LE PROTECTEUR DU CITOYEN
Assemblée nationale
Québec

RAPPORT FINAL

INTERVENTION AU CENTRE MULTIVOCATIONNEL CLAUDE-DAVID

DU

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SUD DE LANAUDIÈRE

Le 21 décembre 2011

Avis

Le présent rapport a été rédigé au terme d'une intervention effectuée par le Protecteur du citoyen conformément au chapitre IV de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (L.R.Q., chapitre P-31.1) et sa communication ou diffusion est régie tant par cette loi ainsi que par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1) (Loi sur l'accès).

Ce rapport peut être communiqué par le Protecteur du citoyen conformément aux articles 24 et 25 de la Loi sur le Protecteur des usagers.

À l'exception des personnes à qui la loi en autorise la communication intégrale, certains extraits de ce rapport peuvent être masqués conformément à la Loi sur l'accès, notamment en vertu des articles 53, 54, 83 et 88, aux motifs qu'ils contiennent des renseignements personnels concernant des personnes et permettant de les identifier. Ces extraits ne peuvent donc être divulgués sans le consentement des personnes concernées comme prescrit par l'article 59 de la Loi sur l'accès.

525, boulevard René-Lévesque Est, bureau 1.25 Québec (Québec) G1R 5Y4 Téléphone : (418) 643-2688	1080, côte du Beaver Hall, 10e étage Montréal (Québec) H2S 1S8 Téléphone : (514) 873-2032
Courriel : **protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca**	

© Protecteur du citoyen 2011

Table des matières

1. LE CONTEXTE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION 1

1.1 LA LOI SUR LE PROTECTEUR DES USAGERS 1

1.2 LA DEMANDE D'INTERVENTION 1

1.3 LA PERTINENCE DE L'INTERVENTION 1

1.4 L'INSTANCE VISÉE PAR L'INTERVENTION 1

2. LA CONDUITE DE L'INTERVENTION 2

2.1 LES DÉLÉGUÉS DÉSIGNÉS POUR CONDUIRE L'ENQUÊTE 2

2.2 LA COLLECTE D'INFORMATION 2

2.3 DOCUMENTATION CONSULTÉE 3

2.4 LA VISITE DE L'ÉTABLISSEMENT 3

3. RÉSULTAT DE NOTRE INVESTIGATION 4

3.1 MISE EN CONTEXTE 4

3.2 PRÉPARATION AU TRANSFERT 5

3.2.1 Lieux physiques et équipements 5

3.2.2 Le personnel 6

3.2.3 La clientèle 7

3.3 INTÉGRATION ET PRISE EN CHARGE 8

3.4 DÉCÈS 9

4. ANALYSE ET CONCLUSION 10

5. RECOMMANDATIONS 12

1. LE CONTEXTE DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

1.1 LA LOI SUR LE PROTECTEUR DES USAGERS

Le Protecteur du citoyen exerce les fonctions prévues à la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (Loi sur le Protecteur des usagers). Cette loi prévoit qu'il doit veiller, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par toute autre loi[1]. En outre, il peut intervenir s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé par l'acte ou l'omission d'une instance de la santé ou des services sociaux ou peut vraisemblablement l'être[2].

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

1.2 LA DEMANDE D'INTERVENTION

Le 17 mars 2011, le Protecteur du citoyen recevait un signalement concernant le transfert de personnes âgées, leurs conditions d'hébergement ainsi que le nombre important de décès survenus depuis le mois de janvier 2011 dans l'unité transitoire du Centre multivocationnel Claude-David (l'Unité).

1.3 LA PERTINENCE DE L'INTERVENTION

Le Protecteur du citoyen a considéré que la situation portée à sa connaissance méritait une intervention afin de s'assurer que la sécurité des résidents hébergés dans l'Unité n'était pas compromise et qu'ils recevaient les soins et les services auxquels ils étaient en droit de s'attendre.

1.4 L'INSTANCE VISÉE PAR L'INTERVENTION

Le Centre multivocationnel Claude-David (CMCD) est une installation du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud de Lanaudière, située à Repentigny dans l'ancien Hôpital Pierre-Le Gardeur. Le CMCD comporte une unité transitoire de réhabilitation fonctionnelle (UTRF), une unité d'hébergement permanent longue durée et, depuis la mi-décembre 2010, une unité transitoire d'hébergement longue durée. La présente intervention vise plus particulièrement cette dernière unité.

L'Unité a été ouverte dans un contexte de désengorgement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Elle comptait, au moment de son ouverture le 13 décembre 2010, 60 lits répartis sur deux étages de 30 lits chacun, incluant 24 lits de type ressource intermédiaire et 36 lits de type longue durée.

