Association québécoise
des retraité(e)s des secteurs
public et parapublic

LES CONDITIONS DE VIE EN CHSLD : UN LONG CHEMIN VERS LA DIGNITÉ

Mémoire de l'AQRP à l'occasion du mandat d'initiative sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée

22 janvier 2014

Table des matières

Présentation de l'Association **4**

Le contexte actuel dans les CHSLD **6**

Le financement des CHSLD **10**

Synthèse des évaluations des CHSLD **12**

La maltraitance dans les CHSLD **17**

Les situations particulières **19**

Conclusion **20**

Annexes :

Annexe 1 : Liste des recommandations de l'AQRP **21**
Annexe 2 : Le décès de Mme Gilberte Lemieux-Vachon (Bureau du coroner)..... **22**
Annexe 3 : Le décès de Mme Gilberte Lemieux-Vachon (Protecteur du citoyen)**23**
Annexe 4 : CHSLD inspectés entre le 1er janvier et le 17 décembre 2013 ..... **24**
Annexe 5 : Tableau des lacunes importantes recensées par le MSSS en 2013 .... **27**

Présentation de l'Association

Fondée en 1968, l'Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic (AQRP) est la principale association indépendante de retraités de l'État au Québec. L'AQRP est composée de 29 000 membres ayant adhéré directement et volontairement à l'Association. Elle accueille des personnes retraitées provenant des gouvernements du Québec et du Canada, des municipalités et des sociétés d'État du Québec ainsi que des réseaux québécois de la santé et de l'éducation.

De plus, elle accueille les personnes préretraitées des secteurs public et parapublic. Le profil de ses effectifs comprend plus de 25 % de cadres ainsi qu'une proportion significative de professionnels, d'enseignants, de techniciens, d'agents correctionnels, d'agents de bureau et d'ouvriers. Plus de 40 % de ses membres sont des femmes.

L'Association a pour principale mission de promouvoir et de défendre les droits et les intérêts économiques, financiers, culturels, intellectuels et sociaux de ses membres. L'AQRP se démarque par son implication citoyenne soutenue en faveur d'enjeux d'intérêt public qui concernent les personnes aînées et retraitées du Québec. L'AQRP est donc tout particulièrement interpellée lorsqu'il est question des conditions de vie vécues par les milliers de citoyens et de citoyennes, qui, à chaque année, ont recours aux soins et services dispensés par les CHSLD de tout type.

À ce titre, l'Association intervient régulièrement dans l'espace public afin que la population, ainsi que les décideurs, puissent être sensibilisés aux diverses situations susceptibles de mettre en péril l'atteinte de meilleures conditions de vie et d'accessibilité à des services et à des soins de qualité, que l'on pense à la situation des délais d'attente, la procédure et la fréquence d'évaluation des établissements, la déclaration des incidents et accidents, la maltraitance, les normes d'hygiène, etc.

Afin de mieux remplir sa mission, l'AQRP a depuis quelques années mis sur pied un service d'aide téléphonique ayant pour objectif de référer et d'orienter adéquatement les citoyens et citoyennes qui cherchent à obtenir plus d'informations auprès de l'administration gouvernementale, ou qui s'estiment lésés, par exemple, par rapport aux services et soins de santé qui leur sont dispensés. Chaque année, c'est donc plusieurs centaines de personnes qui peuvent compter sur cet accompagnement ponctuel, accessible et gratuit.

Dans le cas du sujet qui intéresse particulièrement la commission, soit les conditions de vie des personnes hébergées en CHSLD, ce service de référence et d'orientation en défense de droit a permis de créer un véritable pont entre notre Association et la réalité vécue concrètement par les résidents et leurs familles.

L'AQRP se présente devant la commission avec l'objectif de partager les constats et situations qui lui sont présentés et de contribuer à faire des CHSLD un milieu de vie où la qualité, la sécurité et la dignité des services et des résidents est une priorité.

Le contexte actuel dans le CHSLD

Des changements démographiques importants

En raison des changements démographiques importants auxquels fait face le Québec, principalement causés par le faible taux de natalité et la hausse de l'espérance de vie, la population québécoise vieillira à un rythme exponentiel au cours des prochaines décennies. En 2056, selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la province comptera plus de 2,6 millions d'aînés, soit le double par rapport au nombre actuel[1].

Il est permis de croire qu'en vertu de la situation démographique que nous vivons, le nombre de personnes avec un profil de santé « lourd » risque d'augmenter au même rythme. Un manque d'investissements dans les ressources d'hébergement de longue durée comme les CHSLD pourrait s'avérer catastrophique en raison du nombre de québécois et de québécoises qui nécessiteront le niveau de soins prodigués dans ces établissements.

La situation des listes d'attente

L'AQRP a, à de multiples reprises, dénoncé le manque de ressources d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie, particulièrement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Cette attention particulière portée à l'accessibilité des soins et services de santé à la grandeur du territoire québécois nous a amené à constater une situation préoccupante.

Selon des documents obtenus des agences de santé et de services sociaux pour l'année 2012-2013, près de 9000 personnes étaient en attente d'une place dans un CHSLD ou dans une autre ressource d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie, en incluant les ressources intermédiaires[2]. Le document de consultation de la présente commission, pour sa part, fait état d'une liste d'attente de près de 4000 personnes en CHSLD, une situation préoccupante qui doit être prise au sérieux.

[1] Perspective démographique du Québec et de ses régions, 2006-2056, édition 2009.
[2] Ministère de la Santé et des Services sociaux, évolution de la liste d'attente en hébergement depuis la période 10 2010-2011, 2012-2013.

La réduction des places disponibles en CHSLD

Depuis l'élection du gouvernement du Parti Québécois en septembre 2012, on constate un virage marqué vers la promotion d'une meilleure prestation de soins à domicile au détriment de l'offre de services en hébergement institutionnel, jugé souvent mal adaptée à la réalité des patients et coûteuse pour le trésor public. Cela a eu concrètement pour effet dans le dernier budget d'augmenter les sommes allouées aux soins à domicile et d'en arriver avec la proposition d'un nouveau mode de financement de ces services connue sous le nom d'assurance autonomie.

Depuis 2012, le ministre de la Santé et des services sociaux et ministre responsable des Aînés, M. Réjean Hébert, a à de multiples reprises minimisé l'impact réel du manque de places disponibles en CHSLD pour la population aînée en s'appuyant sur l'idée que la liste d'attente diminuerait de façon significative, à partir du moment où des ressources intermédiaires et à domicile mieux adaptées à la condition de santé seraient développées.

C'est ainsi qu'au cours des derniers mois ont été annoncées, entre autres, la fermeture prévue de 500 lits dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région de Montréal et de 151 lits dans la région de Québec, et ce malgré des listes d'attente en hébergement importantes dans les deux régions. Notons également le cas de la fermeture du CHSLD Thérèse-Martin, à Rivière-Ouelle, dans le Bas-Saint-Laurent, une situation qui a eu pour effet de mobiliser la population locale afin de faire valoir l'importance de ce milieu de vie pour les gens de la région.

L'AQRP redoute fortement le processus de relocalisation actuel voulu par le gouvernement et se questionne sur le bien-fondé de réduire le nombre de places disponibles en CHSLD au profit d'autres ressources compte tenu, notamment, de l'état actuel de ces ressources intermédiaires ou transitoires. À cet effet, le Protecteur du citoyen a récemment souligné que ce processus de désengorgement fait en sorte que « des personnes âgées hébergées au moyen de places achetées par le réseau public auprès de ressources privées se sont retrouvées dans des contextes d'hébergement qui ne permettent pas toujours d'offrir une réponse adéquate à leurs besoins »[3]. Mme St-Germain soulignait que la poursuite de cet objectif de désengorgement pouvait même s'avérer « préjudiciable » pour les patients[4].

[3] Protecteur du citoyen, Rapport annuel d'activités 2012-2013, p. 78.
[4] Ibid.

Fermer des places prématurément en CHSLD, sans avoir la certitude que des ressources de soins de qualité et réellement adaptées soient disponibles en temps réel, constitue selon l'AQRP une grave erreur.

Malgré l'importance d'améliorer les soins à domicile et les ressources intermédiaires, un nombre croissant de gens auront tout de même besoin d'une place en hébergement de soins de longue durée en raison de leur condition de santé. Pour répondre à cette demande, il sera donc nécessaire d'investir davantage afin de maintenir, voire de développer l'offre de places en CHSLD.

La triste expérience acquise au cours de la période de désinstitutionalisation en santé mentale doit nous rappeler que des déplacements précipités peuvent avoir des conséquences néfastes, voire désastreuses pour la santé des personnes vulnérables. Le gouvernement doit **s'engager à ne pas fermer de places dans les CHSLD au cours des trois prochaines années.**

La sous-déclaration des incidents et accidents

Entre le 1er avril et le 30 septembre 2013, 227 597 évènements ont été déclarés dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, dont 13,5% de ceux-ci étaient des incidents et 86,5% des accidents[5]. Les types d'évènements les plus signalés concernent les chutes (33,55%) et les erreurs dans la médication (32,14%)[6]. De plus, 66,5% des évènements concernaient des personnes âgées de plus de 65 ans[7].

Tel qu'indiqué par le MSSS dans le 5eme Rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec, dévoilé en décembre dernier, la proportion des incidents devrait être normalement plus grande que celle des accidents[8]. Le MSSS était d'ailleurs très clair à ce sujet : « La proportion des incidents déclarés devrait être plus grande que celle des accidents. C'est le fondement même de toute approche de gestion des risques. La déclaration des incidents (patient non touché) permet de déterminer les situations à risque et d'apporter les mesures nécessaires afin d'éviter qu'un usager soit touché par un évènement potentiel »[9]. À cet effet, le

[5] MSSS, rapport semestriel des incidents et accidents survenus dans le réseau de la santé et des services sociaux, période du 1er avril 2013 au 30 septembre 2013, p.2.
[6] Ibid., p.27.
[7] Ibid.
[8] Ibid., p.16.
[9] Ibid.

