



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Justice

Équité

Respect

Impartialité

Transparence

Rapport d'intervention

Intervention au Centre hospitalier régional de Lanaudière
Centre intégré de santé et de
services sociaux de Lanaudière

Québec, le 9 septembre 2016

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* (RLRQ, chapitre P-31.1) (*Loi sur le Protecteur des usagers*). Sa communication ou diffusion est régie par cette loi ainsi que par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, 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*.

La loi autorise la communication intégrale de ce rapport à certaines personnes. En tout autre cas, des extraits du document 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*.

La mission du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à un citoyen ou à un groupe de citoyens. Désigné par au moins les deux tiers des membres de l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement d'une ou de plusieurs plaintes ou de sa propre initiative.

Table des matières

1	Contexte de la demande d'intervention.....	1
1.1	<i>Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux</i>	1
1.2	Demande d'intervention.....	1
1.3	Instance visée par l'intervention	1
2	Conduite de l'intervention.....	2
2.1	Délégués désignés pour conduire l'enquête	2
2.2	Collecte d'information	2
2.3	Documentation consultée	2
2.4	Visite de l'établissement	2
3	Résultat de notre enquête.....	3
3.1	L'attitude punitive des membres du personnel à l'égard des usagers	3
3.1.1	<i>Les faits rapportés dans le signalement</i>	3
3.1.2	<i>Le cadre juridique applicable</i>	3
3.1.3	<i>Les constats</i>	4
3.2	L'insuffisance d'information donnée aux usagers dans le cadre de l'utilisation de mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée	6
3.2.1	<i>Les faits rapportés dans le signalement</i>	6
3.2.2	<i>Le cadre juridique applicable</i>	6
3.2.3	<i>Les constats</i>	8
3.3	L'absence d'accès des usagers à leurs effets personnels	11
3.3.1	<i>Les faits rapportés dans le signalement</i>	11
3.3.2	<i>Le cadre juridique applicable</i>	11
3.3.3	<i>Les constats</i>	11
4	Conclusion	12
5	Recommandations.....	13

1 Contexte de la demande d'intervention

1.1 *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*

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 loi¹. 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'être².

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

1.2 Demande d'intervention

Le Protecteur du citoyen a reçu un signalement l'informant :

- ▶ que le personnel du Centre hospitalier régional de Lanaudière du Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (ci-après, « CISSS ») agissait de façon punitive à l'égard des usagers hébergés sur des unités de santé mentale, notamment dans le cadre de l'utilisation d'un tableau d'émulation;
- ▶ que les usagers ne recevaient pas toute l'information nécessaire pour consentir à des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée;
- ▶ que les usagers n'avaient pas accès à leurs effets personnels.

Compte tenu des informations portées à son attention, le Protecteur du citoyen a décidé de conduire une intervention afin de s'assurer de la qualité des soins et des services fournis à l'ensemble des résidents du milieu de vie concerné.

1.3 Instance visée par l'intervention

L'installation visée par la présente intervention est le Centre hospitalier régional de Lanaudière. Ce sont plus spécifiquement les unités de soins de longue durée en psychiatrie 4C et 4D qui sont visées par le signalement.

1. *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. P-31.1, art. 1 et 7.

2. *Ibid.*, art. 20 et suivants.

2 Conduite de l'intervention

2.1 Délégués désignés pour conduire l'enquête

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, la protectrice du citoyen a confié à deux de ses déléguées, M^{me} Geneviève Lauzon et M^{me} Julianne Pleau, le mandat de recueillir le témoignage des personnes concernées et le point de vue des instances impliquées ainsi que toute autre information jugée pertinente afin de procéder à l'analyse de la situation et, le cas échéant, de proposer des correctifs et une approche favorisant leur mise en œuvre.

2.2 Collecte d'information

Dans le cadre de leur enquête, afin d'obtenir l'information pertinente et nécessaire à l'intervention, les déléguées ont rencontré plusieurs personnes, dont le coordonnateur en santé mentale du CISSS de Lanaudière, la chef d'unité des soins infirmiers en psychiatrie longue durée et l'assistante de la supérieure immédiate de nuit en psychiatrie longue durée.

2.3 Documentation consultée

Les documents suivants ont été consultés :

- ▶ Des dossiers d'usagers;
- ▶ Le code d'éthique du CISSS de Lanaudière, 2016;
- ▶ Le guide d'accueil des unités de soins et de réadaptation 4C/4D;
- ▶ Le *Règlement sur l'application des mesures de contrôle (contention et isolement)*, CSSS du Nord de Lanaudière, 2013;
- ▶ Le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2015;
- ▶ Les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002;
- ▶ Le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, ministère de la Santé et des Services sociaux;
- ▶ La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

2.4 Visite de l'établissement

Afin d'apprécier la situation portée à l'attention du Protecteur du citoyen, les déléguées ont effectué une visite des unités de soins de longue durée en psychiatrie le 31 mai 2016.

La collaboration des membres du personnel et des gestionnaires à cette enquête mérite d'être soulignée.