1. L.R.Q., c. P-31.1, art. 1 et 7.
2. I*bid.*, art. 20 et suivants.

2. LA CONDUITE DE L'INTERVENTION

2.1 LES DÉLÉGUÉS DÉSIGNÉS POUR CONDUIRE L'ENQUÊTE

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, la protectrice du citoyen a confié à M^{me} Pauline Cummings, coordonnatrice déléguée, et à M^{me} Line Vézina, déléguée, le mandat de recueillir le témoignage des personnes concernées et le point de vue des instances impliquées ainsi que toutes autres informations jugées pertinentes afin de procéder à l'analyse de la situation et, le cas échéant, de proposer des correctifs.

2.2 LA COLLECTE D'INFORMATION

Dans le cadre de notre enquête, afin d'obtenir l'information pertinente et nécessaire à notre intervention, nous avons recueilli les commentaires et observations des personnes suivantes, soit au moyen de rencontres tenues les 6, 7 et 8 avril 2011, soit au moyen de communications téléphoniques :

- l'ex-directrice générale du CSSS du Sud de Lanaudière, en poste lors de l'ouverture de l'Unité;
- le directeur général adjoint au développement organisationnel et à la transformation;
- le directeur des programmes et services généraux de santé publique et de développement des communautés et directeur des programmes et services de soutien à l'autonomie par intérim du CSSS du Sud de Lanaudière;
- la directrice des soins infirmiers du CSSS du Sud de Lanaudière;
- la gestionnaire des risques et de la sécurité du CSSS du Sud de Lanaudière;
- la responsable de la prévention des infections à l'Unité;
- la coordonnatrice de l'UTRF, ayant agi comme coordonnatrice du projet d'ouverture de l'Unité;
- la chef de l'unité d'hébergement permanent, co-chef de l'Unité au moment de son ouverture;
- la chef de l'UTRF, co-chef de l'Unité au moment de son ouverture;
- six préposées aux bénéficiaires des quarts de jour et de soir de l'Unité;
- quatre infirmières auxiliaires des quarts de jour et de soir de l'Unité;
- deux assistantes infirmières-chefs de l'Unité;
- la travailleuse sociale de l'Unité.

Des rencontres additionnelles ont été effectuées le 29 avril 2011 auprès de membres du personnel de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur impliqués dans le transfert des patients à l'Unité :

- la coordonnatrice clinico-administrative – Médecine;
- la chef d'unité – Soutien à l'autonomie – Centre d'investigation de gériatrie ambulatoire – gériatrie active médecine;
- la chef d'unité des soins – Médecine;

- deux travailleuses sociales responsables de certains des résidents transférés à l'Unité en décembre 2010.

2.3 DOCUMENTATION CONSULTÉE

Afin de maximiser notre collecte d'information, nous avons consulté les documents suivants :

- le rapport de la gestion des risques pour les périodes 10 à 12 pour l'Unité, daté de mars 2011, accompagné d'un plan annoté de l'Unité;
- le rapport de la Prévention des infections à l'Unité, daté d'avril 2011;
- l'horaire d'intégration des préposés, infirmières auxiliaires et assistantes infirmières-chefs affectés à l'Unité;
- la liste des résidents à transférer dans l'Unité avec l'horaire des transferts, datée du 2 décembre 2010;
- le plan d'action pour l'ouverture des 60 lits à l'Unité, version du 24 novembre 2010;
- le détail des responsabilités des chefs d'unité des unités, daté du 10 janvier 2011;
- le tableau « Structure à l'ouverture unité transitoire »;
- le tableau « Ligne de temps Infirmières, Auxiliaires, Préposés aux bénéficiaires » détaillant les variations du nombre de personnel présent par quart de travail et titre d'emploi entre la mi-décembre 2010 et la fin mars 2011;
- le tableau « Personnel et provenance » détaillant la liste du personnel de l'Unité depuis l'ouverture, leur titre et quart d'emploi, leur provenance;
- le tableau « État de situation Sud de Lanaudière » détaillant les besoins en lits de longue durée dans le sud de Lanaudière;
- les échanges de correspondance entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (Direction nationale des urgences), l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et le CSSS du Sud de Lanaudière entre le 2 novembre 2010 et le 11 janvier 2011;
- le rapport d'analyse interne du CSSS du Sud de Lanaudière sur le taux de mortalité à l'Unité entre janvier et mars 2011, daté du 7 juillet 2011 et présenté au Protecteur du citoyen le 12 juillet 2011;
- le projet de plan d'action élaboré par le CSSS du Sud de Lanaudière en suivi des recommandations du rapport d'analyse interne et transmis au Protecteur du citoyen le 5 août 2011.

