaire ou plan d'intervention est absent si l'utilisateur provient d'un autre établissement que le Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis

L'information transmise par l'établissement à la ressource ne permet pas de connaître son projet de vie.

Malgré l'existence d'une politique concernant la dispensation des actes professionnels (application de la loi 90), les ressources n'ont pas encore été formées.

Les modalités relatives au traitement des mésententes survenant entre l'établissement et les ressources non institutionnelles, par l'établissement gestionnaire et par l'Agence de la santé et des services sociaux sont méconnues.

### **Recommandations**

14- Que l'établissement gestionnaire élabore un plan de soutien à l'intention des ressources non institutionnelles. Extrait du document : *La pratique professionnelle et la ressource de type familial : guide d'orientation (avril 2003)* :

«Voici les principales formes d'aide qui pourraient être apportées sous forme de soutien par l'intervenant qui assiste la ressource :

- encadrement professionnel (mesures d'aide et de soutien) ;
- l'accessibilité à des programmes de formation ;
- la mise sur pied de groupes de discussion et d'échange ;
- l'association de jeunes ressources de type familial à des ressources plus expérimentées ;
- l'organisation, la coordination et la mise en place de mesures de répit à partir des ressources disponibles».

15- Que l'établissement gestionnaire finalise l'élaboration de la politique concernant la gestion des avoirs de l'usager afin qu'elle soit diffusée aux RNI et respecter par ces derniers.

16- Que l'établissement gestionnaire remette aux ressources non institutionnelles un rapport sommaire ou un plan d'intervention précisant les attentes de l'établissement à l'égard de l'usager, avant ou dès son arrivée dans la ressource.

17- Que l'établissement gestionnaire forme et soutienne les non professionnels des RNI (application de la loi 90).

18- Que l'établissement gestionnaire s'assure que les ressources non institutionnelles connaissent la procédure de mésententes par l'Agence de la santé et des services sociaux et qu'elle soit facilement accessible de tous.

## **5. Environnement humain : principes caractérisant un milieu de vie de qualité**

### **Éléments positifs**

La ressource est ouverte au contact de l'utilisateur avec sa famille et ses amis.

L'utilisateur et ses proches sont traités avec politesse et courtoisie.

Les gens oeuvrant dans la ressource font généralement preuve d'empathie et de compassion envers l'utilisateur.

L'accompagnement de l'utilisateur dans les activités de la vie quotidienne et la dispensation des soins et des services sont réalisés de façon à assurer son intimité.

Les informations concernant l'utilisateur demeurent confidentielles.

L'utilisateur peut être seul quand il le désire.

L'utilisateur est invité à exprimer ses goûts et ses priorités dans l'aménagement de sa chambre.

L'utilisateur peut recevoir dans sa chambre qui il veut et quand il le veut.

### **Points à améliorer**

Dans certaines ressources, le téléphone est placé dans les aires communes ou dans le corridor de la résidence. L'utilisateur ne peut donc discuter en toute confidentialité.

La ressource offre très peu d'activités en fonction de l'âge, des caractéristiques et des intérêts de l'utilisateur.

L'opinion de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant concernant ses habitudes de vie et ses besoins a peu d'impact sur la réalisation de ses activités de la vie quotidiennes et de ses désirs.

L'information écrite concernant l'utilisateur n'est pas retournée à l'établissement au départ de l'utilisateur. Certaines ressources détruisent elles-mêmes les documents.

## **Recommandations**

- 19- Que l'établissement gestionnaire, en collaboration avec les RNI, évalue la possibilité d'utiliser des téléphones sans fil ou envisage toute autre mesure permettant à l'utilisateur d'avoir des conversations téléphoniques confidentielles.
- 20- Que l'établissement gestionnaire soutienne davantage les ressources non institutionnelles dans l'organisation et la planification de toutes les activités telles que les activités de la vie quotidienne (AVQ), domestiques (AVD), récréatives, sociales et thérapeutiques. Qu'elles soient réalisées en fonction des goûts et des intérêts de la clientèle. Notons que cet objectif pourrait faire partie du plan de soutien.
- 21- Que l'établissement gestionnaire informe les RNI que tout document concernant l'utilisateur doit être retourné à l'établissement dès que l'utilisateur quitte la ressource.

## **6. L'environnement physique**

### **Éléments positifs**

La localisation des ressources est adéquate considérant les besoins des usagers.

Le bâtiment extérieur et le terrain sont bien entretenus.