MSSS a invité les établissements à être plus vigilants quant à la déclaration des incidents.

L'AQRP est d'avis que cette situation, et ce pour l'ensemble des CHSLD, doit être rectifiée dans les meilleurs délais et que l'imputabilité des gestionnaires en place, dans ce dossier, doit être renforcée. Le gouvernement et les établissements de santé ont la responsabilité d'inculquer une nouvelle approche structurante qui permettra une plus grande amélioration des suivis, une meilleure mise en œuvre des correctifs ainsi qu'une plus grande imputabilité. L'AQRP et le Réseau FADOQ ont réitéré à cette occaion que la qualité de vie des patients est tributaire de soins adéquats donnés par du personnel dûment formé, et ce dans des lieux sécuritaires[10].

À ce titre, l'AQRP demande à ce **que chaque CHSLD se conforme à l'obligation de déclarer, dans leur totalité, les incidents et accidents survenus au sein de leur établissement**.

[10] Réseau FADOQ et AQRP, « 126 décès de trop dans nos établissements de santé », Communiqué de presse du 19 décembre 2013. En ligne : http://www.aqrp.qc.ca/nouvelles/126-deces-de-trop-dans-nos-etablissements-de-sante-439 .

Le financement des places en CHSLD

Les estimations quant aux coûts d'hébergement d'une personne en CHSLD varient. Dans le document de consultation de la présente commission, il y est indiqué que le MSSS évalue à 75 973$ le coût annuel d'hébergement d'une personne en CHSLD public, tandis que le vérificateur général du Québec estime que les coûts peuvent varier de 61 551 à 90 820$ selon l'établissement. Compte tenu du vieillissement rapide de la population, nous devons nous attendre à ce que la demande d'hébergement connaisse une croissance importante.

Selon les modalités actuelles, les usagers paient déjà une contribution importante pour une place en CHSLD. En 2013, les coûts maximums étaient les suivants[11] :

- 1 742,70$ pour une chambre individuelle;
- 1 456,80$ pour une chambre à deux lits;
- 1 083,00$ pour une chambre à trois lits ou plus.

Cette contribution est modulée en fonction des avoirs et des revenus de l'usager, ce qui permet d'épargner les gens plus démunis. De plus, ces contributions sont automatiquement indexées annuellement. Dans son rapport de 2012-2013, le Vérificateur général recommande au gouvernement de réévaluer les contributions payées par les usagers, sans toutefois indiquer la nécessité que cet ajustement se fasse à la hausse. Dans ce même rapport, le Vérificateur général affirme que 61% des usagers payaient la contribution maximale en 2011[12].

Pour une chambre individuelle, cela représente donc près de 21 000$ par année! À ce propos, notons que selon la banque de données des statistiques officielles sur le Québec, le revenu médian des personnes âgées de 65 ans et plus se situait à environ 20 000$ en 2010[13]. La situation économique des aînés est donc très précaire, ces derniers ne pouvant plus éponger une augmentation de ces tarifs.

[11] Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), « Hébergement en établissement public ». En ligne : http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/pages/hebergement-etablissement-public.aspx

[12] Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013, Chapitre 4 : Les services d'hébergement, Printemps 2012.

[13] Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, « Revenus disponible des particuliers, Québec, 1993-2010 ». En ligne : http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/flex/ken_tbl_bord_0001/tbl_bord_revenu.html#

Nous sommes d’avis que cette réévaluation de la contribution des usagers ne saurait augmenter davantage compte tenu de la nature publique des soins et services de santé de longue durée, de même qu’en raison de la santé financière difficile et précaire d’un grand nombre d’aîné(e)s à l’heure actuelle. Ainsi, une augmentation du financement des CHSLD ne doit pas passer par une augmentation de la contribution maximale à défrayer. L’AQRP **demande au gouvernement de s’engager à ne pas hausser la contribution des usagers**.

Synthèse des évaluations des CHSLD

Le 18 octobre 2012, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait une révision en profondeur de la démarche des visites d'évaluation dans les CHSLD, révision qui visait notamment à améliorer le contenu des rapports, les renseignements disponibles sur le site internet du ministère, ainsi que le suivi des rapports d'inspection fait par les agences de santé et des services sociaux[14]. Le ministre annonçait du même coup une intensification des visites jusqu'à la fin de 2014 afin de couvrir les 424 CHSLD du Québec. Jusqu'à maintenant, force est de constater que cet objectif sera difficilement réalisable.

Des lacunes importantes à corriger

Entre le 1er janvier 2013 et le 17 décembre 2013, seulement 81 CHSLD ont fait l'objet d'un rapport par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Notons que les visites d'appréciation de la qualité des services offerts aux personnes hébergées en CHSLD, tel qu'indiqué dans le document de consultation de la présente commission, consistent en une « démarche planifiée d'observation du milieu et d'un exercice structuré d'échanges avec les résidents et leurs familles, les membres du comité d'usagers et du comité de résidents, le représentant du Curateur public du Québec, des bénévoles, le personnel et l'équipe de direction de l'établissement »[15]. Les constats qu'ils contiennent jouissent donc d'une crédibilité avérée et peuvent difficilement être remis en question compte tenu de l'étendue et du sérieux de la démarche.

Ces rapports ont démontré que plusieurs manquements requièrent une attention particulière et appellent une réflexion immédiate de la part des gestionnaires et du personnel des CHSLD.

Par exemple, notons que dans **73%** des établissements recensés, le MSSS a constaté que les résidents ne détiennent pas toute l'information nécessaire concernant le processus de plainte, ce qui peut soulever des questions éthiques quant à l'imputabilité et à la transparence des gestionnaires en place. Les résidents, dans une grande majorité des cas, ne sont donc pas adéquatement

[14] Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « Visites d'appréciation des CHSLD : des changements en cours dans une perspective d'approche qualité », Communiqué de presse, 18 octobre 2012. En ligne : http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=395

[15] Commission de la santé et des services sociaux, Les conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD : mandat d'initiative , Document de consultation, Septembre 2013, p.18.

outillés pour formuler une plainte par rapport aux services qu'ils reçoivent, ni à qui adresser une telle plainte.

Il devient donc important **que chaque CHSLD se dote d'un processus de plainte complet, clair et accessible aux résidents dès leur admission**. De plus, l'AQRP demande à ce **qu'un plan d'intervention personnalisé soit élaboré dans les 4 à 6 semaines suivant l'admission des nouveaux résidents dans les CHSLD**.

Des 81 centres visités, **70%** d'entre eux n'offrent pas de programme d'accompagnement en fin de vie et ce, malgré le fait que près de 20 % de la clientèle hébergée requiert ce type de soins. En considérant la difficulté du gouvernement à atteindre le ratio minimal de lits en soins palliatifs dans plusieurs régions du Québec, l'importance de se doter d'une procédure adéquate de fin de vie dans les CHSLD devient donc un enjeu immédiat.

Il convient donc pour le gouvernement et les agences de santé de s'assurer d'une meilleure continuité des services dans le domaine des soins palliatifs afin que les résidents des CHSLD puissent bénéficier d'un accompagnement empreint de dignité dans cette étape décisive de la vie. À cet effet, il est nécessaire **que chaque CHSLD se dote d'un programme d'accompagnement en fin de vie au cours des deux prochaines années**.

Un autre indicateur pertinent pour les fins de cette commission est la rotation du personnel soignant, jugée trop fréquente dans **42%** des cas. Le lien de confiance qui peut s'installer entre le résident et le personnel soignant est fondamental afin de s'assurer d'un milieu de vie où il est possible de tisser, au travers des soins prodigués, une relation d'attention et de respect mutuel. La création de ce lien peut difficilement se concrétiser si le personnel soignant change constamment, cela contribuant à dépersonnaliser la relation d'aide et à entretenir un sentiment d'insécurité potentiellement néfaste et persistant pour le résident.

Dans **60%** des cas, le MSSS a jugé que les activités et les loisirs offerts dans les établissements ne sont pas assez diversifiés et pas assez répartis au courant de la semaine, ce qui est étonnant compte tenu de la volonté des gouvernements successifs de faire des CHSLD des milieux plus dynamiques et conviviaux. Notons la présence de produits dangereux dans **38%** des établissements, une situation extrêmement inquiétante compte tenu de la proportion significative de résidents souffrant de troubles mentaux et cognitifs.

Une autre situation mérite notre attention, à savoir l'absence, dans **6%** des cas, d'un service infirmier disponible 24h. Même si la proportion relevée semble faible, ce constat n'est pas à prendre du revers de la main compte du profil

actuel de la clientèle actuelle en CHSLD, tel que relevé par l'Ordre des infirmières du Québec[16] :

- **80 %** des personnes âgées hébergées présentent des pertes cognitives;
- Le **2/3** des personnes âgées hébergées souffrent de multipathologies et d'au moins trois problèmes chroniques de santé;
- **41 %** des personnes hébergées sont âgées de plus de 85 ans;
- **Au moins 20 %** des personnes hébergées souffrent de troubles mentaux et présentent des problèmes importants de comportement.

À cet effet, le document de consultation de la présente commission nous indique que le nombre de résidents présentant des problèmes cognitifs augmente constamment, dont ceux qui sont atteint par la démence de type Alzheimer qui touche près de 50 % de ces individus. La présence en tout temps de personnel soignant détenant une formation adéquate devient donc primordial à partir du moment où il est reconnu que l'état de santé des personnes qui résident en CHSLD tend à s'alourdir.