3 Résultat de notre enquête

Mise en contexte

Les unités 4C et 4D du Centre hospitalier régional de Lanaudière sont des unités d'hospitalisation de longue durée en santé mentale avec une mission de réadaptation. Chaque unité contient 31 places réparties dans des chambres privées et semi-privées. La moyenne d'âge des résidents à l'unité 4C est de 65 ans alors que l'unité 4D regroupe des personnes âgées d'environ 40 ans. La durée moyenne d'hébergement à l'unité 4D est évaluée à quatre ans. Il s'agit donc du milieu de vie courant des usagers. Les équipes soignantes sont composées de psychiatres, d'infirmiers, d'une travailleuse sociale et d'éducateurs.

3.1 L'attitude punitive des membres du personnel à l'égard des usagers

3.1.1 Les faits rapportés dans le signalement

Il est mentionné que les membres du personnel interviennent de façon punitive et arbitraire envers les usagers qui ne respectent pas les règles de l'unité. Il en est de même dans le cas d'un usager pour lequel un tableau d'émulation est utilisé (un tel tableau sert à motiver un usager à adopter des comportements adéquats en lui permettant d'obtenir une récompense afin de renforcer les comportements ainsi acquis).

Des écarts d'application ont été remarqués par les usagers entre les équipes des différents quarts de travail. Les usagers se voient privés, entre autres, de cigarettes ou de faire des activités récréatives, ce qu'ils perçoivent comme de l'injustice puisque cette mesure n'est pas toujours appliquée. À titre d'exemple, il est rapporté qu'en raison de son retard d'une minute à la pause cigarette, un usager s'est vu refuser ladite cigarette. Un autre se plaint que le personnel infirmier est « bête », infantilisant et irrespectueux.

3.1.2 Le cadre juridique applicable

Conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le CISSS de Lanaudière a adopté un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduit attendu des membres du personnel.

Le code d'éthique de l'établissement proscrit tout geste de violence ou d'intimidation à l'égard des usagers, comme le chantage, la menace, la moquerie, l'abus de pouvoir ou tout autre comportement mettant en cause l'intégrité des usagers. Le respect est de mise de façon réciproque entre le personnel et les usagers.

Le guide d'accueil des unités 4C et 4D reprend les mêmes propos que ceux contenus au code d'éthique en ce qui a trait à la politique de non-violence.

De même, afin d'identifier les besoins des usagers, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront être fournis, un établissement doit élaborer un plan d'intervention pour

chacun d'eux. Ce plan doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les intervenants concernés de l'établissement³.

3.1.3 Les constats

Dans le cas de plaintes ou de signalements visant l'attitude du personnel, il importe d'abord d'établir clairement le cadre balisant les interventions de celui-ci.

D'entrée de jeu, et bien que quelques règles générales soient présentes au guide d'accueil remis aux usagers des unités, nous constatons qu'il n'existe pas de code de vie à proprement parler. Pourtant, selon les notes rapportées aux dossiers des usagers, le personnel fait référence au code de vie. Dans les faits, puisqu'il est inexistant, il faudrait que ces derniers se rapportent plutôt au guide d'accueil.

Lors de l'enquête, il a aussi été constaté que les règles de vie spécifiques à chacune des unités, et qui s'appliquent à l'ensemble des usagers, ne sont pas claires, et ce, tant pour les membres du personnel que pour les usagers. À ce sujet, on nous a mentionné que les règles varient pour chacun des usagers, selon le plan de traitement infirmier (ci-après : « PTI »).

La chef des soins infirmiers des unités confirme qu'il y a un travail à faire pour extraire les informations pertinentes du guide d'accueil afin d'élaborer un véritable code de vie dans lequel les règles générales seront clairement identifiées. Par exemple, au cours de l'enquête, nous avons remarqué qu'il n'y a pas de règle évidente permettant au personnel de savoir quand attribuer ou non un coupon repas aux usagers ou encore pour déterminer si ces derniers ont accès aux activités de groupe de l'unité. Malgré cela, l'assistante de la supérieure immédiate (ci-après, « ASI ») nous confirme que certains éléments de la routine sont bien connus du personnel et des usagers, dont l'horaire de remise des cigarettes qui est affiché au poste infirmier.

Le Protecteur du citoyen est aussi d'avis que l'énoncé de règles claires ne pourra qu'être bénéfique, tant pour les membres du personnel que pour les usagers. Une recommandation sera formulée à cet égard.

En plus des règles de vie des unités, d'autres procédures viennent baliser les interventions et les attitudes que doivent adopter les membres du personnel. Il peut s'agir des PTI, des plans d'intervention et de différents outils motivationnels.