Les lieux intérieurs sont bien entretenus.

L'aménagement des lieux répond aux objectifs évalués :

- en général, les chambres sont confortables ;
- la chambre de l'utilisateur permet de respecter son intimité ;
- les biens et meubles dans les pièces communes sont de qualité et adaptés aux besoins de la clientèle ;
- les pièces communes répondent aux besoins des usagers.

Les RNI ont un plan d'évacuation en cas d'incendie.

### **Éléments à améliorer**

En cas d'évacuation, certaines ressources visitées ne possèdent pas de liste de leurs clients spécifiant l'aide nécessaire pour se mobiliser.

Malgré la présence d'un plan d'évacuation en cas d'incendie, le rappel des mesures prévues à ce plan n'est pas planifié.

Deux chambres ne respecteraient pas les critères de reconnaissance. Elles nous paraissent de dimensions trop petites et les fenêtres sont inaccessibles aux usagers.

### **Recommandations**

- 22- Que l'établissement gestionnaire, en collaboration avec chacune des ressources, informe le service incendie de leur municipalité de la présence d'usagers pouvant requérir une aide particulière et identifie l'autonomie des usagers à chaque porte de chambre.
- 23- Que l'établissement gestionnaire s'assure que le rappel des mesures prévues au plan d'évacuation soit fait au moins une fois par année avec les personnes oeuvrant dans la ressource et les usagers.
- 24- Que l'établissement gestionnaire s'assure que les chambres répondent aux critères de reconnaissance.

## **7. Conclusion**

Les recommandations émises dans ce rapport exigeront un soutien de la part de l'établissement gestionnaire. L'équipe de visite ministérielle invite l'établissement gestionnaire à consulter les deux documents suivants : *Ressources Intermédiaires : cadre de référence (avril 2001)* et *La pratique professionnelle et la ressource de type familial, guide d'orientation (avril 2003)*, afin de s'assurer de la mise en œuvre des orientations ministérielles. Cette application permettrait aux ressources non institutionnelles et aux intervenants de recevoir le soutien nécessaire pour offrir des services de qualité auxquels les usagers ont droit.

L'établissement gestionnaire est responsable de diffuser le contenu de ce rapport aux ressources et aux intervenants. La participation de tous ces acteurs au plan d'action est fortement recommandée. De cette façon, les services aux résidents seront planifiés en collaboration avec tous les partenaires impliqués.

Les visiteurs tiennent à remercier les ressources, les représentants de l'établissement et les représentants des différents groupes rencontrés pour leur courtoisie et leur accueil chaleureux.

**DOCUMENT LU ET APPROUVÉ PAR LES QUATRE MEMBRES DE L'ÉQUIPE.**

## ANNEXES

---

# Annexe J.

## Liste des recommandations

## LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION EN RI-RTF :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

# SÉQ. : 44

NOM DE L'INSTALLATION : Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

RÉGION : 12

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
1- Que l'établissement gestionnaire prenne les moyens nécessaires afin que l'information soit diffusée clairement entre la direction et les intervenants, les ressources, les familles et les usagers.	33.5	1	1
2- Que l'établissement gestionnaire désigne un intervenant ressource pour chacune des ressources non institutionnelles et clarifie son rôle avec ce dernier.	18	1	1
3- Que l'établissement gestionnaire accentue le suivi afin d'assurer le respect à la clientèle. Qu'il soit également possible d'aménager les chambres avec les meubles et les effets personnels de la clientèle et d'assurer l'accessibilité en tout temps à la salle à manger de la résidence.	33.5	1	1
4- Que l'établissement gestionnaire assure les services infirmiers dans les ressources intermédiaires et que son rôle soit bonifié, incluant l'enseignement auprès de la ressource. Cette présence favorisera certainement la venue des services médicaux dans cette ressource.	5.8	1	1
5- Que l'établissement gestionnaire revoit avec les ressources l'horaire des repas.	5.1	1	1
6- Que l'établissement gestionnaire transmette aux usagers, à ses proches ou à son représentant toute l'information pertinente afin de connaître leurs droits, le processus des plaintes ainsi que les services et les activités thérapeutiques, récréatives et sociales disponibles dans la ressource ou rendus disponibles par l'établissement. L'établissement gestionnaire pourrait s'associer à un organisme régional de défense des droits des aînés ce qui est fortement souhaité.	1	1	1
7- Que l'établissement gestionnaire s'assure qu'un plan d'intervention soit élaboré pour chaque usager, en concertation avec l'usager, ses proches ou son représentant et avec la ressource si l'usager est déjà présent dans la ressource.	2	2	1