C'est pourquoi l'AQRP est d'avis que la réduction du personnel infirmier dans un milieu de vie qui accueille des gens vulnérables qui ont une perte d'autonomie significative est très problématique. D'un côté, cela contribue à créer une surcharge de travail pour les infirmières et infirmiers qui se voient attribués la responsabilité d'un nombre de patients anormalement élevé tandis que d'un autre côté, cela contribue à exercer une pression indue supplémentaire sur des préposé(es) qui, quoique bien intentionnés, ne possèdent pas la formation et les outils nécessaires pour répondre adéquatement aux besoins ponctuels et de plus en plus ciblés des patients. L'AQRP demande à ce **que chaque CHSLD, au terme de l'année 2014, ait mis à la disposition des patients des services infirmiers disponibles en tout temps.**

À ce titre, le document de consultation de la présente commission rappelle que la loi sur les services de santé et les services sociaux, à son article 3, précise que la première ligne directrice qui doit guider la gestion et la prestation des services est que « la raison d'être des services est la personne qui les requiert ». De plus, le document de consultation souligne que les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux précise que les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents constituent le fondement de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement ».

[16] OIIQ, « Prise de position sur la pratique infirmière en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) », 22 octobre 2013. En ligne : http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/prises_position/oiiq_prise_de_position_en_chsld_20131025.pdf

Il est donc tout à fait inacceptable, et même potentiellement préjudiciable dans certains cas, que ceux-ci n'aient pas accès à des soins en tout temps compte tenu de la mission première de ces établissements. Afin de ne pas pénaliser indûment les résidents, l'AQRP demande à ce **que le gouvernement s'engage à ne pas réduire le nombre d'infirmières et d'infirmiers dans les CHSLD**.

Parce que l'hygiène est une condition fondamentale de la dignité, l'AQRP questionne également la pratique voulant que les personnes résidant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ne reçoivent au minimum qu'un seul bain complet par semaine. À ce sujet, l'AQRP a envoyé en 2013 une demande d'accès à l'information à 96 centres de santé et de services sociaux (CSSS), dont 65 ont répondu.

En tout, 45 CSSS ont fait état de normes, de documents ou de leurs pratiques habituelles. Dans 23 cas, il n'existait toutefois aucune norme ou document concernant le nombre de bain par semaine. 37 de ces 45 CSSS ont mentionné la pratique d'un bain complet par semaine, ce qui permet à l'AQRP d'affirmer que cela est une pratique majoritaire sinon très répandue. L'AQRP demande donc **à ce qu'une norme soit établie afin qu'un minimum de 2 bains complets par semaine soit donné pour toutes les personnes qui résident dans les CHSLD**.

Sur une note plus positive, notons que le MSSS a constaté que **72%** des établissements servent des repas à des heures normales. Certains établissements insistent particulièrement sur la qualité de la nourriture servie et tentent d'intégrer les repas favoris des résidents aux menus quotidiens. Bien que certains établissements se démarquent par leur esprit d'initiative et leur intérêt constant dans l'amélioration de la qualité de vie de leurs résidents, d'importantes lacunes, telles que recensées ci-haut, sont trop souvent observées et peuvent avoir des conséquences significatives sur la qualité et la stabilité du milieu de vie.

Cela dit, l'AQRP demande à ce **que chaque CHSLD ait fait l'objet d'une visite d'appréciation de la qualité et des services au terme de l'année 2014**.

Le manque de suivi concernant l'amélioration des lacunes

À partir du moment où le rapport d'appréciation est rendu public, les établissements disposent de 60 jours pour mettre en place un plan d'amélioration. Bien que cet échéancier soit de bonne augure, force est de constater, à la lumière de plusieurs évaluations, que les lacunes en question peuvent prendre plusieurs années avant d'être corrigées.

Par exemple, au Foyer de Wales, en Estrie, autant en 2007 qu'en 2012 les inspecteurs ont recommandé d'assurer une meilleure protection des résidents par rapport à la présence de produits dangereux. Au centre d'hébergement Champlain-de-Saint-François, dans la région de Laval, autant en 2008 qu'en 2013 on observe des recommandations concernant l'utilisation trop fréquente de la contention physique.

Au Pavillon Bellevue ainsi qu'au centre d'hébergement Etchemin, situés dans la région de Chaudière-Appalaches, à plus d'une reprise les rapports d'appréciation du ministère insistent sur le manque d'activités sur une base quotidienne, aspect auquel un résident est normalement en droit de s'attendre compte tenu de l'approche milieu de vie que le MSSS et les agences tentent d'implanter. Au centre d'accueil Saint-Joseph-de-Lévis, en 2006 et en 2013 est spécifié le manque d'information transmis aux résidents lors de la procédure d'accueil, aspect pourtant extrêmement important afin de faciliter leur intégration et leur connaissance adéquate de leur nouveau milieu de vie.

Les exemples présentés ci-haut ne sont pas des cas isolés. À ce jour, force est de constater que les outils actuellement en place ne permettent pas de s'assurer en tout temps de la correction rigoureuse et ponctuelle des lacunes décelées.

Nous portons aux yeux de la commission cette situation particulière qui nécessite, selon nous, l'introduction de mesures plus contraignantes afin de s'assurer d'un meilleur suivi. À cet effet, l'AQRP demande au gouvernement **de déposer un plan national d'amélioration des lacunes observées lors des visites d'appréciation de la qualité et des services.**

La maltraitance dans les CHSLD

La maltraitance comporte de multiples facettes et se définit, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée[17]. Les abus envers les aînés sont divers et comprennent aussi bien la maltraitance physique, physiologique, financière et la négligence. La maltraitance peut également être de nature sexuelle, émotive, psychologique ou financière.

Alors que seulement 11% des personnes âgées habitent en résidence, 28% des appels logés à la ligne téléphonique Aide Abus Aînés (ligne AAA) concernent des situations d'abus envers des personnes résidents en hébergement publics ou privés. On constate donc la surreprésentation des victimes d'abus dans les milieux collectifs d'hébergement. En somme, ce phénomène encore tabou mérite toute notre attention dans un contexte d'amélioration des conditions de vie en CHSLD.

Lorsque des membres de la famille ou du personnel des CHSLD sont impliqués, il devient particulièrement complexe de dénoncer la situation. Les personnes âgées sont souvent réticentes à dénoncer les abus dont ils sont victimes de peur de subir des représailles de la part de leur famille ou craignent d'avoir à en payer les conséquences dans leur milieu d'hébergement. Les conditions de dénonciation pour le personnel des CHSLD sont également complexes car un tel geste peut avoir pour effet, ultimement, l'imposition de mesures punitives de diverses nature voire un congédiement.

En plus de ces barrières psychologiques auxquelles ces personnes peuvent être confrontées, certaines « trous » juridiques entravent toujours la dénonciation des situations de maltraitance dans les CHSLD. En effet, à l'heure actuelle au Québec, aucune loi n'oblige le signalement des situations d'abus pour le personnel qui œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux. Alors que dans de nombreuses provinces, de telles lois existent et imposent des sanctions de nature variable, le Québec tarde à se doter d'un tel outil qui aurait pour effet, dans un premier temps, de protéger de façon optimale les personnes vulnérables hébergées en CHSLD et, dans un deuxième temps, d'offrir un filet de protection aux membres du personnel soignant et autres employés des

[17] Gouvernement du Québec, « La maltraitance, c'est quoi? ». En ligne : http://maltraitanceaines.gouv.qc.ca/

établissements qui désireraient dénoncer des actes répréhensibles dont ils sont témoins.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) a déjà souligné sa difficulté à traiter les plaintes qu'elle reçoit, notamment en raison de l'obstacle aux interventions crée par secret professionnel car des renseignements lui sont refusés en vertu de la confidentialité qu'imposent ces codes : « La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse elle-même ne peut parfois intervenir dans une situation d'abus faute de disposer de certains renseignements tenus confidentiels en vertu d'un code professionnel. Ce problème est présent à tous les niveaux d'intervention, tant dans le secteur public que privé »[18].

Même s'ils sont témoins de situations d'abus, les professionnels sont donc confrontés à un dilemme angoissant car ils ne peuvent rien dévoiler à moins d'entrer dans l'une des exceptions de la loi, soit des situations extrêmes mettant en danger la vie des patients.

Dans une optique préventive, et parce que la maltraitance ne se loge pas qu'à l'extrême d'un continuum soumis aux diverses interprétations, nous croyons que les conditions de vie des personnes hébergées en CHSLD seraient davantage consolidées avec l'introduction de ce filet de protection supplémentaire.

Afin d'assurer une protection accrue des personnes âgées et du personnel des CHSLD, il devient selon nous prioritaire que les parlementaires **adoptent le projet de loi 399 afin d'enrayer la maltraitance dans le réseau de la santé et des services sociaux**, projet de loi qui rendrait obligatoire le signalement des cas d'abus et qui permet aux divers professionnels de divulguer des renseignements confidentiels, en toute impunité, lorsqu'une situation de maltraitance s'avère présumée ou fondée.

[18] CDPDJ, L'exploitation des personnes âgées : vers un filet de protection resserré, Rapport de consultation et recommandations, Octobre 2001, p.30.

Les situations particulières

Certaines personnes vivant des situations particulières peuvent avoir plus de difficulté à s'adapter au milieu de vie d'un CHSLD. Les préoccupations des personnes ayant bénéficié du support d'un proche aidant ou encore les gens de communautés culturelles et linguistiques différentes doivent être prises en considération par les établissements d'hébergement de soins de longue durée.

Par exemple, il est primordial que la relation entre la personne hébergée et ses proches aidants soit encouragée et maintenue. Ces personnes jouent un rôle déterminant dans la protection et le soutien des résidents de CHSLD. Les établissements doivent s'assurer que ceux-ci puissent assumer pleinement leurs rôles, qui sont multiples : aides-soignants, représentants et défenseurs des droits, agents de liaisons auprès du personnel, comptables, accompagnateurs pour les sorties, présence lors des rendez-vous médicaux, etc. Le lien de confiance établi entre le résident et un proche-aidant est primordial pour que résident puisse être plus serein face à cette étape particulière de la vie.

De manière générale, la grande majorité des résidents sont âgé de 65 ans et plus. Cependant, au 31 mars 2012, tel qu'indiqué dans le document de consultation de la présente commission, 11% des 37 424 résidents de CHSLD étaient âgés de moins de 65 ans, certains d'entre eux ayant parfois moins de 30 ans. La vie en établissement étant principalement axée sur le groupe d'âge majoritaire, le rythme de vie de ces personnes, parfois très jeune, cadre plus ou moins bien dans ce milieu de vie.

