

RAPPORT DE VISITE

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

**Centre de santé et de services sociaux
de la région de Thetford
25 et 26 octobre 2005**

ÉTABLISSEMENT :

Centre de santé et services sociaux de la région de Thetford Mines

INSTALLATIONS VISITÉES**RÉGION :**

012 Chaudière-Appalaches

ÉQUIPE DE VISITE

Représentantes du MSSS et des associations nationales :
Mesdames Danièle Marchand et Chantal Gosselin

Représentante des organismes régionaux : Madame Paule Trahan

Représentant de l'Agence de santé et services sociaux Chaudière-Appalaches : Monsieur Yves Dufresne

DATES DES VISITES :

25 et 26 octobre 2005.

TABLE DES MATIÈRES

1. DÉROULEMENT DE LA VISITE.....	3
2. ÉTABLISSEMENTS VISITÉS.....	4
3. APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES : CONSTATS GÉNÉRAUX.....	6
CONCLUSION.....	12
ANNEXE 1 : LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION EN RI-RTF	
ANNEXE 2 : IDENTIFICATION DES RESSOURCES VISITÉES	
ANNEXE 3 : LES COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT	

1. DÉROULEMENT DE LA VISITE

L'équipe a été accueillie par Monsieur Normand Baker, directeur général du Centre de santé et services sociaux (CSSS) de la région de Thetford, Monsieur Denis Martin, directeur de l'hébergement, Madame Aline Visser, présidente au conseil d'administration du CSSS, Madame Marie-Josée Allaire. (RSI) et autres cadres intermédiaires et supérieurs.

La période de contact a été amorcée avec le directeur général du CSSS et les autres cadres.

La direction générale a déposé les documents suivants :

- liste des intervenants participants ;
- liste des responsables des ressources intermédiaires (RI) et Ressources de type familial (RTF) ;
- liste des placements actifs en ressources intermédiaires et en ressources de type familial,

ainsi que les documents :

- « *Cahier du responsable de ressource intermédiaire* » et
- « *Recueil personnel* ».

Il est apparu que la Direction générale de l'établissement était peu ou mal préparée à la visite d'appréciation annoncée deux jours ouvrables (48 heures) à l'avance, eu égard aux faits suivants :

- La Direction générale du CSSS de la région de Thetford Mines relève et précise la difficulté d'assurer son mandat et ses responsabilités eu égard au transfert récent de la gestion des ressources RTF (14 novembre 2005).
- Le manque de planification pour faciliter les rencontres avec les différents comités et représentants et à l'absence du document « partie 1, données de base » qui était non complété avant la rencontre avec les différents groupes. Cependant, ce fait est contesté par la direction de l'établissement qui dit avoir reçu la grille «Partie 1, données de base» le 5 novembre, en l'occurrence après la visite.
- Les comités des usagers, les familles, les proches, les bénévoles qui n'ont pas été convoqués à la rencontre prévue à l'horaire.
- Plusieurs gestionnaires participant à la rencontre ne semblaient pas connaître la raison pour laquelle ils avaient été invités.
- Questionnement face au manque de participation active des intervenants-ressources.

2. ÉTABLISSEMENTS VISITÉS

Les visites d'appréciation se sont déroulées dans les 8 ressources d'hébergement suivantes :

CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE

Les données qui suivent concernent toutes les catégories de clientèle présentement hébergée dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

Ainsi, nous retrouvons 204 personnes dont 64 sont des personnes âgées présentement hébergées à part égale entre les ressources intermédiaires (32 personnes) et ressources de type familial (32 personnes).

Par ailleurs, la répartition des autres catégories concerne les problématiques associées à la déficience intellectuelle (103 personnes) et à la santé mentale (35 personnes).

Cependant, nous avons observé que des personnes âgées hébergées dans les ressources présentent des problématiques *mixtes*, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas associées strictement au processus de vieillissement mais plutôt à une déficience intellectuelle ou à un problème de santé mentale.

PROTOCOLES, PROGRAMMES, MÉCANISMES ET OUTILS EXISTANTS

Les données fournies par l'établissement indiquent l'existence de protocole, de politiques ou de procédures écrites pour assurer la qualité des services.