(1) THÈMES		
1) L'information transmise par l'établissement.	5.12) Le soutien assuré à l'usager pour sa participation aux activités de la communauté.	21) La gestion de l'avenir des usagers.
2) Le plan d'intervention.	6) La sécurité de l'usager.	22) L'application de la loi 90.
3) Le plan de services individualisés.	7) Le processus de traitement des plaintes (usagers).	23) Les mésententes.
4) La révision de la situation de l'usager.	8) Le protocole d'application des mesures de contrôle.	24) L'accueil et l'intégration de l'usager.
5) Les services, activités et fournitures.	9) Le code d'éthique de l'établissement.	25) Le respect de l'usager.
5.1) L'alimentation.	10) Le comité des usagers.	26) L'autonomie et l'autodétermination de l'usager.
5.2) L'hygiène.	11) Le partenariat.	27) La qualité du milieu de vie.
5.3) Le transport.	12) L'évaluation d'un postulant.	28) La localisation des ressources.
5.4) Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource.	13) La reconnaissance.	29) Le bâtiment extérieur et le terrain.
5.5) Le suivi de la situation de l'usager par l'intervenant responsable.	14) Les mécanismes d'accès.	30) Les lieux intérieurs.
5.6) Les changements d'intervenants.	15) Le jumelage ou le choix de la ressource.	31) L'aménagement des lieux.
5.7) La célérité de l'intervenant.	16) L'information transmise à la ressource.	32) La conformité aux normes ou exigences de sécurité.
5.8) Les autres services professionnels.	17) Les règles de rétribution.	33.1) Les ressources humaines
5.9) Les activités thérapeutiques.	18) Le plan de soutien à l'attention de la ressource.	33.2) L'encadrement
5.10) Les activités récréatives et sociales.	19) Le suivi et le soutien assuré à la ressource.	33.3) La formation.
5.11) Les activités spirituelles.	20) La réévaluation de la ressource.	33.4) L'organisation du travail.
		33.5) Les autres sujets de gestion.

## LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION EN RI-RTF :

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :** Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

**# SÉQ. :** 44

**NOM DE L'INSTALLATION :** Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

**RÉGION :** 12

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
8- Que l'établissement gestionnaire s'assure de l'élaboration et du suivi du plan d'intervention selon les normes et pratiques et que cela s'inscrive dans la pratique des intervenants usagers. La participation de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant légal et la ressource est également essentielle à la révision de la situation de l'utilisateur ou selon un échéancier établi au plan d'intervention ou selon une fréquence prédéterminée et toujours lorsque des faits nouveaux le justifient.	4	2	1
9- Que l'établissement gestionnaire, conformément aux ententes contractuelles et selon la circulaire «1995-010», rende les articles d'hygiène de base sans frais supplémentaire et en quantité suffisante aux usagers. De plus, que les culottes d'incontinence soient fournies gratuitement à tous les résidents inscrits dans les ressources intermédiaires.	5.2	1	1
10- Que l'établissement gestionnaire précise davantage le processus de traitement des plaintes des usagers et que soit inclus le nom et les coordonnées du commissaire aux plaintes, les différentes étapes du processus (première, deuxième instance etc..).	7	1	1
11- Que l'établissement gestionnaire s'assure que le processus de traitement des plaintes soit connu, diffusé et facilement accessible à tous les usagers, leurs proches ou leur représentant, les intervenants ressources et usagers et les ressources.	7	1	1
12- Que l'établissement gestionnaire s'assure de l'implantation d'un comité des usagers conformément à l'application du projet de loi no 83.	10	1	1