Finalement, les diversités linguistiques ou culturelles doivent aussi être prises en considération chez les résidents de CHSLD. En effet, la plupart des établissements sont adaptés pour la majorité québécoise francophone. Or, certains résidents sont allophones ou anglophones peuvent se sentir isolés dans ces milieux francophones. De plus, certains résidents autochtones sont contraints de résider dans un centre d'hébergement loin de leur famille et de leur communauté. Afin de faciliter l'adaptation des résidents de toute culture dans leur nouveau milieu de vie, les intervenants en CHSLD doivent être davantage sensibilisés à cette réalité.

Conclusion

L'AQRP se réjouit que la question des conditions de vie des adultes hébergés en CHLSD soit actuellement l'objet d'une commission parlementaire qui aura le mandat d'émettre des recommandations constructives afin que nos aîné(e)s puissent bénéficier d'un milieu de vie et de soins empreint de dignité et d'humanité.

Il est important de continuer à développer des mécanismes efficaces afin d'assurer le niveau de ressources nécessaire au bon fonctionnement de ce milieu de vie particulier et de mettre en place des outils qui consolideront la qualité des soins de longue durée au Québec. Une des clefs de ce processus continu est d'**améliorer l'imputabilité des gestionnaires des CHSLD.**

Les décideurs doivent se rappeler que ce n'est pas parce qu'un établissement répond en principe aux normes et orientations édictées que ce même établissement est à l'abri d'incidents et d'accidents *qui auraient pu être évités*. Le cas du CHSLD de Saint-Eustache, ciblé à plus d'une reprise au cours des dernières années par le protecteur du citoyen et le bureau du coroner du Québec en raison de décès violents ou obscurs, témoigne de cette réalité. Le cas de Mme Gilberte Lemieux-Vachon, qui y est décédée en 2011 et dont vous trouverez les détails en annexe, est fort révélateur à ce propos.

L'AQRP rappelle que l'amélioration des conditions de vie ne passe pas uniquement par l'élaboration de programmes, d'orientations et de plans de toute nature, mais essentiellement dans le fait de soutenir au quotidien le bon fonctionnement de nos établissements. Rappelons-nous que la dignité se manifeste surtout au travers de gestes quotidiens en apparences banals, comme l'octroi d'un plus grand nombre de bains par semaine, ou de la température et la variété des repas servis, par exemple.

La recension de certaines lacunes importantes effectuée par l'AQRP devrait donc aider les membres de la commission à se faire un meilleur portrait des lacunes qui sont récurrentes dans nos CHSLD et qui demandent des corrections immédiates.

Annexe 1 : Liste des recommandations de l'AQRP

1. Que le gouvernement s'engage à ne pas fermer de places dans les CHSLD au cours des trois prochaines années;
2. Que chaque CHSLD se conforme à l'obligation de déclarer, dans leur totalité, les incidents et accidents survenus au sein de leur établissement;
3. Que le gouvernement s'engage à ne pas hausser la contribution des usagers;
4. Que chaque CHSLD se dote d'un processus de plainte complet, clair et accessible aux résidents dès leur admission;
5. Qu'un plan d'intervention personnalisé soit élaboré dans les 4 à 6 semaines suivant l'admission des nouveaux résidents dans les CHSLD;
6. Que chaque CHSLD se dote d'un programme d'accompagnement en fin de vie au cours des deux prochaines années;
7. Que chaque CHSLD, au terme de l'année 2014, ait mis à la disposition des patients des services infirmiers disponibles en tout temps;
8. Que le gouvernement s'engage à ne pas réduire le nombre d'infirmières et infirmiers dans les CHSLD;
9. Qu'une norme soit établie afin qu'un minimum de 2 bains complets par semaine soit donné pour toutes les personnes qui résident dans les CHSLD;
10. Que chaque CHSLD ait fait l'objet d'une visite d'appréciation de la qualité et des services au terme de l'année 2014;
11. Que le gouvernement dépose un plan national d'amélioration des lacunes observées lors des visites d'appréciation de la qualité et des services;
12. Adopter le projet de loi 399 afin d'enrayer la maltraitance dans le réseau de la santé et des services sociaux;
13. Améliorer l'imputabilité des gestionnaires des CHSLD.

Annexe 2 : Le décès de Mme Gilberte Lemieux-Vachon (Bureau du coroner du Québec)

Voir rapport ci-joint.

Bureau du coroner
Québec

RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER
Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès

DÉFUNT

SUITE À UN AVIS DU 2011 (ANNÉE) 05 (MOIS) 24 (JOUR)	NUMÉRO DE DOSSIER A - 315293		
Prénom à la naissance: Gilberte	Nom à la naissance: LEMIEUX	Date de naissance: 1927 (ANNÉE) 11 (MOIS) 15 (JOUR)	
Sexe: Féminin	Municipalité de résidence: Saint-Eustache	Province: Québec	Pays: Canada
Prénom de la mère: Alma	Nom de la mère à la naissance: Carignan	Prénom du père: Augustin	Nom du père: Lemieux

DÉCÈS

Lieu du décès: Déterminé	Nom du lieu: Hôpital de Saint-Eustache	Municipalité du décès: Saint-Eustache
DATE DU DÉCÈS: 2011 (ANNÉE) 04 (MOIS) 01 (JOUR)	HEURE DU DÉCÈS: 10 (HRS) 45 (MIN)	

CAUSES PROBABLES DE DÉCÈS
Ostéite et abcès sacré extensif.

EXPOSÉ DES CAUSES ET DES CIRCONSTANCES DU DÉCÈS
Depuis le 15 mars 2010, M^me^ Lemieux vit au Centre d'hébergement de Saint-Eustache, un centre de soins de longue durée, qui accueille près de 200 résidents. Elle a été victime, en décembre 2009, d'un accident vasculaire cérébral qui a affecté grandement sa mobilité et elle souffrait de plusieurs comorbidités : hémi parésie gauche, déchirure de la coiffe des rotateurs droite, maladie cardiaque artériosclérotique, arthrose lombaire importante avec sténose spinale. M^me^ Lemieux fait des chutes à répétition et elle est anti coagulée. Elle a besoin d'aide, pour toutes les activités de la vie quotidienne, et notamment, pour l'alimentation, puisqu'elle est incapable de bouger les bras. Les mois passants, la résidente perd beaucoup de tonus musculaire et s'immobilise doucement (elle est aussi de plus en plus souvent alitée). Elle est très exigeante, pour les membres du personnel du centre qui ont du mal à répondre à toutes ses attentes.

La première mention de plaies apparaît le 12 février 2011. L'infirmière auxiliaire laisse une note à l'infirmière pour qu'elle indique le traitement approprié. Une crème (on ne sait pas laquelle) est appliquée pour protéger la peau. Le 13 février, le plan thérapeutique infirmier (PTI) indique que des soins (une pâte hydrophile *Triad*) doivent être donnés, selon la *fiche d'évaluation de plaie* et l'infirmière avisée de toute détérioration. Une évaluation en ergothérapie est également demandée. Le 14 février, les notes des infirmières indiquent qu'une rougeur à l'oreille droite est apparue. La plaie au coccyx est nettoyée et un nouveau pansement primaire est appliqué. L'ergothérapeute qui a été consultée demande à ce que la patiente soit changée de position, toutes les deux heures minimalement, et fournit une plaque de gel qui permettra de mieux distribuer la pression lorsque M^me^ Lemieux est au lit. Dans les jours suivants, les notes font presque exclusivement état du fait que M^me^ Lemieux ne s'alimente que très peu. Son pansement est changé le 22 février, puis le 5 mars (parce que souillé). Le 7 mars, une *détérioration* +++ est décrite. Il y a présence de fibrine à 95 % dans le lit de la plaie, avec 5 % de granulation au pourtour. La plaie mesure 2 cm sur 1,5 cm et a une profondeur de 0,3 cm. Il y a un peu de macération et de la rougeur. Le traitement est modifié (pansements Duodermc) et le PTI changé en conséquence : la plaie au coccyx doit être vue et évaluée par une infirmière, chaque semaine, et M^me^ Lemieux doit rester au lit et être positionnée sur le côté (en alternance), mais jamais sur le dos, sauf pour les repas (pour une courte période) jusqu'à ce que la plaie soit guérie. L'infirmière demande un coussin à air, spécialement conçu pour prévenir et traiter les escarres, à insérer dans deux coussins coquilles. L'ergothérapeute rappelle à l'infirmière, le lendemain, que le gel avait été donné puisque M^me^ Lemieux jugeait le coussin à air inconfortable. Il lui sera cependant fourni pour un nouvel essai.

Le 9 mars, l'infirmière est avisée que le pansement est *souillé* ++++. La présence d'une phlyctène à la cuisse gauche est également notée. Le 11 mars, l'infirmière informe la famille de M^me^ Lemieux de la détérioration de l'état général de la patiente et notamment, de sa déglutition de plus en plus difficile. Une requête pour une consultation en diététique est remplie (M^me^ Lemieux sera évaluée sur dossier, le 29 mars, et l'analyse démontre : dénutrition sévère, perte de poids de 6 % en 4 mois, apports très limités, plaie de pression importante qui augmente les besoins protéiques).

Le 12 mars, l'infirmière auxiliaire qui change le pansement de M^me^ Lemieux (il s'agit maintenant d'une mousse hydrocellulaire Mepilex, avec mèche imbibée de NaCl) note que celui-ci est souillé encore une fois. Elle indique qu'il y a un petit sillon dans la plaie et qu'il y a une masse rouge de laquelle, lorsqu'elle est pressée, s'écoule 10 à 15 ml de liquide *brunâtre, rougeâtre* malodorant. Le 14 mars, le traitement semble modifié (mèche Aquacel dans le lit de la plaie).