Cependant, nous ne pouvons affirmer qu'un programme de prévention des infections ou de mesures d'hygiène est appliqué présentement. Certaines mesures devraient faire l'objet d'une attention particulière.

Ainsi, par exemple, nous avons pu observer lors de la visite que la personne préposée, après avoir récuré la cuvette de la salle de bain d'un usager, faisait le lit en conservant les mêmes gants.

Enfin, une liste des placements actifs en ressources intermédiaires et en ressources de type familial ainsi que les documents « *cahier du responsable de ressource intermédiaire* » et « *recueil personnel* » ont été déposés lors de la rencontre du 25 octobre.

Enfin, on note l'absence de programme de formation relatif à l'approche « milieu de vie ».

PLAN DE SERVICES (PSI) ET D'INTERVENTION INDIVIDUALISÉS (PII)

Les plans de services et d'intervention individualisés ne sont pas une priorité pour l'établissement selon le point de vue des intervenants présents à la rencontre de groupe.

Nous n'avons pu examiner aucun PII au cours des visites en RI.

La participation de la famille pour l'élaboration de ce plan d'intervention individualisé n'est pas sollicitée. Il y a cependant des rencontres du personnel qui permettent de réviser l'offre de services.

La charge de travail ne favoriserait pas la démarche d'élaboration de ce PII.

Il est porté à notre attention qu'une intervenante aurait à assurer, elle-même, le suivi auprès de plus de 100 usagers résidants hébergés dans ces ressources.

LA GESTION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES RISQUES

- Il n'y a pas de comité de la gestion de la qualité des services et des risques.
- Au cours de l'exercice financier 2004-2005, il y a eu une plainte fondée provenant d'une RI et une plainte non fondée provenant d'une RTF. Ces plaintes concernent une situation individuelle relative aux politiques, procédures ou règlements en vigueur ou à la philosophie de gestion (rapport remis par l'établissement « *données de base partie 1, page 10, le 03 novembre 2005.*).
- Aucun incident concernant des situations d'abus envers la clientèle n'est signalé par l'établissement.

MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

3. APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES : CONSTATS GÉNÉRAUX

Constat

Le personnel intervenant nous transmet leur profonde inquiétude relativement à la décentralisation du programme régional des ressources RTF dans le CSSS de la région de Thetford Mines.

Bien qu'un diagnostic organisationnel ainsi qu'un plan d'action visant à actualiser les orientations ministérielles « *pour un milieu de vie de qualité en CHSLD* » avaient fait l'objet d'un document élaboré par un comité de travail auquel ont participé des représentants de _____, nous notons que le projet « milieu de vie » à développer dans les RI et RTF ne semble pas faire partie des préoccupations futures des établissements gestionnaire et utilisateur.

De plus, le personnel « intervenant usager » nous témoigne leur inquiétude quant à l'attitude de la Direction générale envers les ressources RI et RTF. Selon leur témoignage, l'établissement gestionnaire et utilisateur semble peu à l'écoute de leur demande de participer activement à des comités qui visent l'amélioration des services offerts dans les ressources RI et RTF.

3.1 QUALITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES ET DES ACTIVITÉS

ÉLÉMENTS POSITIFS

L'alimentation

Les menus sont équilibrés, variés et élaborés sur une période de deux semaines en moyenne. Les menus sont affichés au babillard et à la vue de tout le monde.

Les repas se prennent en collégialité et les usagers nous témoignent de leur satisfaction tant au regard du contenu que de la qualité des aliments. Les usagers peuvent demander des changements si le repas ne convient pas.

Les bâtiments

La qualité des bâtisses est évidente caractérisée par une grande superficie des chambres, des espaces communs et des corridors qui facilitent les déplacements des personnes et le maintien de leur autonomie fonctionnelle.

À l'exception d'une ressource en santé mentale, ou il y avait deux personnes hébergées dans la même chambre, nous avons remarqué que chacun des résidents a sa propre chambre privée lui garantissant son intimité. Ils ont ainsi la possibilité de recevoir qui ils veulent, quand ils le veulent (à moins de risque à sa sécurité) et de se retirer quand ils le veulent.