(1) THÈMES		
1) L'information transmise par l'établissement.	5.12) Le soutien assuré à l'utilisateur pour sa participation aux activités de la communauté.	21) La gestion de l'avenir des usagers.
2) Le plan d'intervention.	6) La sécurité de l'utilisateur.	22) L'application de la loi 90.
3) Le plan de services individualisés.	7) Le processus de traitement des plaintes (usagers).	23) Les mésententes.
4) La révision de la situation de l'utilisateur.	8) Le protocole d'application des mesures de contrôle.	24) L'accueil et l'intégration de l'utilisateur.
5) Les services, activités et fournitures.	9) Le code d'éthique de l'établissement.	25) Le respect de l'utilisateur.
5.1) L'alimentation.	10) Le comité des usagers.	26) L'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur.
5.2) L'hygiène.	11) Le partenariat.	27) La qualité du milieu de vie.
5.3) Le transport.	12) L'évaluation d'un postulant.	28) La localisation des ressources.
5.4) Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource.	13) La reconnaissance.	29) Le bâtiment extérieur et le terrain.
5.5) Le suivi de la situation de l'utilisateur par l'intervenant responsable.	14) Les mécanismes d'accès.	30) Les lieux intérieurs.
5.6) Les changements d'intervenants.	15) Le jumelage ou le choix de la ressource.	31) L'aménagement des lieux.
5.7) La célérité de l'intervenant.	16) L'information transmise à la ressource.	32) La conformité aux normes ou exigences de sécurité.
5.8) Les autres services professionnels.	17) Les règles de rétribution.	33.1) Les ressources humaines
5.9) Les activités thérapeutiques.	18) Le plan de soutien à l'attention de la ressource.	33.2) L'encadrement
5.10) Les activités récréatives et sociales.	19) Le suivi et le soutien assuré à la ressource.	33.3) La formation.
5.11) Les activités spirituelles.	20) La réévaluation de la ressource.	33.4) L'organisation du travail.
		33.5) Les autres sujets de gestion.

**LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION EN RI-RTF :**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

# SÉQ. : 44

NOM DE L'INSTALLATION : Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

RÉGION : 12

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
13- Que l'établissement gestionnaire prenne toutes les dispositions afin que les ressources non institutionnelles soient sécuritaires pour les usagers : en identifiant des lieux de dépannage en cas de sinistre, en gardant les produits dangereux dans un endroit sécuritaire, en conservant sous clé les médicaments des usagers et en implantant un processus de prévention des accidents et incidents.	6	1	1
14- Que l'établissement gestionnaire élabore un plan de soutien à l'intention des ressources non institutionnelles. Extrait du document : <i>La pratique professionnelle et la ressource de type familial : guide d'orientation (avril 2003)</i> : «Voici les principales formes d'aide qui pourraient être apportées sous forme de soutien par l'intervenant qui assiste la ressource : - encadrement professionnel (mesures d'aide et de soutien) ; - l'accessibilité à des programmes de formation ; - la mise sur pied de groupes de discussion et d'échange ; - l'association de jeunes ressources de type familial à des ressources plus expérimentées ; - l'organisation, la coordination et la mise en place de mesures de répit à partir des ressources disponibles».	18-19	2	1
15- Que l'établissement gestionnaire finalise l'élaboration de la politique concernant la gestion des avoirs de l'utilisateur afin qu'elle soit diffusée aux RNI et respectée par ces derniers.	21	1	1

(1) THÈMES		
1) L'information transmise par l'établissement.	5.12) Le soutien assuré à l'utilisateur pour sa participation aux activités de la communauté.	21) La gestion de l'avis des usagers.
2) Le plan d'intervention.	6) La sécurité de l'utilisateur.	22) L'application de la loi 90.
3) Le plan de services individualisés.	7) Le processus de traitement des plaintes (utilisateurs).	23) Les mésententes.
4) La révision de la situation de l'utilisateur.	8) Le protocole d'application des mesures de contrôle.	24) L'accueil et l'intégration de l'utilisateur.
5) Les services, activités et fournitures.	9) Le code d'éthique de l'établissement.	25) Le respect de l'utilisateur.
5.1) L'alimentation.	10) Le comité des utilisateurs.	26) L'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur.
5.2) L'hygiène.	11) Le partenariat.	27) La qualité du milieu de vie.
5.3) Le transport.	12) L'évaluation d'un postulant.	28) La localisation des ressources.
5.4) Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource.	13) La reconnaissance.	29) Le bâtiment extérieur et le terrain.
5.5) Le suivi de la situation de l'utilisateur par l'intervenant responsable.	14) Les mécanismes d'accès.	30) Les lieux intérieurs.
5.6) Les changements d'intervenants.	15) Le jumelage ou le choix de la ressource.	31) L'aménagement des lieux.
5.7) La célérité de l'intervenant.	16) L'information transmise à la ressource.	32) La conformité aux normes ou exigences de sécurité.
5.8) Les autres services professionnels.	17) Les règles de rétribution.	33.1) Les ressources humaines
5.9) Les activités thérapeutiques.	18) Le plan de soutien à l'attention de la ressource.	33.2) L'encadrement
5.10) Les activités récréatives et sociales.	19) Le suivi et le soutien assuré à la ressource.	33.3) La formation.
5.11) Les activités spirituelles.	20) La réévaluation de la ressource.	33.4) L'organisation du travail.
		33.5) Les autres sujets de gestion.