2.4 LA VISITE DE L'ÉTABLISSEMENT

Afin d'apprécier la situation portée à l'attention du Protecteur du citoyen, les déléguées ont procédé à une visite des lieux le 6 avril 2011.

3. RÉSULTAT DE NOTRE INVESTIGATION

3.1 MISE EN CONTEXTE

Début novembre 2010, le CSSS du Sud de Lanaudière s'apprêtait à commencer les travaux nécessaires pour l'aménagement de 36 nouvelles chambres d'hébergement longue durée au CMCD, pour lesquels les autorisations et les budgets requis avaient déjà été octroyés. Les travaux visaient à adapter les locaux 33 et 43 du CMCD pour de l'hébergement longue durée, puisqu'il s'agissait de locaux originalement configurés pour l'ancien hôpital et demeurés vacants depuis la construction du nouvel Hôpital Pierre-Le Gardeur; l'échéancier initial de réalisation des travaux était de six à neuf mois.

À la même période, le CSSS du Sud de Lanaudière a reçu la visite des responsables de la Direction nationale des urgences du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui lui ont signifié qu'il était impérieux de prendre les mesures nécessaires, et ce, sans délai, afin de désengorger l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, une autre installation du CSSS. L'hôpital vivait effectivement une crise de débordement sans précédent avec plus d'une centaine de patients en fin de soins actifs et plus de 80 en attente d'hébergement. L'on dénombrait 90 patients à l'urgence, dont 43 nécessitant un lit de courte durée. Plusieurs chambres doubles avaient dû recevoir trois lits, plusieurs patients étaient installés dans les corridors, une cuisine a même été utilisée pour des lits de médecine considérant le débordement important et le manque de chambres. Devant l'arrivée de la période hivernale souvent associée à des éclosions d'infections, il devenait urgent de corriger la situation. La Direction nationale des urgences intimait le CSSS du Sud de Lanaudière de prendre toutes les mesures nécessaires afin de compresser au maximum le délai d'ouverture des 36 lits d'hébergement longue durée initialement prévus.

À la suite d'échanges subséquents entre le CSSS du Sud de Lanaudière, la Direction nationale des urgences et l'Agence, il a été convenu, le 10 novembre 2010, que le CSSS procèderait au développement temporaire de 60 lits de longue durée au CMCD et non plus des 36 lits permanents initialement prévus. L'échéancier de réalisation, planifié en mode urgence, a été compressé au maximum, limitant ainsi à quatre semaines le délai de mise en œuvre du projet, afin que les transferts soient complétés avant les vacances des Fêtes.

Également, à cette époque, le CSSS était aux prises avec un plan de redressement financier important et donc un cadre budgétaire rigoureusement suivi. Dans ce contexte, le ratio de personnel avait été revu à la baisse pour l'ensemble des installations d'hébergement du CSSS afin de s'harmoniser avec les pratiques courantes en la matière. Cette révision a entraîné la suppression de 14 postes, à travers les différentes installations du CSSS, effective en février 2011, soit quelques semaines à peine après l'ouverture de l'Unité. Quoique l'Unité n'ait pas été directement touchée par les coupures de postes, considérant qu'elle respectait dès l'origine les nouveaux ratios de personnel, il demeure que ces coupures ont eu un impact sur le roulement de personnel par l'effet du processus de supplantation.

L'Unité a donc été ouverte le 13 décembre 2010. Entre le 13 et le 23 décembre, soit en moins de 10 jours ouvrables, 60 usagers provenant essentiellement de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur ont été transférés à l'Unité. Au 31 mars 2011, 15 résidents de l'Unité étaient décédés.

3.2 PRÉPARATION AU TRANSFERT

Le contexte particulier de l'ouverture de l'Unité faisait en sorte qu'en l'espace de 30 jours, le CSSS devait adapter les lieux physiques, mettre en place les équipements requis, recruter et former le personnel, organiser les effectifs médicaux, identifier et évaluer la clientèle à transférer, aviser les familles et préparer lesdits transferts.

3.2.1 Lieux physiques et équipements

Dans ces circonstances, les travaux d'aménagement des lieux physiques n'ont visé qu'à rendre ceux-ci fonctionnels sans pouvoir les adapter à un contexte de milieu de vie, faute de temps suffisant. Des rénovations majeures ont d'ailleurs été entreprises récemment afin de rendre les lieux plus conformes à un milieu de vie, notamment par l'aménagement d'aires communes et de chambres simples.