IDENTIFICATION DU CORONER

Prénom du coroner: Catherine	Nom du coroner: Rudel-Tessier

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, causes, circonstances décrits ci-haut ont été établis au meilleur de ma connaissance et ce, suite à mon investigation, en foi de quoi

J'AI SIGNÉ À : Montréal (Québec) CE 24 octobre 2011

SIGNATURE

7 (04-05)

Le 15 mars, la plaie est à nouveau décrite. La mèche est sortie de la cavité, la plaie est irriguée et la mèche ré-installée. La rougeur est marquée, surtout au niveau de l'ischion droit qui montre une plaie superficielle, sur laquelle on applique une pâte hydrophile. M^me^ Lemieux souffre beaucoup et est très faible. Elle reçoit du Dilaudid ou du Statex régulièrement.

Le médecin voit le 16 mars, pour la première fois, la plaie infectée dont on ne lui avait jamais parlé. Il la décrit : écoulement purulent, odeur nauséabonde, rougeur importante au pourtour. Il y a présence de cellulite. La résidente a perdu l'appétit et il note une diminution de son état général. Puisque M^me^ Lemieux a choisi un niveau 2 d'intervention médicale, impliquant un transfert en centre hospitalier (sans réanimation cardiorespiratoire toutefois), le médecin demande qu'elle soit admise d'urgence à l'Hôpital de Saint-Eustache. Il tente de joindre les membres de sa famille, pour les informer de la situation.

À l'hôpital, on examine la plaie béante et malodorante qui mesure 5 cm sur 5 cm et qui est très profonde. On note la présence d'un fécalome et d'une infiltration de graisse péri rectale. L'état général de la patiente est très diminué et aucune intervention chirurgicale (même le curetage du fécalome) ne peut être envisagée. La famille songe à limiter les soins à des soins de confort. La patiente est en phase préterminale, le pronostic est sombre. Le 19 mars, ses enfants indiquent au médecin qu'ils désirent la fin des traitements actifs. Ils demandent que de la morphine lui soit administrée, régulièrement, pour lui éviter de souffrir. Ils refusent qu'elle retourne au CHSLD.

M^me^ Lemieux semble moins souffrir (on la mobilise moins). Elle est inconsciente et commence à présenter des périodes d'apnée plus fréquentes. Son décès peut être imminent. Un nouveau protocole de détresse respiratoire est prescrit le 27 mars. Ses enfants voudraient qu'elle soit transférée en maison de soins palliatifs, le plus tôt possible, et demande l'augmentation des doses de morphine. Les médecins leur expliquent la limite entre le soulagement de la douleur et l'euthanasie.

La patiente est transférée, le 31 mars, à la Maison Sercan. Elle y décède le 1er avril 2011 à 10 h 45. Le coroner n'est avisé de ce décès que le 24 mai 2011, au moment où celui-ci a été médiatisé.

ANALYSE
M^me^ Lemieux développe une plaie au coccyx en février 2011, mais le médecin qui vient au CHSLD chaque semaine (il y était en consultations les 16 et 23 février) et qui l'examine le 2 mars 2010, n'en est pas informé. Quand il la voit ce jour-là, il note que la patiente est plus triste, depuis deux semaines, et qu'elle a perdu l'appétit. Il ne fait pas d'examen de ses plaies et il augmente la dose de Celexa qu'il lui avait prescrit, six mois auparavant (à son dernier examen). Il demande à la revoir « dans 4 ou 5 semaines ou plus tôt si nécessaire ». Il revient au centre d'hébergement le 9 mars et alors que, ce jour-là, le pansement est souillé ++++, que l'infirmière en est avisée et qu'apparaît une phlyctène, personne ne lui demande d'examiner M^me^ Lemieux. Quand enfin, transférée à l'hôpital, elle recevra des soins appropriés, il est trop tard.

La famille de M^me^ Lemieux a porté plainte auprès du Centre de santé et de services sociaux du Lac des Deux Montagnes. Dans une réponse qui lui est transmise le 28 septembre 2011, le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services fait état de son analyse des faits. J'en retiens notamment :

- L'absence d'approche intégrée de tous les professionnels concernés par les soins à offrir à M^me^ Lemieux.
- Il n'y a pas eu d'analyse des besoins de la patiente afin de l'aider à mieux s'intégrer à son milieu de vie.
- La gestion des soins de santé a été déficiente : il ne semble pas y avoir eu de suivi adéquat aux divers problèmes rencontrés par des équipes de soins qui n'interagissaient pas suffisamment.
- Les évaluations et le suivi clinique ont présenté des lacunes.

Par ailleurs, quoique ces erreurs n'aient peut-être pas eu d'influence sur le décès de M^me^ Lemieux, il m'apparaît important de noter plusieurs manquements dans la tenue de dossiers :

- Feuille de niveaux de soins qui n'est pas signée par un médecin.
- Feuille de mobilisation qui est carrément absente.
- Feuilles d'évaluation et traitement des plaies qui ne sont pas remplies tous les jours (note : les 4, 5, 7, 10, 13, 14, 15 et 16 mars) et qui ne sont pas complètes.

RECOMMANDATIONS
Le Centre de santé et de services sociaux du Lac des Deux Montagnes doit impérativement s'assurer d'une meilleure qualité de soins et de services au Centre d'hébergement de Saint-Eustache.

CONCLUSION
M^me^ Lemieux n'aurait pas dû mourir de cette façon et à ce moment-là. Il lui aurait fallu des soins appropriés. Son décès aurait pu être évité.

Mort naturelle.

Annexe 3 : Décès de Mme Gilberte Lemieux-Vachon (Protecteur du citoyen)

Voir rapport ci-joint.

LE PROTECTEUR DU CITOYEN
Assemblée nationale
Québec

CONFIDENTIEL

Québec, le 20 juin 2012

Monsieur Michel Vachon
128, rue Thomas Chapais
Boucherville (Québec) J4B 5E8

Monsieur Gilbert Vachon

vachongilbert@hotmail.com

N/Référence : 11-10219

Messieurs,

Par une lettre reçue à nos bureaux le 13 octobre 2011, vous demandiez au Protecteur du citoyen d'examiner la plainte que vous aviez soumise en première instance au Centre d'hébergement de Saint-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

Le dossier m'a été confié pour examen et je suis maintenant en mesure de vous transmettre mes conclusions. Vous constaterez que mon analyse des motifs de votre plainte a donné lieu à la formulation d'une recommandation à l'endroit de l'établissement.

Une copie de mes conclusions sera transmise au président du conseil d'administration, au directeur général, ainsi qu'au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement. Aussi, je porte à votre attention que pour respecter votre droit à la confidentialité, vos noms et vos coordonnées n'apparaissent pas dans les conclusions.

Je vous remercie de la confiance que vous avez témoignée au Protecteur du citoyen et je vous prie d'agréer, Messieurs, mes salutations distinguées.

Nicolas Rousseau

NR/dg

Nicolas Rousseau
Délégué de la protectrice du citoyen

p. j.

LE PROTECTEUR DU CITOYEN
Assemblée nationale
Québec

CONCLUSIONS

Instance visée :	Centre d'hébergement de Saint-Eustache du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes
N° de dossier de l'établissement :	2011-00024

PLAINTE

N/RÉFÉRENCE : 11-10219

Votre plainte au Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes résultait de votre insatisfaction à l'égard des soins et services reçus par votre mère. Votre plainte résultait également du déroulement de la démarche de transfert de votre mère en maison de soins palliatifs.

Vos motifs de plainte au Protecteur du citoyen, comme décrits dans votre courrier électronique du 14 octobre 2011, et lors de nos échanges, sont les suivants :

1. La négligence dans les soins et traitements de la plaie de pression de votre mère.

2. Les lacunes dans la prise en charge globale de la situation de votre mère.

DÉMARCHES EFFECTUÉES

Dans le cadre de mon examen, j'ai communiqué avec vous et votre frère pour recueillir votre version des faits et vos observations. J'ai aussi entendu les personnes suivantes lors de rencontres :

- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes :
  - le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
  - le directeur général adjoint;
  - la directrice du programme clientèle en perte d'autonomie;
  - la directrice des soins infirmiers;
  - la chef d'unité intérimaire et la chef d'unité actuelle;
  - l'infirmière clinicienne spécialisée en soins de plaies;
  - le responsable de la gestion des risques;
  - l'ergothérapeute et la thérapeute en réadaptation physique;
  - une conseillère clinicienne en soins infirmiers;
  - six membres du personnel ayant prodigué des soins à votre mère (préposées aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières).

AVIS : Les personnes qui reçoivent le présent document relatif au dossier d'un usager sont tenues de respecter la confidentialité de son contenu, comme prévu à l'article 37 de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et aux articles 17 à 28 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

J'ai consulté les documents suivants :

- le dossier de plainte constitué par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- le dossier d'usager de votre mère;
- les enregistrements audio que vous avez réalisés lors de rencontres avec des professionnels;
- l'*Enquête sur les activités de soins infirmiers et interdisciplinaires au Centre d'hébergement de Saint-Eustache* réalisée par la Direction des soins infirmiers de l'établissement (7 juillet 2011);
- le *Programme de soins – Prévention et traitement des plaies de pression* de l'établissement (avril 2001);
- l'*Aide-mémoire – Usager à risque de plaie de pression* de la Direction des soins infirmiers (29 juin 2010);
- la *Règle de soins infirmiers – Dépistage et évaluation de la douleur* de l'établissement (2 septembre 2008);
- le *Plan d'action – Vers une optimisation des soins en CHSLD* de l'établissement (16 mai 2012);
- le document *Situation clinique : client présentant une plaie de pression* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- les résultats de l'inspection professionnelle de surveillance générale réalisée dans l'établissement par l'OIIQ (mars 2009);
- le *Cadre de pratique en soins infirmiers* de l'établissement (24 novembre 2010);
- les fiches *Intégrité de la peau : plaie de pression* et *Dénutrition* du cadre de référence *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- le chapitre *Préserver l'intégrité de la peau et soigner les plaies* du tome 2 de l'ouvrage *Soins infirmiers – Fondements généraux*;
- la Loi sur les services de santé et les services sociaux (S-4.2) et les orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en CHSLD (2003);
- divers documents administratifs et cliniques jugés pertinents pour l'examen de votre plainte.