(2) DÉLAI : 1 = Court (0-1 an) / 2 = Moyen (1-3 ans) / 3 = Long (+ de 3 ans)

(3) ADRESSÉE : 1 = Établissement gestionnaire / 2 = Établissement utilisateur / 3 = Établissement gestionnaire et utilisateur / 4 = Agence / 5 = MSSS / 6 = Autres

## LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION EN RI-RTF :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

# SÉQ. : 44

NOM DE L'INSTALLATION : Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

RÉGION : 12

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
16- Que l'établissement gestionnaire remette aux ressources non institutionnelles un rapport sommaire ou un plan d'intervention précisant les attentes de l'établissement à l'égard de l'utilisateur, avant ou dès son arrivée dans la ressource.	16	1	1
17- Que l'établissement gestionnaire forme et soutienne les non professionnels des RNI (application de la loi 90).	22	2	1
18- Que l'établissement gestionnaire s'assure que les ressources non institutionnelles connaissent la procédure de mécontentes par l'Agence de la santé et des services sociaux et qu'elle soit facilement accessible de tous.	23	2	1
19- Que l'établissement gestionnaire, en collaboration avec les RNI, évalue la possibilité d'utiliser des téléphones sans fil ou envisage toute autre mesure permettant à l'utilisateur d'avoir des conversations téléphoniques confidentielles.	25	1	1
20- Que l'établissement gestionnaire soutienne davantage les ressources non institutionnelles dans l'organisation et la planification de toutes les activités telles que les activités de la vie quotidienne (AVQ), domestiques (AVD), récréatives, sociales et thérapeutiques. Qu'elles soient réalisées en fonction des goûts et des intérêts de la clientèle. Notons que cet objectif pourrait faire partie du plan de soutien.	26 5.9 5.10	2	1
21. Que l'établissement gestionnaire informe les RNI que tout document concernant l'utilisateur doit être retourné à l'établissement dès que l'utilisateur quitte la ressource.	25	2	1

(1) THÈMES		
1) L'information transmise par l'établissement.	5.12) Le soutien assuré à l'utilisateur pour sa participation aux activités de la communauté.	21) La gestion de l'avis des usagers.
2) Le plan d'intervention.	6) La sécurité de l'utilisateur.	22) L'application de la loi 90.
3) Le plan de services individualisés.	7) Le processus de traitement des plaintes (utilisateurs).	23) Les mécontentes.
4) La révision de la situation de l'utilisateur.	8) Le protocole d'application des mesures de contrôle.	24) L'accueil et l'intégration de l'utilisateur.
5) Les services, activités et fournitures.	9) Le code d'éthique de l'établissement.	25) Le respect de l'utilisateur.
5.1) L'alimentation.	10) Le comité des utilisateurs.	26) L'autonomie et l'autodétermination de l'utilisateur.
5.2) L'hygiène.	11) Le partenariat.	27) La qualité du milieu de vie.
5.3) Le transport.	12) L'évaluation d'un postulant.	28) La localisation des ressources.
5.4) Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource.	13) La reconnaissance.	29) Le bâtiment extérieur et le terrain.
5.5) Le suivi de la situation de l'utilisateur par l'intervenant responsable.	14) Les mécanismes d'accès.	30) Les lieux intérieurs.
5.6) Les changements d'intervenants.	15) Le jumelage ou le choix de la ressource.	31) L'aménagement des lieux.
5.7) La célérité de l'intervenant.	16) L'information transmise à la ressource.	32) La conformité aux normes ou exigences de sécurité.
5.8) Les autres services professionnels.	17) Les règles de rétribution.	33.1) Les ressources humaines
5.9) Les activités thérapeutiques.	18) Le plan de soutien à l'attention de la ressource.	33.2) L'encadrement
5.10) Les activités récréatives et sociales.	19) Le suivi et le soutien assuré à la ressource.	33.3) La formation.
5.11) Les activités spirituelles.	20) La réévaluation de la ressource.	33.4) L'organisation du travail.
		33.5) Les autres sujets de gestion.