Les mesures dynamiques de protection

Nous avons remarqué que des mesures dynamiques qui permettent d'identifier des usagers présentent des risques en cas de sinistre ou d'incendie.

Tant les propriétaires des ressources que les intervenants eux-mêmes nous ont signifié leur désir de participer à des formations et des rencontres qui leur permettraient de développer davantage leur compétence pour intervenir auprès des personnes hébergées.

ÉLÉMENTS À AMÉLIORER

La circulation de l'information

La Direction générale de l'établissement gestionnaire et utilisateur ne semble pas favoriser les rencontres avec les familles et les personnes résidentes.

Tant les intervenants que les propriétaires des ressources nous disent ne pas avoir suffisamment d'information concernant les attentes de l'établissement gestionnaire à leur égard. Entre autres, après vérification, ils ne connaissent pas le contenu et les exigences de la loi 90.

Les familles nous indiquent ne pas connaître suffisamment les services de base ainsi que les services infirmiers et spécialisés auxquels ils peuvent avoir accès. Certains membres des familles nous citent l'exemple suivant : ils doivent contacter eux-mêmes le médecin traitant pour leur parent hébergé en ressource RI pour une demande d'un prélèvement sanguin alors que cette intervention devrait faire l'objet d'un suivi infirmier lorsque requis .

Certains résidents et membres des familles nous ont indiqué ne pas connaître l'existence du guide d'accueil qui ne leur est pas présenté lors de l'admission de l'usager. Il n'y a pas de rencontre avec l'intervenant ressource pour leur en préciser le contenu.

Les fournitures d'hygiène personnelle (culottes d'incontinence)

Lors de la rencontre du 26 octobre, la direction du Centre de santé et services sociaux de la région de Thetford Mines nous informe que ces culottes d'incontinence ne sont pas défrayées par l'établissement pour les résidents hébergés en RI.

Cependant, une directive émise par le MSSS indique que ces dépenses doivent être assurées par l'établissement gestionnaire pour ces résidents. Il est prévu au contrat liant l'établissement gestionnaire et la RI que ces articles doivent être fournis aux résidents.

Le respect des résidents et le « tutoiement » de la part du personnel des ressources

Un certain tutoiement est utilisé par le personnel des ressources. En vérifiant auprès des résidents eux-mêmes, nous remarquons que pour la plupart d'entre eux, ce tutoiement n'est pas perçu comme « *un manque* » de respect ni comme de la familiarité. Cependant, il apparaît que cette forme de communication soit de moins en moins utilisée mais elle est, selon nos observations, trop fréquentes.

Le plan de soutien aux ressources

Les ressources n'ont pas accès à toute l'information requise pour assurer des services de qualité.

Il n'y a pas à proprement parlé de concertation entre les ressources RI et RTF, les intervenants, l'établissement gestionnaire et les familles.

Le soutien aux ressources concernant le suivi infirmier est inadéquat.

Des résidents et deux responsables de RI nous ont signifié les faits suivants :

De plus, selon le propriétaire de la ressource le personnel intervenant auprès des résidents ne peut compter que sur lui-même.

Le plan d'Intervention :

Pour les intervenants qui ont le temps d'élaborer un plan d'intervention, il semble qu'ils le fassent de façon isolée en ne mettant pas à profit la collaboration des résidents et de leurs des proches.

De plus, il semble que la réalisation de ce plan ne soit pas une priorité pour l'établissement gestionnaire.

Les frais de transport

Il y aurait lieu de valider l'information relative aux frais de transport qui sont exigés par les RI.

Les résidents doivent payer un montant pour un transport lors d'une rencontre sociale, soit avec la famille, des proches ou autres personnes.

Les ressources allouent un montant de 7,00\$ (taxi) pour transport soit à l'hôpital, soit au cabinet du médecin .

Certains coûts sont demandés par les responsables des RI et RTF dans le cadre des activités qui nécessitent des déplacements et qui, selon toute vraisemblance, ne devraient pas l'être.

Transport ambulancier et cas d'urgence

L'établissement gestionnaire a émis une directive pour le transport de résidents en RI-RTF lors des cas qui peuvent présenter un certain degré « d'urgence ». Cette directive précise que lorsqu'un transport ambulancier est requis, l'infirmière qui est rattachée à l'établissement utilisateur doit d'abord avoir obtenu au préalable, l'autorisation du médecin de l'urgence. Le transport doit être autorisé d'abord par une infirmière.