Les conclusions que je vous présente s'appuient sur l'ensemble de l'information ainsi recueillie.

PRÉCISIONS

Pour débuter, il m'apparaît important de vous rappeler que le régime d'examen des plaintes instauré par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux est un recours administratif qui vise essentiellement le respect des usagers, de leurs droits et l'amélioration de la qualité des services qui leur sont offerts.

Le régime d'examen des plaintes n'est donc pas un recours qui vise à prendre des mesures disciplinaires à l'endroit de personnes qui auraient mal accompli leur travail. Bien qu'il arrive à l'occasion que l'examen d'une plainte mette en lumière un comportement inadéquat d'un employé, il appartient à l'établissement concerné de prendre les mesures disciplinaires qu'il juge appropriées à l'égard de cet employé. S'il y a lieu, le Protecteur du citoyen peut cependant recommander à l'établissement d'examiner le travail ou la pratique d'un employé.

MOTIFS DE PLAINTE

1. LA NÉGLIGENCE DANS LES SOINS ET TRAITEMENTS DE LA PLAIE DE PRESSION DE VOTRE MÈRE

LES ÉLÉMENTS QUE VOUS NOUS AVEZ RELATÉS

Votre mère a été admise au Centre d'hébergement de Saint-Eustache le 10 mars 2010. Le 16 mars 2011, elle a été transférée à l'Hôpital de Saint-Eustache en raison d'une plaie au coccyx. Elle a été admise en maison de soins palliatifs le 31 mars 2011, où elle est décédée le 1er avril 2011. Vos insatisfactions concernent les soins et traitements que votre mère a reçus au Centre d'hébergement de Saint-Eustache pour sa plaie de pression.

Vous vous demandez pourquoi le médecin n'a pas été averti plus tôt de la plaie de votre mère. Vous insistez sur le déroulement des dix jours ayant précédé son transfert au centre hospitalier. Le 8 mars 2011, lors d'une visite au centre d'hébergement, vous constatez que la condition de votre mère s'est détériorée : elle est alitée, ne parle plus et ne s'alimente plus. Malgré votre demande à l'infirmière, le médecin ne l'examine pas lors de sa visite du lendemain. Le 13 mars ainsi que le 15 mars, vous vous assurez de nouveau auprès du personnel que le médecin examinera votre mère lors de sa visite du mercredi suivant. Le mercredi 16 mars 2011, le médecin l'examine, puis vous laisse un message sur votre boîte vocale. Ce message indique que votre mère a une plaie importante au coccyx et qu'elle doit être transférée immédiatement à l'Hôpital de Saint-Eustache.

Vous considérez que votre mère a reçu un suivi et des soins infirmiers inadéquats. Vous êtes d'avis que la plaie n'a pas été examinée assez fréquemment et doutez de la formation du personnel. Vous vous demandez comment le personnel, en donnant des soins d'hygiène à votre mère, a pu ne pas voir la plaie béante à son coccyx. Vous estimez que le manque de suivi et de soins infirmiers constituait une mesure de représailles du personnel à l'égard de votre mère, qui était perçue comme exigeante et difficile à satisfaire.

Vous souhaitez que le Protecteur du citoyen « aille au fond des choses » et s'assure de la qualité des soins et traitements des plaies de pression des personnes qui vivent toujours dans ce centre d'hébergement.

L'ANALYSE DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Avant tout, je tiens à vous souligner que je suis conscient que les événements relatés dans votre plainte et au cours de nos conversations font référence à une situation qui a été extrêmement difficile à vivre pour vous et les vôtres. Je souhaite que ces conclusions vous procurent l'assurance que les changements effectués, en cours ainsi que ceux qui seront apportés contribuent à l'amélioration des services offerts aux résidents du centre d'hébergement.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire[1]. Le cadre de référence *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* du MSSS affirme que le dépistage systématique et le traitement énergique de la plaie de pression dès ses premiers stades doivent faire partie des préoccupations journalières de l'équipe soignante, compte tenu de la prévalence et des conséquences des plaies de pression chez les personnes âgées.

D'une manière plus spécifique, l'*Aide-mémoire – Usager à risque de plaie de pression* de la Direction des soins infirmiers de l'établissement spécifie que l'évaluation du risque de plaie (selon l'échelle de Braden[2]) doit être réalisée dans les 24 premières heures, puis toutes les semaines pendant quatre semaines et ensuite tous les quatre mois. Si le score obtenu est plus petit ou égal à 18, l'infirmière doit consigner une note d'évolution, modifier le plan thérapeutique infirmier (PTI) et produire une directive infirmière.

L'enquête montre que le risque de plaie de votre mère a été évalué à l'admission, mais que par la suite, ce risque n'a pas été évalué à toutes les semaines pendant quatre semaines. Aussi, un écart de cinq mois est constaté entre deux des évaluations réalisées. Parallèlement, les scores obtenus montrent une augmentation du risque de plaie au fil du temps. Or, ces résultats ne font l'objet d'aucun suivi documenté en termes d'interventions préventives à réaliser ou mises en place, y compris lorsque des scores plus petits ou égaux à 18 sont obtenus.

Le *Programme de soins – Prévention et traitement des plaies de pression* de l'établissement prévoit une gradation des mesures de traitement des plaies de pression en fonction de leur gravité. Ce programme spécifie notamment que le médecin traitant et l'infirmière clinicienne spécialisée en soins de plaies doivent être avisés par l'infirmière soignante de toute plaie de stade II et plus[3].

---

1. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 5.

2. L'échelle de Braden : outil d'évaluation incluant les critères suivants : la perception sensorielle (*capacité à répondre à un inconfort dû à la pression*), l'humidité (*degré d'exposition de la peau à l'humidité*), degré d'activité physique, mobilité (*capacité de changer de position*), nutrition, friction et cisaillement. Chaque critère est coté et l'addition de ces cotes détermine si l'usager est à risque ou non de développer une plaie de pression. Par la suite, en se basant sur le pointage, des interventions préventives sont planifiées, s'il y a lieu.

3. Les plaies de pression sont définies par stades selon la profondeur du dommage cellulaire. Le cadre de référence *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* du MSSS définit une plaie de stade II de la manière suivante : « Perte partielle de l'épaisseur cutanée impliquant l'épiderme, le derme ou les deux. Peut se présenter sous forme d'une cloque remplie de sérum, intacte ou ouverte ou d'une escarre peu profonde, humide ou sèche ».

Le 8 octobre 2010, une rougeur importante a été constatée au coccyx de votre mère. À cette date, la note d'observation infirmière suivante a été introduite au dossier de votre mère :

- « *Pti* [plan thérapeutique infirmier] *modifié, puisque la résidente présente une rougeur importante au niveau du coccyx. Ainsi, application de crème ZINC au changement de protection avec une note d'aviser l'inf.* [infirmière] *si détérioration et une évaluation 1 fois/semaine le vendredi par l'inf.* [infirmière] *ad* [jusqu'à] *guérison* ».

À la même date, une atteinte à l'intégrité de la peau est constatée dans le plan thérapeutique infirmier. Ce constat n'est cependant accompagné d'aucune directive infirmière. Aussi, l'atteinte à l'intégrité de la peau n'est pas décrite et les feuilles d'évaluation et de traitement ne sont pas complétées. Il est permis de douter que cette rougeur ait fait l'objet d'un suivi adéquat en termes d'évaluation ou de traitement. Cependant, l'enquête n'a pas permis d'établir que la rougeur constatée le 8 octobre 2010 était reliée à la plaie de février et mars 2011.

Le 12 février 2011, l'apparition d'une plaie de stade II est constatée. En contradiction avec le *Programme de soins – Prévention et traitement des plaies de pression* de l'établissement, le médecin traitant et l'infirmière clinicienne spécialisée en soins de plaies ne sont pas avisés. L'infirmière clinicienne a été informée de la plaie uniquement le 17 mars 2011, à l'arrivée de votre mère au centre hospitalier. Quant au médecin traitant, il affirme que le personnel du centre d'hébergement ne l'a pas informé lors de ses visites hebdomadaires du 16 février, 2 et 9 mars 2011 et qu'il a été mis au courant de la plaie de votre mère uniquement le 16 mars 2011.

En dépit du fait que le médecin traitant et l'infirmière clinicienne spécialisée n'aient pas été avisés, l'enquête montre que la plaie de votre mère a tout de même fait l'objet d'activités d'observations ainsi que de traitements sur une base régulière, soit à 20 reprises entre le 13 février et le 16 mars 2011. Ces activités ont notamment permis de suivre l'évolution des caractéristiques de la plaie (apparence, dimensions, rebord, lit, exsudat, pourtour, signes d'infection) et d'y appliquer des traitements (nettoyage, agents topiques, protecteurs, pansements).

CONCLUSION

Il se dégage de l'enquête que le suivi du risque de plaie de pression de votre mère n'a pas été effectué conformément aux directives de la Direction des soins infirmiers de l'établissement. En particulier, l'obtention de scores de risques préoccupants n'a fait l'objet d'aucun suivi documenté en termes d'interventions préventives à réaliser ou mises en place.

Les activités d'observation et de traitements de la plaie réalisées entre le 13 février et le 16 mars 2011 permettent de constater une certaine prise en charge de la plaie de votre mère ainsi qu'une progression dans les traitements au fil du temps. Il demeure toutefois que dès l'apparition d'une plaie de stade II, le 12 février 2011, l'application des mesures de traitement aurait dû s'effectuer en collaboration avec le médecin et l'infirmière clinicienne spécialisée en soins des plaies.

Compte tenu de ce qui précède, le Protecteur du citoyen souhaite s'assurer de l'amélioration des pratiques de dépistage, de prévention et de traitement des plaies de pression dans l'établissement. À la lumière des mesures mises en place et prévues par l'établissement à la suite des événements, une recommandation est formulée dans ce but à la fin du présent document.