(2) DÉLAI : 1 = Court (0-1 an) / 2 = Moyen (1-3 ans) / 3 = Long (+ de 3 ans)

(3) ADRESSÉE : 1 = Établissement gestionnaire / 2 = Établissement utilisateur / 3 = Établissement gestionnaire et utilisateur / 4 = Agence / 5 = MSSS / 6 = Autres

**LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION EN RI-RTF :**

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :** Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

**# SÉQ. :** 44

**NOM DE L'INSTALLATION :** Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral

**RÉGION :** 12

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
22- Que l'établissement gestionnaire, en collaboration avec chacune des ressources, informe le service incendie de leur municipalité de la présence d'usagers pouvant requérir une aide particulière et identifie l'autonomie des usagers à chaque porte de chambre.	32	1	1
23- Que l'établissement gestionnaire s'assure que le rappel des mesures prévues au plan d'évacuation soit fait au moins une fois par année avec les personnes oeuvrant dans la ressource et les usagers.	32	1	1
24- Que l'établissement gestionnaire s'assure que les chambres répondent aux critères de reconnaissance.	32	1	1

(1) THÈMES

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1) L'information transmise par l'établissement.                          | 5,12) Le soutien assuré à l'usager pour sa participation aux activités de la communauté. | 21) La gestion de l'avenir des usagers.                |
| 2) Le plan d'intervention.   | 6) La sécurité de l'usager.  | 22) L'application de la loi 90.                        |
| 3) Le plan de services individualisés.                                   | 7) Le processus de traitement des plaintes (usagers).                                    | 23) Les mésententes.                                   |
| 4) La révision de la situation de l'usager.                              | 8) Le protocole d'application des mesures de contrôle.                                   | 24) L'accueil et l'intégration de l'usager.            |
| 5) Les services, activités et fournitures.                               | 9) Le code d'éthique de l'établissement.   | 25) Le respect de l'usager.                            |
| 5.1) L'alimentation.   | 10) Le comité des usagers.   | 26) L'autonomie et l'autodétermination de l'usager.    |
| 5.2) L'hygiène.  | 11) Le partenariat.  | 27) La qualité du milieu de vie.                       |
| 5.3) Le transport.   | 12) L'évaluation d'un postulant.   | 28) La localisation des ressources.                    |
| 5.4) Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource.   | 13) La reconnaissance.   | 29) Le bâtiment extérieur et le terrain.               |
| 5.5) Le suivi de la situation de l'usager par l'intervenant responsable. | 14) Les mécanismes d'accès.  | 30) Les lieux intérieurs.                              |
| 5.6) Les changements d'intervenants.                                     | 15) Le jumelage ou le choix de la ressource.   | 31) L'aménagement des lieux.                           |
| 5.7) La célérité de l'intervenant.                                       | 16) L'information transmise à la ressource.  | 32) La conformité aux normes ou exigences de sécurité. |
| 5.8) Les autres services professionnels.                                 | 17) Les règles de rétribution.   | 33.1) Les ressources humaines                          |
| 5.9) Les activités thérapeutiques.                                       | 18) Le plan de soutien à l'attention de la ressource.                                    | 33.2) L'encadrement                                    |
| 5.10) Les activités récréatives et sociales.                             | 19) Le suivi et le soutien assuré à la ressource.  | 33.3) La formation.                                    |
| 5.11) Les activités spirituelles.  | 20) La réévaluation de la ressource.   | 33.4) L'organisation du travail.                       |
|  |  | 33.5) Les autres sujets de gestion.                    |

(2) DÉLAI : 1 = Court (0-1 an) / 2 = Moyen (1-3 ans) / 3 = Long (+ de 3 ans)

(3) ADRESSÉE : 1 = Établissement gestionnaire / 2 = Établissement utilisateur / 3 = Établissement gestionnaire et utilisateur / 4 = Agence / 5 = MSSS / 6 = Autres

# **Annexe 2**

## **Groupes et personnes rencontrés**

**et**

## **ressources visitées**



**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT GESTIONNAIRE :** CSSS du Grand Littoral  
**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT UTILISATEUR :** CSSS du Grand Littoral  
**RÉGION :** Chaudière-Appalaches (12)