Cependant, comme le résident se trouve en dehors des locaux de l'établissement gestionnaire et que l'infirmière ne peut se fier qu'aux informations transmises par le responsable de la RI RTF, il s'avère que le risque, lors d'une situation d'urgence, soit « discutable ».

Cette directive a été émise pour contrer l'encombrement du service d'urgence du centre hospitalier.

Les activités sociales et récréatives

Les activités sociales et récréatives pourraient être plus nombreuses surtout en soirée et les fins de semaine.

Les personnes rencontrées nous disent qu'il y a des activités à l'occasion mais, qu'il y aurait lieu de les adapter à leur situation.

Il ne semble pas y avoir d'activités significatives qui permettent une intégration à la « *vie de famille* » alors que ces activités leur permettraient de conserver leur acquis. Le droit aux activités sociales et récréatives est suppléé par les familles.

Enfin, l'absence du comité des usagers ne leur permet pas de connaître et de faire respecter leurs droits.

Le protocole d'application des mesures de contrôle

À notre connaissance, ce protocole est inconnu de la part du personnel des ressources. Il se limite à installer une mesure de protection pour les résidents qui présentent une problématique d'errance reliée à la maladie d'Alzheimer.

Pour empêcher un résident de circuler (problématique d'errance), nous notons, dans une RI (), la mise en place d'une demi-porte vitrée et barrée, laquelle servait d'appui coude à un résident vivant dans cette chambre.

Ce palliatif de contention est non conforme à l'esprit du « milieu de vie » à développer dans ces ressources et souhaité par le MSSS.

La sécurité de l'utilisateur

Toutes les ressources ont reçu la visite des municipalités concernant les mesures à prendre en cas d'incendie. Le matériel de protection est adéquat (extincteurs et détecteurs de fumée).

Les médicaments sont préparés par le service de pharmacie privée mais ils sont donnés par le personnel de la ressource qui pourrait bénéficier d'un programme de formation .

De plus, dans certaines ressources RTF, nous avons observé que le local pour conserver les médicaments n'était pas toujours fermé à clé.

Mécanisme d'accès

Les responsables des ressources RI et RTF ne semblent pas comprendre le fonctionnement de ce mécanisme qui est présentement en vigueur.

Adéquation du matériel d'aide selon les besoins

Nous avons observé que quelques fauteuils roulants étaient inadéquats (appui-pieds) et qu'il serait important de vérifier la conformité de la hauteur d'une rampe d'escalier

La fréquentation du Centre de jour

Il nous apparaît que les personnes âgées fréquentent peu le centre de jour et qu'il ne semble pas y avoir un incitatif à participer aux activités qui y sont offertes.

Les valeurs de l'établissement

Il nous semble y avoir une incohérence entre les valeurs mentionnées dans le document « *cahier du responsable des RI, avril 2000* » et les approches et philosophie de gestion de l'établissement gestionnaire et utilisateur.

La confidentialité des renseignements relatifs aux usagers

Nous avons noté que les documents dans lesquels nous retrouvons des renseignements relatifs aux usagers sont facilement accessibles.

Il y aurait lieu d'offrir un programme de formation tant au personnel intervenant auprès des usagers que les responsables des RI et RTF

CONCLUSION

- Sous la supervision de l'Agence de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches, la Direction générale de l'établissement gestionnaire et utilisateur devra assumer ses responsabilités relatives au support et au soutien à offrir auprès des ressources RI et RTF. En l'absence de démarches formelles, il risque de perdre la possibilité d'utiliser ces installations.
- Les présentes recommandations sont des éléments de base et essentiels à la mise en place d'un « milieu de vie » de qualité pour les personnes demeurant dans ces ressources. Les services aux résidents doivent être planifiés en collaboration avec tous les partenaires impliqués selon les recommandations ministérielles.
- Il est impératif que les ressources et les intervenants soient informés du contenu du présent rapport et des recommandations et qu'ils participent à la mise en œuvre du plan d'action.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES DANS LE
RAPPORT DE VISITE D'APPRÉCIATION EN RI-RTF