Au moment de notre visite, l'Unité est divisée sur deux étages, soit les locaux 33 et 43 situés aux 3e et 4e étages. Le local 43 est dédié à la clientèle de type CHSLD alors que le local 33 accueille principalement des résidents en attente d'un hébergement en ressource intermédiaire.

Le local de l'Unité au 4e étage

L'Unité, au 4e étage, est configurée comme suit : un grand poste de garde ouvert au centre du local avec des chambres, doubles pour la plupart, réparties tout autour. On y compte une chambre triple et une chambre quadruple où les résidents sont séparés les uns des autres par des rideaux. Les chambres sont de très petites dimensions, ne permettant pas d'y laisser les chaises d'aisance à l'intérieur et rendant difficile l'utilisation des lève-personnes. Les salles de toilettes sont minuscules : extrêmement difficiles d'accès pour les résidents circulant à l'aide de marchette et inaccessibles avec un fauteuil roulant.

Lors de notre visite, les corridors sont encombrés de toutes sortes d'objets ou d'équipement (poubelles, lève-personne, appareil de prise de pression, sac de culottes de rechange, étagères d'articles de soins, etc.) bloquant l'accès à la rampe à plusieurs endroits et obligeant les résidents à circuler au centre du corridor, sans pouvoir prendre appui sur la rampe ou le mur. Certains articles tels des boîtes de gants ou des masques sont même disposés directement sur la rampe. De plus, la porte de l'espace de rangement est grande ouverte, et ce, malgré l'écriteau explicite sur la porte exigeant de la garder fermée en tout temps : on y range les rasoirs et produits nettoyants, entre autres choses. Dès notre visite sur place, nous avons dénoncé cet encombrement et l'accès facile à des objets ou produits dangereux, une pratique clairement non sécuritaire.

À cet étage, seul un petit espace fermé fait office de salle à manger : huit personnes au maximum peuvent y manger en même temps et les tables ne sont pas adaptées pour les fauteuils gériatriques. Ainsi, les résidents de cet étage mangent pour la plupart dans leur chambre ou simplement assis tout seuls dans le corridor près du poste de garde. Le service se fait par cabaret et non au plat par plat.

Les portes de l'aile du 4e étage ne sont pas verrouillées, mais plutôt munies d'un dispositif anti-fugue donnant l'alarme lorsqu'un résident muni d'un bracelet anti-fugue tente de passer la porte. De plus, les portes du local sont situées tout à côté des chambres des résidents, favorisant ainsi l'errance de ces derniers à l'extérieur du local et amenant régulièrement les membres du personnel à répondre à l'alarme anti-fugue pour ramener les résidents à l'intérieur du local.

Le salon commun se trouvant à l'extérieur des portes du local, il s'avère donc pratiquement inaccessible aux résidents, à moins qu'ils ne soient accompagnés d'un membre de leur famille.

Le local de l'Unité au 3e étage

Au 3e étage, la configuration du local est la même qu'au 4e, soit avec un poste de garde ouvert au centre et les chambres tout autour. Les chambres doubles sont également de très petites dimensions et, faute d'espace de rangement, des casiers tiennent lieu de penderies; de plus, les salles de toilettes sont situées à l'extérieur des chambres. Les corridors y sont également encombrés lors de notre visite, mais de façon moins importante qu'au 4e étage. Ceci s'explique par le fait que le local de l'Unité au 3e étage dispose de plus d'espaces de rangement qu'au 4e. Un grand espace ouvert et lumineux est utilisé au fond de ce local du 3e étage pour rassembler tous les résidents lors des repas. On y retrouve aussi un salon commun à l'intérieur des portes du local.

Par ailleurs, le personnel rencontré a fait grand état de certains équipements désuets ou inhabituels ayant rendu ses tâches plus ardues, tels que des lits à manivelle ou lève-personnes manuels. Néanmoins, l'état de fonctionnement de ces équipements ou appareils n'a pas été mis en cause.

3.2.2 Le personnel

Notre examen démontre un grand roulement de personnel au cours des trois premiers mois de l'Unité, tant pour le personnel de soin que pour les chefs d'unité et les coordonnateurs. Il ressort de plus que, dans les jours suivant la fin des transferts, la plupart des personnes responsables initialement en poste ont été remplacées, laissant ainsi le personnel de soin, déjà aux prises avec l'intégration des 60 nouveaux résidents, sous la supervision de nouveaux gestionnaires dont certains en cumul de fonctions.