**LES CADRES SUPÉRIEURS ET INTERMÉDIAIRES  
(GROUPE V)**

<b>PERSONNES RENCONTRÉES</b>	<b>FONCTIONS</b>
<u>M. Michel Laroche</u>	<u>Directeur Jeunes en difficulté, santé mentale, déficience intellectuelle et dépendance</u>
<u>M. Alain Dumais</u>	<u>Directeur Jeunes en difficulté, santé mentale, déficience intellectuelle et dépendance</u>
<u>M<sup>me</sup> Isabelle Barrette</u>	<u>Directrice PPALV-DP</u>
<u>M<sup>me</sup> Nicole St-Pierre</u>	<u>Chef de programmes PPALV (SAD) et DP</u>
<u>M<sup>me</sup> Éloïse Dion</u>	<u>Chef de programmes PPALV (SAD) et DP</u>
<u>M<sup>me</sup> Lise Tousignant</u>	<u>Chef de programmes PPALV (SAD) et DP</u>

**LISTE EN ANNEXE :**

**ÉQUIPE DE VISITE**  
Personnes ayant procédé à la rencontre

<b>NOM</b>	<b>REPRÉSENTANT</b>
1- <u>M<sup>me</sup> Danièle Marchand</u>	<u>/ Ministère de la Santé et des Services sociaux</u>
2- <u>M<sup>me</sup> Paule Trahan</u>	<u>/ Table régionale des aînés de Chaudière-Appalaches</u>

**DATE DE LA VISITE :** 14 et 15 février 2006

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT VISITÉ :**  
**RÉGION :**

CSSS du Grand Littoral  
Chaudière-Appalaches (12)

**RENCONTRE AVEC  
 L'ÉQUIPE DE DIRECTION DE L'ÉTABLISSEMENT  
 GESTIONNAIRE (GEST) ET UTILISATEUR (UT)  
 BILAN**

PERSONNES PRÉSENTES	FONCTIONS	ÉTABLIS.	
		GEST	UT
<u>M<sup>me</sup> Michèle Collard</u>	<u>Directrice générale</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>M. Claude Soucy</u>	<u>Directeur adjoint</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>M. Michel Laroche</u>	<u>Directeur Jeunes/Santé mentale/ DI et dépendance</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>M<sup>me</sup> Isabelle Barrette</u>	<u>Directrice PPALV et DP</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LISTE EN ANNEXE :</b>	<input type="checkbox"/>		

**ÉQUIPE DE VISITE**

Personnes ayant procédé à la rencontre

**NOM**

**REPRÉSENTANT**

- 1- M<sup>me</sup> Danièle Marchand / Ministère de la Santé et des Services sociaux
- 2- M<sup>me</sup> Chantal Veer / Agence de la santé et des services sociaux
- 3- M<sup>me</sup> Chantal Gosselin / Fédération québécoise des sociétés Alzheimer
- 4- M<sup>me</sup> Paule Trahan / Table régionale des aînés de Chaudière-Appalaches

DATE DE LA VISITE : 14 et 15 février 2006

# **Annexe 3**

## **Identification**

**des**

**ressources visitées**



# Annexe 4

## Liste des

## ressources convoquées





## **ANNEXE 5**

### **Commentaires au directeur ou à la directrice de l'établissement**

- ⇒ Les commentaires demandés à l'établissement visent à lui permettre de faire connaître aux autorités compétentes ses réactions au rapport produit.
- ⇒ Ce document accompagne le rapport à chacune des étapes du processus visant à améliorer les mesures à être prises pour assurer l'accès et la qualité des services aux usagers.
- ⇒ À ce titre, l'Agence et le Ministère prendront en considération les éléments apportés lors de la confection du plan d'action et de son suivi.
- ⇒ En ce qui concerne le rapport lui-même, seuls les correctifs relatifs aux commentaires, de nature statistique, financière ou factuelle, ont été apportés. Vous retrouverez en ombragé les amendements qui ont été intégrés au rapport.
- ⇒ Aucun amendement concernant l'appréciation réalisée par l'équipe de visite n'a été intégré au rapport lui-même.

*Service de la coordination*

*Visites d'appréciation de la qualité des services*

## COMMENTAIRES : RAPPORT DE LA VISITE MINISTÉRIELLE RI-RTF

### Commentaires généraux

Nous avons pris connaissance avec beaucoup d'intérêt et de sérieux des recommandations qui nous sont adressées en suivi de la visite ministérielle tenue les 14 et 15 février derniers.

Nous prenons bonne note des observations signalées. Par ailleurs, nous désirons porter à votre attention un certain nombre de questionnements que nous soulèvent les recommandations de l'équipe ministérielle relativement à la compréhension de la mission des RNI, de la philosophie qui anime le soutien à ces ressources et des responsabilités confiées à l'établissement.