ANNEXE 2 : IDENTIFICATION DES RESSOURCES VISITÉES

ANNEXE 3 : LES COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

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

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT GESTIONNAIRE : Centre de santé et services sociaux de la région Thetford

SÉQ. : 43

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT UTILISATEUR : Résidence Denis Marcotte

RÉGION : Chaudière
Appalaches

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
Que l'application du « moratoire » concernant la limitation des admissions (places libres) en ressources RTF dans la région de Chaudière Appalaches qui est en vigueur présentement, et ce jusqu'au 31 mars 2006, soit révisée de telle sorte que l'établissement gestionnaire puisse faire admettre des usagers selon la capacité d'accueil et les disponibilités financières (cf aide mémoire de la conférence téléphonique tenue le 11 février 2005)	33.5	immédiat	3
Qu'en regard de l'objection soulevée par la direction générale de l'établissement gestionnaire relativement à sa responsabilité d'admettre des usagers en RTF et de sa compréhension du « moratoire » présentement en vigueur jusqu'au 31 mars 2006, nous recommandons qu'une démarche soit entreprise par l'Agence de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches et la direction générale de l'établissement gestionnaire et utilisateur visant à les supporter davantage à assurer leur nouvelle responsabilité inhérente au transfert des ressources RTF.	33.5	immédiat	3
Que la qualité des pratiques professionnelles et non professionnelles, particulièrement, dans les RI s'appuie sur les principes définis par les orientations ministérielles précisées dans le document « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD».	22	1	2
Que le plan de services individualisés et le plan d'intervention soient mis en application pour chacun des usagers hébergés dans les ressources RI et RTF	2-3	1	2
Que l'élaboration de ce plan d'intervention se fasse en collaboration étroite avec l'usager, sa famille, la ressource et l'intervenant attitré.	25	1	2

(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.	22) L'application de la loi 90.
2) Le plan d'intervention.	6) La sécurité de l'usager.	23) Les mésententes.	24) L'accueil et l'intégration de l'usager.
3) Le plan de services individualisés.	7) Le processus de traitement des plaintes (usagers).	25) Le respect de l'usager.	26) L'autonomie et l'autodétermination de l'usager.
4) La révision de la situation de l'usager.	8) Le protocole d'application des mesures de contrôle.	27) La qualité du milieu de vie.	28) La localisation des ressources.
5) Les services, activités et fournitures.	9) Le code d'éthique de l'établissement.	29) Le bâtiment extérieur et le terrain.	30) Les lieux intérieurs.
5.1) L'alimentation.	10) Le comité des usagers.	31) L'aménagement des lieux.	32) La conformité aux normes ou exigences de sécurité.
5.2) L'hygiène.	11) Le partenariat.	33.1) Les ressources humaines	33.2) L'encadrement
5.3) Le transport.	12) L'évaluation d'un postulant.	33.3) La formation.	33.4) L'organisation du travail.
5.4) Les services de soutien ou d'assistance assurés par la ressource.	13) La reconnaissance.	33.5) Les autres sujets de gestion.	33.6) Autres
5.5) Le suivi de la situation de l'usager par l'intervenant responsable.	14) Les mécanismes d'accès.		
5.6) Les changements d'intervenants.	15) Le jumelage ou le choix de la ressource.		
5.7) La célérité de l'intervenant.	16) L'information transmise à la ressource.		
5.8) Les autres services professionnels.	17) Les règles de rétribution.		
5.9) Les activités thérapeutiques.	18) Le plan de soutien à l'attention de la ressource.		
5.10) Les activités récréatives et sociales.	19) Le suivi et le soutien assuré à la ressource.		
5.11) Les activités spirituelles.	20) La réévaluation de la ressource.		