En effet, au niveau des gestionnaires, il appert que dès la première semaine de janvier, soit quelques jours à peine après le transfert des 60 résidents, tant la coordonnatrice initiale du projet que la chef d'Unité ont été remplacées. Au surplus, la fonction de chef d'unité a été assignée à partir de janvier, et pendant les quelque trois mois suivants, conjointement à deux chefs d'unités qui étaient déjà en poste pour d'autres unités du CMCD, et ce, en cumul de fonctions. Au moment de notre visite au début avril, le coordonnateur était en arrêt de travail depuis quelque temps. Quant aux chefs de l'Unité, une décision avait été prise par la haute direction afin d'assigner cette fonction à une seule des deux chefs de l'Unité, mais toujours en cumul de fonctions.

Durant la période des transferts des résidents, une ressource clinique avait été mandatée pour supporter le personnel. Cette personne cumulait également d'autres fonctions au CSSS du Sud de Lanaudière comme coordonnateur d'activités. Ses fonctions ont cessé le 30 décembre 2010.

La structure de postes à l'ouverture de l'Unité a été déterminée en tenant compte des ratios, revus à la baisse par l'organisation, pour l'hébergement longue durée dans le cadre de son plan de redressement financier, en accord cependant avec ce que l'on retrouve habituellement en hébergement. De plus, considérant la lourdeur de la clientèle de « type » ressource intermédiaire que nous aborderons à la section suivante, il a été convenu que le ratio de personnel appliqué même pour les lits de type ressource intermédiaire demeurait celui utilisé pour les lits de longue durée. Ainsi, durant les quarts de jour, la structure prévoyait la présence de deux assistantes infirmières-chefs, deux infirmières auxiliaires et huit préposés aux bénéficiaires. Pour le quart de soir, la présence d'une seule assistante infirmière-chef, d'une infirmière auxiliaire et de cinq préposés aux bénéficiaires était prévue. Pour la nuit, une assistante infirmière-chef, une infirmière auxiliaire et deux préposés aux bénéficiaires devaient être en fonction. En mars 2011, à la suite du nombre de décès survenus, une infirmière auxiliaire de soir a été ajoutée.

Le personnel retenu n'avait, pour la plupart, pas ou peu d'expérience en hébergement de personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Aussi, certaines des assistantes infirmières-chefs débutaient dans cette fonction, d'autres provenaient d'agences privées.

Un processus d'orientation et de formation du personnel a été élaboré et suivi par l'ensemble du personnel initialement recruté. La formation a été dispensée du 6 au 10 décembre 2011, soit la semaine précédant immédiatement l'ouverture de l'Unité. Cependant, le personnel recruté postérieurement à l'ouverture ou provenant des agences privées n'a pas suivi cette formation.

3.2.3 La clientèle

Le choix de la clientèle

Considérant l'objectif de l'ouverture de l'Unité, soit le désengorgement de l'hôpital, il a été entendu que les responsables des unités visées à l'hôpital identifieraient eux-mêmes la clientèle à transférer et désigneraient les chambres appropriées au CMCD. Très peu de restrictions ont été émises quant au choix des usagers à transférer, mis à part les cas très lourds et les usagers manifestant des troubles de comportement graves ou ceux en fin de vie imminente.

Les responsables des unités visées assurent que plusieurs cas lourds n'ont pas été transférés et demeuraient toujours à l'hôpital au moment de notre visite. La clientèle choisie s'apparentait à celle que l'on retrouve habituellement en hébergement de long terme. La clientèle ciblée pour le volet de type ressource intermédiaire démontrait possiblement un peu plus de lourdeur que la clientèle habituelle dans ce type d'hébergement, selon les informations obtenues.

Le jumelage de résidents tel qu'existant lors de leur hébergement à l'hôpital a été maintenu, autant que possible, lors du transfert à l'Unité. Les responsables ont également tenu compte dans le pairage des résidents du partage obligatoire de la salle de bain unique. Ainsi, un résident incontinent pouvait être jumelé à un autre qui utilisait seul la toilette. La mobilité des résidents a également été prise en compte dans le jumelage afin, par exemple, d'assurer à un résident à mobilité réduite un accès plus facile à la toilette commune située dans le corridor.

L'évaluation avant transfert

Selon l'information obtenue, tous les résidents étaient en fin de soins actifs et dans un état stable préalablement à leur transfert dans l'Unité. Le personnel de l'hôpital nous a assuré que l'état des résidents était bien connu, puisque suivi hebdomadairement par le service d'accueil et des admissions pour la mise à jour de leur demande d'admission en hébergement long terme.

Un examen physique préadmission a été effectué par du personnel infirmier recruté spécifiquement à cette fin par les responsables du projet d'ouverture de l'Unité.