#### Première observation: une compréhension des RNI à clarifier

Le cadre ministériel en soutien à domicile considère les ressources non-institutionnelles comme des domiciles privés et admissibles aux services et animés par l'esprit du soutien à domicile. Les RNI ne sont pas des établissements au sens du cadre de référence.

S'appuyant sur cette orientation, nous différons de l'opinion de l'équipe ministérielle qui aborde les services en ressources intermédiaires et ressources de type familial comme une responsabilité d'établissement de type CHSLD. Des pratiques comme un comité des usagers tel que compris en CHSLD qu'on nous demande d'implanter, une couverture en soins infirmiers à fréquence statutaire, contrairement à la pratique à domicile (selon le besoin), la mise en place d'histoire de vie, une pratique en CHSLD, une couverture médicale dont la fréquence correspond davantage à une pratique institutionnelle qu'un suivi régulier à domicile nous questionnent sur l'esprit souhaité par le MSSS dans ces ressources. Nous trouvons important que le MSSS clarifie sa vision des RNI pour mieux situer les établissements en regard de leurs responsabilités.

Outre la contribution professionnelle, cette clarification permettra également de situer les établissements sur la couverture de services assurés dans la fourniture des produits d'hygiène et produits d'incontinence. Suivant notre compréhension du statut de clients inscrits au maintien à domicile, nous avons convenu régionalement de rendre admissible les clients en RNI au programme de subvention de TSSCA, une pratique connue par notre Agence régionale. Or, selon l'équipe ministérielle, ces produits devraient être à la charge de l'établissement. Il en va de même pour les produits d'hygiène personnelle. Pour votre information, une vérification faite ces derniers jours avec la responsable des RI à l'Agence soulève une interrogation sur la recommandation qui nous est faite. Des vérifications sont en cours. (recommandations : 4,9,1217)

### Deuxième observation; la couverture de services attendus pour les ressources

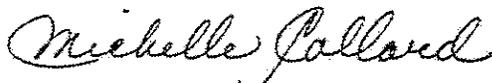
Lors de la rencontre, les membres de l'équipe visiteuse ont plusieurs fois référé au cadre de pratique professionnel en ressource de type familiale pour situer la contribution attendue de l'établissement à l'égard de ses RNI en nous rappelant notre responsabilité en regards d'un plan de soutien des RNI et de leur encadrement Il nous apparaît important de situer les responsabilités distinctives rattachés au contrat des RI et des RTF. Les contrats-types provenant du MSSS que nous signons avec les établissements RI ne font pas état d'une responsabilité de plan de soutien aux ressources. Tout en reconnaissant la pertinence de cet outil de suivi des ressources, nous profitons de l'occasion pour souligner au MSSS que nos budgets d'encadrement associés aux RI ne prennent pas en compte, comme le fait ceux des RTF, d'une portion consacrée à un intervenant-ressource et à des budgets de formation pour les employés et propriétaires des RI. Suivant les volontés du MSSS, il y aura lieu de soutenir budgétairement ces mandats demandés aux établissements (recommandations : 2, 14,17,20).

### Troisième observation : Des informations complémentaires à apporter ou à recevoir en regard du rapport transmis

Certaines données mentionnées au rapport doivent être complétées ou corrigées

- a) le titre de Monsieur Alain Dumais : directeur adjoint et non directeur.
- b) p.4; l'équipe ministérielle souligne l'absence de représentants du comité des usagers. Les RI et RTF n'ont pas de comité des usagers. Quant à la présence de membres de familles RTF, nous en avons un,
- c) P.5 : à la présence sommaire, 4<sup>e</sup> puce, il est mentionné que nous assumons la gestion des RI et RTF depuis quelques mois. C'est le cas seulement du programme RTF et le transfert n'est pas complété.
- d) P.8; on signale l'absence de plan d'intervention sur place. Tous les clients ont un plan d'intervention. Notre pratique veut toutefois que ce dernier soit à son dossier, situé au CLSC conformément aux principes d'archivistiques protégeant la confidentialité.
- e) P. 14, recommandation pour : cette ressource a un volet privé (2 places) et 14 places RI. Les places RI sont conformes. La recommandation s'applique aux places en privés, lesquelles ne sont pas sous la responsabilité de l'établissement.

Nous vous remercions à l'avance du suivi que vous accorderez à nos questionnements. Dans l'attente de vos réponses, soyez assurés de toute notre collaboration afin de mettre en place les recommandations demandées dans les meilleurs délais.



Michelle Collard  
Directrice-générale