2. LES LACUNES DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA SITUATION DE VOTRE MÈRE

LES ÉLÉMENTS QUE VOUS NOUS AVEZ RELATÉS

En raison de son état de santé, votre mère avait plusieurs incapacités et nécessitait l'aide du personnel pour la plupart de ses activités quotidiennes. Lors de notre conversation, vous m'avez indiqué qu'elle se plaignait régulièrement de la qualité et des délais dans les soins et services reçus de la part du personnel. Vous notez que le personnel considérait votre mère comme très exigeante. Vous déplorez le fait que le personnel ait tenté de lui imposer un horaire afin d'encadrer ses demandes.

Vous dites que votre mère a éprouvé des douleurs au dos et au coccyx tout au long de son séjour au centre d'hébergement. Vous avez constaté qu'elle se rendait souvent au poste du personnel pour obtenir des comprimés contre la douleur. Elle vous disait avoir des douleurs particulièrement vives lors des soins d'hygiène. Lors d'un entretien après les événements, le chef d'unité vous a dit que le personnel avait de la difficulté à soulager cette douleur.

Votre mère se disait très inconfortable dans son fauteuil roulant ainsi que dans son lit. Vous estimez que tout n'a pas été fait pour améliorer son positionnement et prévenir l'apparition de plaies. Après les événements, vous avez appris que votre mère aurait pu reposer sur un matelas spécialisé. Un tel matelas ne lui a été fourni qu'après son transfert au centre hospitalier.

L'ANALYSE DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Les ouvrages de référence et guides de pratique en soins infirmiers soulignent que différents facteurs peuvent accroître le risque d'avoir une plaie de pression et influencer la guérison d'une plaie existante. Ces facteurs comprennent notamment l'âge, les maladies concomitantes, la dégradation de l'état nutritionnel, les problèmes de mobilité, l'incontinence, l'altération du niveau de collaboration (ex. : douleur, dépression) ainsi que le positionnement inadéquat. Dans le cadre de la présente enquête, le Protecteur du citoyen souhaite s'assurer que ces facteurs ont été pris en compte dans la prise en charge globale de la situation de votre mère.

Le cadre de référence *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* du MSSS précise que le dépistage et la prévention des plaies de pression doivent tenir compte des difficultés psychosociales pouvant avoir un impact sur la personne, notamment sur son degré de motivation pour mettre en place les mesures préventives. Ce cadre de référence prévoit également qu'une évaluation de l'apport nutritionnel et hydrique de la personne doit être réalisée dès l'admission. Le *Programme de soins – Prévention et traitement des plaies de*

pression de l'établissement mentionne également l'importance de dépister la malnutrition le plus tôt possible. Ce programme prévoit en outre un ensemble d'interventions en ergothérapie afin d'augmenter la mobilité ainsi que diminuer la pression.

ÉVALUATION ET SUIVI PSYCHOSOCIAL

Dès son admission, votre mère est anxieuse et se dit malheureuse. Elle ne veut pas être là et aimerait mieux être chez elle. Elle pleure et éprouve des difficultés à s'adapter. Elle exprime des insatisfactions et actionne constamment sa cloche d'appel. Elle menace le personnel pour obtenir de l'aide ainsi que de l'attention. Elle suscite des réactions négatives chez les autres résidents.

Les insatisfactions répétées de votre mère ont constitué un défi important pour le personnel. Ce dernier se sent surveillé, critiqué et menacé. Malgré tout, l'enquête montre que le personnel s'est efforcé de répondre aux demandes et insatisfactions de votre mère. Il tente à différentes reprises de résoudre la situation. Des contacts ont lieu à ce sujet avec votre frère et certains membres de votre famille. Le personnel soignant se sent peu soutenu par le personnel d'encadrement, qu'il avise des difficultés rencontrées. En juillet 2010, un horaire visant à encadrer les besoins et demandes de votre mère est proposé, mais n'obtient pas son consentement. En septembre 2010, le médecin prescrit un antidépresseur à votre mère.

En dépit de ces tentatives de prise en charge, l'enquête montre que l'état de santé psychologique de votre mère ainsi que son potentiel d'adaptation au milieu de vie n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge professionnelle. Les vérifications ont permis d'apprendre qu'à l'époque du séjour de votre mère, les services de la travailleuse sociale s'avéraient peu disponibles et que le personnel soignant, pour cette raison, n'a pas eu le réflexe de les solliciter. À ce sujet, l'enquête de la Direction des soins infirmiers de l'établissement conclut « qu'une intervention psychosociale aurait été profitable dès l'admission » de votre mère.

ÉVALUATION ET SUIVI NUTRITIONNEL

Sur le plan de la nutrition, l'enquête révèle que votre mère n'a pas fait l'objet d'une évaluation en nutrition lors de son admission. Une telle évaluation est survenue en fin de séjour, soit le 1er mars 2011, quinze jours avant son transfert en centre hospitalier. Ces faits ne permettent pas de conclure que l'état nutritionnel de votre mère a été évalué le plus tôt possible en cours du séjour. À la suite de son enquête, la Direction des soins infirmiers de l'établissement a d'ailleurs recommandé « d'augmenter l'implication et réduire les délais d'intervention pour la nutrition clinique ».

POSITIONNEMENT ET RÉDUCTION DE LA PRESSION

Le dossier de votre mère confirme qu'une évaluation initiale en ergothérapie a été effectuée lors de l'admission. À la suite à cette évaluation, une écharpe pour soutenir son bras est proposée, mais refusée par votre mère. En juillet 2010, une demande est logée pour obtenir des aides à la réalisation des activités quotidiennes. En mai 2010, un appui-tête et des appui-bras sont installés sur son fauteuil roulant. En décembre 2010, une base moulante (de type ROHO) pour diminuer la pression au fauteuil roulant est proposée, mais refusée par votre mère. En février 2011, étant donné la plaie, l'ergothérapeute rappelle l'importance de repositionner votre mère aux deux heures et fournit une plaque de gel à installer sous son siège au lit. En mars 2011, un dispositif moulant est proposé à votre mère pour essai au lit. À la lumière de ces informations, il s'avère que différents essais ont été effectués auprès de votre mère afin d'améliorer son positionnement et de réduire les points de pression sur sa peau. Certains de ces essais ont connu un échec en raison de refus exprimés par votre mère.

GESTION DE LA DOULEUR

La *Règle de soins infirmiers – Dépistage et évaluation de la douleur* de l'établissement spécifie que le dépistage et l'évaluation de la douleur doivent être effectués de façon régulière et systématique. Ce document prévoit une démarche détaillée d'évaluation et de contrôle de la douleur, incluant les activités qui doivent être respectivement réalisées par les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires dans le cadre d'une telle démarche.

L'enquête montre que tout au long de son séjour au centre d'hébergement, votre mère a éprouvé de la douleur. Dans les premiers mois, cette douleur se situe surtout niveau des membres supérieurs et du bas du dos. À partir du mois de juillet 2010 s'ajoute une douleur persistante au coccyx. En mars 2010, une directive infirmière prévoit donner à votre mère un analgésique en présence de douleur et d'aviser l'infirmière si plus de trois doses sont administrées à l'intérieur de 24 heures. À quelques reprises, le personnel évalue la douleur de votre mère sur une échelle de 1 à 10. À partir de juillet 2010, votre mère reçoit régulièrement des doses d'analgésiques pour contrôler sa douleur.

Il émane de l'enquête que la prise en charge de la douleur de votre mère a été assurée essentiellement à l'aide de la médication. Cette douleur n'a pas été évaluée et contrôlée en fonction des étapes et outils contenus dans la *Règle de soins infirmiers – Dépistage et évaluation de la douleur*. En particulier, le personnel n'a pas eu recours aux outils spécifiques d'évaluation de la douleur contenus dans cette règle de soins infirmiers.

COORDINATION DES SOINS

Un plan d'intervention doit être établi pour chaque personne admise en centre d'hébergement et révisé tous les 90 jours ou lorsqu'un changement important survient dans l'état de santé. Ce plan identifie les besoins, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser ainsi que la durée prévisible des soins ou des services. Il représente un moyen important pour assurer des soins de qualité et coordonnés auprès des usagers. Le résident et sa famille ont le droit de participer à l'élaboration de ce plan.

L'équipe multidisciplinaire s'est réunie à une seule reprise, soit le 1er juin 2010, pour procéder à l'élaboration du plan d'intervention de votre mère. Le médecin, le pharmacien et la travailleuse sociale étaient toutefois absents lors de cette rencontre. À la suite de l'apparition d'une plaie, l'équipe multidisciplinaire n'a pas été alertée et le plan d'intervention n'a pas été révisé. Le personnel de soins n'a donc pas conduit une évaluation en équipe des résultats obtenus et des stratégies à adopter pour intervenir de manière coordonnée, en particulier à la suite de l'apparition de la plaie. Dans certaines situations, le recours à l'équipe interdisciplinaire peut, en collaboration avec l'usager et ses proches, permettre de dénouer certaines impasses et d'encadrer l'ensemble des interventions du personnel de soins.

CONCLUSION

Il se dégage de l'examen de ce motif de votre plainte que certains des aspects de la situation globale de votre mère ont fait l'objet d'une prise en charge déficiente de la part de l'établissement, notamment en ce qui a trait à la santé psychosociale, à l'état nutritionnel, à la douleur et de la coordination des soins. Il est connu que dans certaines situations, ces facteurs peuvent accroître le risque d'avoir une plaie de pression et influencer la guérison d'une plaie existante.

Compte tenu de ce qui précède, le Protecteur du citoyen souhaite s'assurer de la qualité globale de la prise en charge offerte aux résidents qui vivent dans l'établissement. À la lumière des mesures mises en place et prévues par l'établissement à la suite des événements, une recommandation est formulée dans ce but à la fin du présent document.