L'avis aux familles

Ce sont les travailleurs sociaux de l'hôpital qui se sont chargés d'aviser les familles du transfert de leur proche à l'Unité. Au total, quatre travailleurs sociaux ont communiqué avec les familles. Considérant que les familles n'ont pas le choix de l'hébergement lors d'un transfert provisoire, très peu d'explications ont été fournies concernant l'Unité. Selon les travailleurs sociaux rencontrés, la plupart des familles étaient satisfaites du transfert au CMCD, compte tenu de la proximité des lieux et de la facilité de stationnement par rapport à d'autres installations d'hébergement du CSSS du Sud de Lanaudière.

Le transfert des renseignements s'est fait par le biais de résumés écrits dans le dossier du résident. Il n'y a eu aucune communication personnalisée avec la travailleuse sociale de l'Unité, ni avant ni après le transfert des résidents.

Des 60 résidents transférés, seulement deux familles ont communiqué avec les travailleurs sociaux par la suite pour manifester des insatisfactions liées aux lieux physiques et à la qualité des soins dispensés.

La préparation des dossiers

Deux infirmières assistantes en hébergement ont été recrutées par le CMCD pour préparer les dossiers physiques des résidents pour le transfert en plus de leur examen physique préadmission.

3.3 INTÉGRATION ET PRISE EN CHARGE

Entre le 13 et le 23 décembre 2010, l'Unité a admis 60 résidents. En effet, tous les transferts devaient être complétés avant les Fêtes. Les transferts se sont donc effectués au rythme de sept à huit résidents par jour, soit quatre par étage, deux en avant-midi et deux en après-midi. Toutes les personnes rencontrées, sans exception, ont dénoncé cette cadence de transferts comme étant beaucoup trop lourde pour assurer une bonne prise en charge de chaque résident. Le personnel a avoué s'être senti complètement débordé par la quantité d'admissions en si peu de temps. Également, ne disposant d'aucune information sur les résidents avant leur admission, le personnel manquait de temps entre chacune des admissions pour bien prendre connaissance des particularités de chaque personne. Il ne faut pas oublier non plus que les 15 décès survenus au cours des trois premiers mois d'ouverture ont également entraîné 15 nouvelles admissions, ce qui porte à 75 le nombre de résidents admis dans un délai d'environ trois mois.

De plus, le personnel a unanimement ciblé la mixité de la clientèle comme un irritant important : le fait que différents profils soient dispersés à travers l'étage alourdissait sa charge de travail et rendait plus difficile la cohabitation de certains d'entre eux. Il a aussi soulevé la lourdeur des besoins de la clientèle, qui, selon lui, présentait des troubles de comportement importants, soit en ce qui concerne des problèmes d'errance/fugue, de comportement défensif dans les soins d'hygiène, ou encore de cris et d'agressivité. Le personnel a également ajouté que plusieurs familles l'interpellaient souvent pour des insatisfactions concernant les soins, ce qui rendait également ses tâches plus difficiles.

Comme autre élément, le personnel a soulevé le manque d'encadrement par le personnel infirmier, lequel provenait souvent d'agences de placement. Considérant leur peu d'expérience en hébergement de personnes âgées, les membres du personnel auraient bénéficié d'un meilleur support infirmier : au début, le personnel n'avait pas de plan de travail défini; par la suite, le plan s'est avéré trop long et non fonctionnel. Par ailleurs, il ressort que plus les semaines avançaient dans le temps, moins le personnel infirmier régulier était stable : on note en février et mars 2011 de plus en plus de remplacements par du personnel infirmier non régulier, en provenance d'agences, notamment.

En plus du manque d'encadrement infirmier, l'examen démontre une grande instabilité du personnel. Au moment de notre visite, très peu d'employés étaient en poste depuis l'ouverture. Selon le personnel en place, plusieurs ont quitté leur emploi en raison de la difficulté de la tâche à accomplir dans le contexte décrit plus haut. Par ailleurs, les suppressions de postes imposées en février 2011 ont eu aussi un impact découlant du processus de supplantation, selon les gestionnaires.

Au cours de cette période des trois premiers mois d'hébergement, l'Unité a connu deux éclosions d'infections, dont une dès le début de janvier 2011.

3.4 DÉCÈS

Le signalement fait au Protecteur du citoyen rapportait 15 décès survenus dans l'Unité en moins de 3 mois. Au moment de notre visite en début avril, on dénombrait alors 18 décès, soit 3 de plus, et 3 autres étaient anticipés à très court terme.

À première vue et selon les éléments colligés lors de notre examen, les décès ne semblent pas avoir une cause commune, ni être directement liés à une négligence dans les soins. L'Unité a connu deux éclosions d'infections entre janvier et mars; aucun lien n'a cependant pu être établi avec le nombre de décès. Également, quoique le nombre de chutes soit apparu élevé, aucun lien non plus ne peut être établi avec le nombre de décès.