(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 GESTIONNAIRE : Centre de santé et services sociaux de la région Thetford

SÉQ. :

43

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT UTILISATEUR : Résidence Denis Marcotte

RÉGION :

Chaudière

:

Appalaches

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
Que la tâche de l'intervenante sociale soit allégée afin d'assurer un service de qualité.	33,2-33,4	6 mois	2
Qu'un plan de soutien pour chaque ressource soit élaboré et mis en place dans les plus brefs délais afin d'assurer le support dont les ressources ont besoin.	19	immédiat	3
Que, selon les besoins, les culottes d'incontinence soient fournies et payées aux usagers par l'établissement, tel que stipulé dans la circulaire ministérielle et connue par l'établissement gestionnaire.	5-5,4	Immédiat	3
Que pour toute situation d'urgence médicale dans une RI soit revu le processus d'autorisation de l'utilisation d'un transport ambulancier et ce, conformément au plan d'intervention requis.	1-2-6-16	immédiat	3
Que le rôle de l'infirmière en RI soit revu et que des correctifs soient apportés	5,6	Immédiat	3
Que l'infirmière fasse de l'enseignement auprès du personnel; et des responsables des RI selon le guide des activités pour les non professionnels élaborés par l'association des CLSC (loi 90)	33,3	1	3
Qu'une formation soit offerte aux infirmières et au personnel intervenant sur la confidentialité des informations relatives aux usagers (renseignements personnels et informations contenues au dossier).	33,3	1	2

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

(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 (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.
		33.6) Autres

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

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT GESTIONNAIRE : Centre de santé et services sociaux de la région Thetford

SÉQ. :

43

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT UTILISATEUR : Résidence Denis Marcotte

RÉGION :

Chaudière

Appalaches

RECOMMANDATION	THÈME (1)	DÉLAI (2)	ADRESSÉE (3)
Qu'un mécanisme de communication soit mis en place pour assurer la transmission de l'information auprès du personnel intervenant, des responsables des ressources, des familles, des usagers (Ex. : processus des plaintes, procédures administratives, plan d'intervention etc..).	1	Immédiat	2
Que le personnel reçoive l'information contenue au présent rapport.	33,3	Dès publication	3
Que les familles soient impliquées et consultées dans les décisions qui concernent leur (s) parent (s).	1-4	1	2
Qu'une formation relative au « milieu de vie » soit offerte aux ressources RI et RTF.	27-33,3	1	3

(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 (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.
		33.6) Autres

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

IDENTIFICATION DES RESSOURCES VISITÉES

ANNEXE 3

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*

Le 21 novembre 2005

Monsieur Vital Simard
Coordonnateur
Visite d'appréciation de la qualité des services
Ministère de la Santé et des services sociaux

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

Monsieur,

Vous trouverez ci-joints nos commentaires sur le rapport de visite que nous avons reçu vendredi le 18 courant à 13 h 29 m.

Nous avons fait tout ce qui était en notre pouvoir pour contacter toutes les personnes concernées afin de les réunir pour prendre connaissance du rapport et apporter les commentaires nécessaires; ce qui fut fait ce jour même, en toute transparence, et avec l'entière collaboration de chacun des acteurs impliqués.

La première partie des commentaires concerne quelques données factuelles qui sont à corriger.

La deuxième partie est constituée de commentaires concernant les observations réalisées par votre équipe visiteuse, de même qu'une indication du degré d'avancement des mesures enclenchées dans certains cas.

La troisième partie des commentaires a trait à la liste des seize (16) recommandations formulées dans le rapport de visite d'appréciation en RI-RTF.

Siège social :
CENTRE HOSPITALIER
1717, rue Notre-Dame Est
Thetford Mines (Québec) G6G 2V4
Téléphone : (418) 338-7777
Télécopieur : (418) 335-7616

CLSC :
17, rue Notre-Dame Ouest
Thetford Mines (Québec) G6G 1J1
Téléphone : (418) 338-3511
Télécopieur : (418) 338-1668

CHSLD (hébergement)
56, 9e Rue Sud
Thetford Mines (Québec) G6G 5H6
Téléphone : (418) 338-2427
Télécopieur : (418) 338-1600

chra@ssss.gouv.qc.ca • www.centresantethetford.ca

Enfin, en annexe, vous retrouverez la liste des personnes rencontrées ce jour même, avec leur signature, dans le processus de suivi à la visite d'appréciation de la qualité des services. Ce dernier élément vise à vous démontrer le sérieux de notre démarche et l'importance que nous accordons à la qualité des services autant dans les RI et les RTF que dans le reste de notre organisation.