MESURES PRISES PAR L'ÉTABLISSEMENT

L'enquête a permis de constater que les événements vécus par votre mère et ses suites ont eu un retentissement important dans l'établissement. Autant les dirigeants que le personnel reconnaissent qu'il y a eu des lacunes dans l'évaluation et la surveillance de la situation de votre mère ainsi que dans la continuité des soins qui lui ont été fournis. L'établissement déplore ce qui s'est passé et entend prendre les moyens pour que pareil événement ne se reproduise pas.

À la suite des événements que vous avez vécus, une enquête a été réalisée par la Direction des soins infirmiers de l'établissement sur les soins et services reçus par votre mère. Selon les informations obtenues, cette enquête a mené à la mise en place de mesures d'évaluation et de suivi des compétences de certains membres du personnel.

L'enquête de l'établissement a aussi permis d'identifier des défaillances systémiques dans l'organisation et la prestation des soins infirmiers. Un plan d'action spécifique, dont j'ai obtenu copie en date du 16 mai 2012, a été élaboré afin de prévenir la récurrence d'un tel événement et d'améliorer la sécurité et la qualité des services.

Au regard de la prévention et du traitement des plaies de pression, les principaux éléments que je retiens de ce plan d'action sont les suivants :

- la déclaration de toute plaie dans un registre commun (incluant la date de début et de fin de la plaie);
- la présence à chaque semaine dans le centre d'hébergement de l'infirmière clinicienne spécialisée en soins de plaies, laquelle doit être informée de toutes les activités d'évaluation et de traitement des plaies de pression;
- la formation d'infirmières à titre d'agentes multiplicatrices en soins de plaies;
- la formation du personnel sur le suivi du risque et la prévention des plaies de pression.

En ce qui concerne la prise en charge globale de la situation des résidents, les principaux éléments que je retiens du plan d'action de l'établissement sont les suivants :

- l'instauration de contacts formels avec la travailleuse sociale lors de l'admission des résidents et en cours de séjour;
- les efforts de diffusion des meilleures pratiques en matière d'évaluation et de suivi de la douleur;
- la mise en branle d'un projet de dépistage systématique et de suivi de la dénutrition chez les résidents du centre d'hébergement;
- la révision du fonctionnement des équipes interdisciplinaires (afin que les plans d'intervention soient élaborés six semaines après l'admission et révisés chaque année ou lors d'un changement significatif de l'état de santé, en présence notamment du médecin);
- la formation et l'encadrement du personnel au regard des responsabilités et des tâches à assumer par chacun ainsi que de meilleures pratiques de soins auprès des personnes âgées.

Quoique des mesures aient été prises par l'établissement et que je constate la rigueur avec laquelle les responsables planifient la suite des choses, je tiens à m'assurer que l'ensemble des mesures du plan d'action seront implantées dans les meilleurs délais dans l'établissement.

RECOMMANDATION

En conséquence, le Protecteur du citoyen recommande que le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes :

R1. Assure l'implantation prioritaire des mesures prévues dans son Plan d'action – Vers une optimisation des soins en CHSLD *afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et services fournis aux résidents, notamment en matière de prévention et de traitement des plaies pression, et informe le Protecteur du citoyen mensuellement de l'avancement des travaux à ce sujet.*

SUIVI

Conformément aux dispositions de la loi, le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes doit informer le Protecteur du citoyen ainsi que l'usager ou son représentant des suites qu'il entend donner à la recommandation qui a été faite, et ce, dans les 30 jours de la réception de mes conclusions.

Nicolas Rousseau

Nicolas Rousseau
Délégué de la protectrice du citoyen

Signé le 20 juin 2012

Annexe 4 : CHSLD inspectés entre le 1er janvier et le 17 décembre 2013

Régions sociosanitaires	Établissements	Date de la visite (en 2013)
Bas-Saint-Laurent	CSSS de Rivière-du-Loup - Centre d'hébergement de Saint-Joseph	18, 19 et 20 juin
	CSSS de Rimouski-Neigette - Centre d'hébergement de Rimouski	22, 23 et 24 avril
	CSSS de La Mitis	12, 13 et 14 mars
Saguenay-Lac-Saint-Jean	CLSC et Centre d'hébergement de Normandin	22 août
	Centre d'hébergement Oasis de Dolbeau-Mistassini	20 et 21 août
	Centre d'hébergement de Métabetchouan-Lac-à-la-Croix	9 et 10 juillet
	Centre d'hébergement Saint-François	17 et 18 avril
Capitale-Nationale	CHSLD Domaine Saint-Dominique S.E.C.	8 et 9 octobre
	Centre d'hébergement du Fargy	12 septembre
	Hôpital Chauveau	11 septembre
	Centre d'hébergement Notre-Dame-de-Lourdes	5, 6 et 7 juin
	Centre d'hébergement et de soins de longue durée Côté-Jardins	28, 29 et 30 mai
	Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes	19 et 20 mars
	Résidence Paul Triquet	2 et 3 avril
	Jardins du Haut-Saint-Laurent	9 janvier
Mauricie et Centre-du-Québec	Centre d'hébergement Vigi Les Chutes	30 et 31 janvier
	Centre d'hébergement Frederick-George-Heriot	11, 12 et 13 juin
	Foyer Saints-Anges de Ham-Nord	24 juillet
Estrie	CHSLD Vigi Shermont	16 et 17 janvier
	CSSS des Sources	17 et 18 avril
Montréal	Centre d'hébergement Champlain-de-Gouin	28 et 29 mai
	Centre d'hébergement de la Maison Saint-Joseph	7 et 8 mai
	Centre d'hébergement de la Marée	23 juillet
	Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci	18, 19 et 20 juin
	Centre d'hébergement Saint-Vincent-Marie	4 avril
	Château sur le Lac	17 juillet
	CHSLD Saint-Georges	2, 3 et 7 juillet
	Hôpital Grace Dart	6 et 7 août
	Hôpital Mont Sinai	24 juillet

	Institut Canadien-Polonais du Bien-Être	23 et 24 avril
	Résidence Angelica	16 et 17 janvier
	CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes	27 et 28 mars
	CHSLD Marie-Claret	21 février
	Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger	19 et 20 février
	CHSLD Vigi de Pierrefonds	15 août
	Centre d'hébergement de la Maison-Neuve	18 et 19 septembre
	Centre d'hébergement du Centre-Ville-de-Montréal	26 et 27 juin
	Centre d'hébergement Auclair	27, 28 et 29 août
Outaouais	CHSLD Vigi de l'Outaouais - Vigi Santé ltée	20 et 21 août
	Centre d'hébergement Champlain-de-Gatineau	22 et 23 août
	Centre de santé et de services sociaux de Gatineau (Foyer du Bonheur)	13, 14 et 15 mai
Abitibi-Témiscamingue	Centre d'hébergement de Rouyn-Noranda	12, 13 et 14 février
	Centre d'hébergement de Val-d'Or	9 et 10 septembre
Côte-Nord	CSSS de Port-Cartier	26 et 27 mai
	CSSS de Sept-Îles	28 et 29 mai
	CSSS de la Minganie	30 et 31 mai
	Foyer de Havre-Saint-Pierre	31 mai
Nord-du-Québec	Centre de santé de Chibougamau	2 juillet
	Centre de santé Lebel	3 juillet
	Centre de santé Isle-Dieu	4 juillet
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	CHSLD Eudore-Labrie	23 juillet
	CHSLD de Matapédia	7 octobre
Chaudière-Appalaches	CHSLD Lac-Etchemin	22 et 23 janvier
	CHSLD Saint-Prosper	22 janvier
	CHSLD Saint-Georges Ouest	8 mai
	CHSLD Saint-Georges Est	9 mai
	CHSLD Notre-Dame de Lourdes	2 mai
	Centre d'hébergement Champlain-Chanoine Audet	27 et 28 juin
	Centre d'accueil Saint-Joseph de Lévis	21 et 22 août
	Centre d'hébergement de Saint-Gervais	12 septembre
	Centre d'hébergement de Saint-Raphaël	11 septembre
Laval	Santé Courville de Laval inc. (2013)	4 juin
	La Résidence du Bonheur (2013)	30 janvier
	Centre d'hébergement Champlain-de-Saint-François (2013)	27 février
Lanaudière	Centre d'hébergement Champlain-du-Château	23 et 24 juillet
	CHSLD Heather I	15 et 16 avril

	CHSLD Heather II	17 avril
	CHSLD Vigi Yves-Blais	30 et 31 juillet
	Centre d'hébergement Saint-Eusèbe	11 et 12 septembre
	Centre d'hébergement Saint-Jacques	10 septembre
Laurentides	Centre Drapeau-Deschambault	13, 14 et 15 août
	Centre d'hébergement de Saint-Eustache	5 et 6 mars
Montérégie	Centre d'accueil Marcelle Ferron	6, 7 et 8 mai
	Centre de soins de la Gare	12 mars
	Centre d'hébergement d'Ormstown	15 mai
	Centre d'hébergement du Comté-de-Huntingdon	14 mai
	Centre d'hébergement René-Lévesque	6, 7 et 8 août
	Résidence Sorel-Tracy	12 juin
	Santé Courville de Waterloo	29 mai
	Centre d'hébergement de l'Hôtel-Dieu-de-Saint-Hyacinthe	16, 17 et 18 octobre

Annexe 5 : Tableau des lacunes importantes recensées par le MSSS en 2013

81 établissements ayant été évalués par le MSSS (Rapport de visite d'évaluation de la qualité du *milieu de vie*) entre le 1er janvier 2013 et le 17 décembre 2013	Indicateurs						
	Présence de produits dangereux	Services infirmier non-disponible 24 h	Manque d'information par rapport au processus de plainte	Absence de programme d'accompagnement en fin de vie	Rotation du personnel soignant trop fréquente	Les repas sont servis à des heures normales	Activités et loisirs sont diversifiés et répartis sur 7 jours
Nombre exact	**31**	**5**	**59**	**57**	**34**	**58**	**32**
En pourcentage	**38%**	**6%**	**73%**	**70%**	**42%**	**72%**	**40%**