Si l'âge avancé et la condition préexistante de certains résidents peuvent fournir une explication à certains décès, on ne peut ignorer les conditions de transfert des résidents dans la nouvelle Unité dont l'impact a pu avoir une incidence sur leur état de santé.

Dès le début de l'intervention du Protecteur du citoyen, l'établissement confirmait qu'une analyse interne était déjà en cours afin d'identifier les causes possibles du nombre de décès survenus depuis l'ouverture et d'effectuer les correctifs requis le cas échéant. Cette analyse, coordonnée par la Direction des soins infirmiers en collaboration avec la direction des services professionnels, la gestion des risques, la prévention des infections et la direction de l'hébergement, a été complétée en juillet 2011. Le rapport émis à la suite de cette analyse fait état de plusieurs constats ayant pu avoir une incidence sur le nombre de

décès survenus. Des recommandations ont été émises et un plan d'action est en cours d'implantation par l'établissement visant à assurer une prise en charge adéquate de la clientèle dès son admission en lits de soins de longue durée.

4. ANALYSE ET CONCLUSION

La situation constatée a amené le Protecteur du citoyen à intervenir tant au niveau correctif que préventif. En effet, dans un premier temps, il s'est assuré que les correctifs appropriés soient apportés sans délai, afin que les résidents reçoivent les soins et les services requis par leur état, et ce, en toute sécurité. Dans un deuxième temps, il a veillé à ce qu'une telle situation soit évitée au CSSS du Sud de Lanaudière ou ailleurs dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats, tant sur les plans scientifiques, humains que sociaux. Ces services doivent être dispensés avec continuité, de façon personnalisée et sécuritaire. Il est bien précisé dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux que la raison d'être des services est la personne qui les requiert; l'usager doit toujours demeurer au cœur des préoccupations et des actions.

Les usagers visés par les transferts sont des personnes âgées en perte d'autonomie physique ou cognitive importante et nécessitent un hébergement en soins de longue durée. Il s'agit d'une clientèle déjà fragilisée et pour laquelle il est bien connu qu'un transfert de lieu d'hébergement constitue une source de stress importante pouvant amener une détérioration de l'état de santé. Des mesures appropriées doivent donc être prises pour minimiser le plus possible l'impact de tels transferts sur les résidents.

Ainsi, comme il est précisé dans les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, une bonne connaissance par le personnel, avant l'admission du résident, de son profil, de ses besoins, de l'approche à préconiser pour la dispensation des soins s'avère essentielle pour lui assurer une continuité dans ses soins. La présence de personnel maîtrisant les compétences d'intervention auprès de personnes âgées en hébergement longue durée, jumelée à un encadrement infirmier supportant, assurent aussi aux résidents la prise en charge nécessaire tout en favorisant une intégration plus harmonieuse dans leur nouveau milieu d'hébergement.

Il est pertinent ici de rappeler que la mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir, que ce soit de façon temporaire ou permanente, des soins et des services dans le cadre d'un milieu de vie substitut. Un milieu de vie bien adapté aux résidents hébergés contribue à réduire les comportements perturbateurs de ces derniers. Respecter les besoins fondamentaux d'intimité, de vie privée, de sécurité, de bien-être physique et psychologique des résidents; éliminer les contraintes architecturales et leur permettre de se mouvoir de façon autonome sont autant d'éléments qui assurent une meilleure qualité de vie et une meilleure intégration des résidents dans leur milieu de vie. Le regroupement de la clientèle en fonction des besoins et la création de micromilieux constituent également un moyen pouvant favoriser non seulement une cohabitation plus réussie des résidents, mais également une organisation de travail plus efficace.

Au cours de son enquête, le Protecteur du citoyen a été à même d'apprécier les efforts considérables déployés par les responsables de la mise en œuvre du projet ainsi que par les différents membres du personnel. La tâche était colossale et ils s'y sont attelés avec le professionnalisme, la rigueur et le dévouement qui sont attendus de personnes soucieuses d'assurer la meilleure qualité de service possible aux usagers desservis.