Par ailleurs, vous nous invitez à vous transmettre toute proposition ou suggestion permettant d'améliorer cette démarche. Voici donc nos suggestions en ce sens :

1. L'approche utilisée dans le cadre de telles visites devrait être une approche de support à l'établissement plutôt qu'une approche de style « inquisition ». L'attitude des visiteurs peut amener des biais dans la cueillette des données.
2. La direction générale devrait toujours être informée de façon officielle et directe de la visite. En aucun temps, cette information ne devrait transiter par un subalterne. En effet, en tant que directeur général, je n'ai jamais reçu un quelconque avis officiel, soit par écrit, courriel ou téléphone. L'information reçue n'était « qu'officieuse ».
3. Tous les documents relatifs à la visite devraient être acheminés à l'établissement tel que prévu dans la démarche. Nous avons reçu le document « Partie 1- Données de base » le 5 novembre alors que nous aurions dû recevoir ce document 24 heures à l'avance.
4. S'assurer que le libellé du rapport soit clair, net et précis. Certains passages sont très peu clairs dans leur formulation donc difficilement compréhensibles. Ex. p. 3 dernière ligne.
5. Éviter, dans la mesure du possible, des perceptions et ne s'en tenir qu'à des faits ou des observations concrètes. En effet, nous retrouvons à plusieurs endroits dans ce rapport des mots : « il semble que... » « il nous semble que » « il ne semble pas ».
6. L'équipe visiteuse devrait s'assurer d'obtenir la vision la plus complète d'une situation. Nous considérons que la réalité de notre territoire est beaucoup plus nuancée que la description qui en a été faite par l'équipe visiteuse. Tous les bons coups ne sont pas que d'un seul côté, de même que tous les mauvais coups ne le sont pas plus.

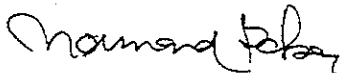
En conclusion, nous voulons réaffirmer au ministère de la Santé et des Services sociaux, à notre agence régionale, aux propriétaires des RI et RTF, ainsi qu'aux usagers et à leur famille, de même qu'à tout notre personnel, notre volonté sincère et profonde d'offrir la meilleure qualité de services possible.

Nous reconnaissons d'emblée nos faiblesses et c'est avec sérénité que nous entreprenons le suivi des recommandations et ce, en partenariat avec les propriétaires, les usagers et leur famille, de même que les membres du personnel.

Soyez donc assuré de notre pleine et entière collaboration de même que de notre détermination à mettre en place tous les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs visés.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le directeur général,



Normand Baker

NB/sa

P.J.

c.c. M. Marc Tanguay, président directeur général
Agence de développement des réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches
RI et RTF, MRC de l'Amiante

Éléments à corriger

Page 1

Une erreur s'est glissée dans le nom des quatre ressources de type familial visitées.

Page 3

L'adresse

Premier alinéa du dernier paragraphe

Nous voulons souligner que les intervenants réseaux ont été transférés au Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford le 14 novembre 2005. Ils n'étaient donc pas sous notre supervision à la date de la visite.

Deuxième alinéa du dernier paragraphe

La grille « Partie 1 données de base » n'a pas été complétée puisque nous l'avons reçu le 5 novembre, en l'occurrence après la visite.

Page 4

Le nom de la ressource de type familial
être modifié pour

doit
De plus, on devrait lire

Page 5

À la rencontre intervenue à la suite du dépôt du rapport de la visite, tous les propriétaires, de même que tous les intervenants, ayant déjà participé à la rencontre de la visite, nous ont affirmé que les visiteurs n'avaient pas demandé à examiner les PII et les PSI, bien que des PII existent dans toutes les

ressources. Nous sommes cependant conscients que les PSI n'ont pas été constitués pour chacun des usagers.

Pages 8 et 10

Corriger le nom de

Page 11

Le nom de la RTF doit être modifié pour

En regard du Centre de jour, toutes les ressources RTF ont des résidents qui fréquentent le Centre de jour en fonction de leurs capacités et de leurs désirs.

Annexe 1

Le nom de l'établissement utilisateur doit être modifié pour Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford.

Annexe 2

Modifier le nom de l'utilisateur pour Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford.

Modifier le point 4, nom de la ressource, on devrait se lire au lieu de