Malheureusement, les circonstances entourant l'ouverture de l'Unité et le transfert des résidents, plus particulièrement les délais irréalistes imposés, n'ont pas permis de mettre en place des conditions optimales pour leur prise en charge adéquate et leur intégration plus harmonieuse dans leur nouveau milieu de vie. L'absence de responsable dédié à l'Unité, l'inexpérience du personnel auprès de personnes âgées en hébergement de longue durée ainsi que le manque d'encadrement infirmier rendaient la continuité des soins plus difficile à assurer. Une cadence aussi effrénée d'admissions dans un tel contexte ne pouvait qu'avoir un effet nocif sur la qualité des soins et la prise en charge des résidents. S'il n'est pas possible de relier scientifiquement les décès aux conditions de transferts des résidents, on peut néanmoins conclure que celles-ci ne favorisaient pas l'implantation d'un milieu de vie stable, familier, significatif et aidant pour le résident, un milieu où il fait bon vivre.

Le Protecteur du citoyen reconnait par ailleurs que la situation vécue à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur à l'automne 2010 méritait une attention immédiate. La sécurité des soins aux usagers était alors à risque d'être compromise du fait du débordement. Le Protecteur du citoyen ne remet donc aucunement en question la priorité accordée à la résolution de cette crise.

Cependant, assurer la sécurité des uns ne doit pas se faire au détriment de celle des autres. Force est de constater que les moyens pris par l'établissement pour résoudre rapidement sa crise d'engorgement à l'hôpital ont eu un impact majeur sur la qualité des soins et services dispensés aux personnes âgées visées par le transfert à l'Unité.

Les orientations ministérielles pour un milieu de vie de qualité en CHSLD précisent que les caractéristiques, les besoins et les attentes des résidents doivent être à la base de toute décision en matière d'organisation, d'intervention et d'aménagement. Le Protecteur du citoyen constate que, dans le cas présent, les besoins des résidents ont cédé le pas à la priorité de désengorgement de l'urgence. Les délais extrêmement courts, tant pour la mise en œuvre du projet de l'ouverture de l'Unité que pour le transfert effectif des 60 résidents en sont la preuve. À la lumière des témoignages reçus, le Protecteur du citoyen conclut que l'augmentation inquiétante du nombre de décès au cours des trois premiers mois d'ouverture de l'Unité était prévisible du fait notamment de la cadence effrénée d'admissions des premiers jours. Les autorités responsables ne pouvaient ignorer l'impact que ces délais courts de mise en œuvre et de transfert auraient sur les résidents. La haute direction de l'époque maintient qu'aucun résident ne s'est trouvé dans une situation plus à risque que s'il était demeuré à l'hôpital, considérant la crise qui y sévissait. Le Protecteur du citoyen déplore que, dans ce contexte, ni l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière ni le ministère de la Santé et des Services sociaux, de qui provenait la demande de mesures de désengorgement de l'hôpital, n'aient jugé opportun d'intervenir plus activement auprès de l'établissement afin de s'assurer que les mesures en question ne compromettaient pas la sécurité des soins aux personnes âgées.

Au surplus, dès le début de son intervention, le Protecteur du citoyen a signifié son inquiétude à l'Agence face à la sécurité des résidents hébergés dans l'Unité. Il a alors spécifiquement demandé d'y cesser toute admission additionnelle tant que celle-ci n'aurait pas été correctement aménagée et dotée des ressources nécessaires. La réponse de l'Agence ne fait état d'aucune remise en question, quelle qu'elle soit, ni au sujet du délai irréaliste de mise en œuvre du projet, ni en ce qui concerne la cadence déraisonnable des transferts.

5. RECOMMANDATIONS

Compte tenu de ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande que :

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SUD DE LANAUDIÈRE

R-1 Poursuive l'implantation des mesures prévues dans son plan d'action élaboré à la suite du rapport d'analyse interne daté du 7 juillet 2011, et informe le Protecteur du citoyen de l'état d'avancement des travaux tous les trois mois jusqu'à implantation complète.

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE

R-2 Prenne les mesures appropriées pour assurer un suivi des correctifs apportés par les établissements en réponse aux demandes de désengorgement des urgences afin que ces correctifs ne mettent pas à risque d'autres usagers, et fasse part au Protecteur du citoyen des mesures prises à cette fin au plus tard le 31 mars 2012.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

R-3 Prenne les mesures appropriées afin de s'assurer que l'ensemble des établissements et des agences de santé et de services sociaux ne mettent pas d'autres usagers à risque par la mise en œuvre précipitée de solutions au désengorgement des urgences, et informe le Protecteur du citoyen des mesures prises au plus tard le 31 mars 2012.

SUIVI ATTENDU

Tel que le prévoit la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.Q. 2001, c. 43), le Protecteur du citoyen doit être informé dans les 30 jours de la réception du présent rapport, des suites que chacune des instances visées entend donner aux recommandations qu'il contient, ou des motifs pour lesquels elle n'y donnerait pas suite, le cas échéant.