Or, avant sa visite, le Protecteur du citoyen avait demandé à ce que lui soit transmise toute documentation nécessaire dans le cadre de l'enquête. La chef des soins infirmiers des unités avait alors mentionné qu'il n'y avait pas de plan d'intervention, ni aucun tableau d'émulation au dossier de l'un des usagers ciblés. Pourtant, lors de la visite du Protecteur du citoyen, un infirmier a confirmé l'utilisation du tableau d'émulation pour un usager et la chef des soins infirmiers des unités a finalement été en mesure de le repérer. Il s'agissait d'un tableau distinct du PTI. De plus, toujours lors de cette visite, la chef des soins infirmiers des unités affirmait que tous les usagers de l'unité 4D

3. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S.4.2, art. 102.

avaient un plan d'intervention, mais que seulement 60 % des usagers de l'unité 4C en avaient un. Par ailleurs, elle ajoutait que la formulation de ces plans laissait parfois à désirer et qu'une formation serait nécessaire pour soutenir le personnel dans l'accomplissement de cette tâche. Encore une fois, de l'avis du Protecteur du citoyen, cette difficulté à obtenir l'information exacte dénote un manque de clarté pouvant avoir une incidence sur les interventions du personnel à l'égard des usagers. Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et services offerts, une recommandation sera formulée.

En ce qui a trait à l'utilisation du tableau d'émulation pour l'un des usagers, l'ASI et un infirmier rapportent que lorsque l'utilisateur respecte son PTI, « il obtient une étoile » et à l'inverse, s'il adopte un comportement inadéquat, « il perd son étoile ». Dans le dossier de l'utilisateur, le PTI du 21 juin 2014 mentionne que les exigences sont affichées à sa chambre. Or, ce n'était pas le cas. Seul le tableau comportant les étoiles, sans autre explication, était à la chambre de l'utilisateur. D'ailleurs, la chef des soins infirmiers des unités affirme avoir questionné l'utilisateur sur le fonctionnement du tableau, mais celui-ci n'arrivait pas à répondre. Les deux membres du personnel présents sur place lors de l'enquête s'entendaient pour dire que la conséquence de la perte des étoiles se traduit seulement par une perte de sortie ou de participation aux activités pour 24 heures. Cependant, leurs réponses demeurent floues quant aux comportements ciblés, autant les bons que les mauvais, par le tableau d'émulation. Aucun écrit indiquant au personnel comment gérer les comportements adéquats ou inadéquats de l'utilisateur n'a été retrouvé.

Par exemple, au dossier de l'utilisateur, il est écrit qu'il a dormi avec ses souliers. Le fait de dormir vêtu et chaussé n'est pas problématique selon l'ASI et l'infirmier, excepté pour le confort même de l'utilisateur. Cependant, une infirmière a noté, à 7 h, qu'elle avait privé l'utilisateur d'aller fumer pour cette raison. À 8 h 15, un infirmier a noté qu'il avisait l'utilisateur qu'il perdait son étoile et, par le fait même, qu'il était privé de sortie de l'unité puisqu'il avait dormi avec ses souliers. Autrement dit, l'utilisateur a reçu une double conséquence pour le même comportement jugé banal par certains membres du personnel et inadéquat par d'autres.

Plusieurs autres événements de nature similaire sont rapportés. Ainsi, une infirmière a noté qu'étant donné que l'utilisateur n'était pas « prêt » à l'heure de la pause cigarette (il n'est pas précisé si c'était parce qu'il n'avait pas terminé sa tâche pour l'heure prévue), il a perdu la permission d'aller fumer. Il appert donc que malgré ce qu'affirment l'ASI et l'infirmier, la privation de cigarettes fait partie des conséquences appliquées à l'utilisateur pour plusieurs raisons, que ce soit un retard sur l'horaire établi (tâche ou fumer), le fait de dormir avec ses souliers ou de feindre de s'être lavé.

De l'avis du Protecteur du citoyen, l'absence d'attentes et de règles claires à l'égard de l'utilisateur ne peut qu'engendrer chez lui la perception que le personnel agit de façon inégale et injuste. Par ailleurs, le fait de sanctionner les comportements inadéquats par la « perte d'une étoile » ayant pour conséquence une privation constitue une approche punitive et ne valorise aucunement la motivation et le renforcement de comportements acceptables. La chef de soins infirmiers des unités reconnaît qu'il y a un changement de culture organisationnelle à faire à cet égard.

De plus, nous constatons que l'attitude punitive s'exerce également auprès d'un autre usager pour lequel un tableau d'émulation n'est pas utilisé, mais qui doit quand même se conformer à son PTI. À titre d'exemple, à cette période, il faisait des chutes et présentait un risque suicidaire. Or, rien n'était précisé quant aux attentes du personnel relativement à l'attitude de l'utilisateur. Cependant, son dossier indique qu'il s'est fait « couper » son coupon repas pour obtenir un repas du restaurant (privilège) en raison de son attitude, qu'il a perdu le droit d'aller fumer parce qu'il parlait fort et parce qu'il a dormi vêtu. Ceci soulève des inquiétudes quant au respect des droits de l'ensemble des usagers de cette unité puisque l'application de ces mesures demeure arbitraire.

Également, il est noté au dossier de cet usager qu'il ira en salle d'isolement s'il continue à refuser de passer un examen de dépistage urinaire (DRORU) afin de vérifier son état de santé à son retour de fugue. Pourtant, selon le Code civil du Québec, lorsque la personne est en mesure de refuser des soins, à moins d'une urgence, ce droit doit être respecté⁴. Par ailleurs, l'infirmier a écrit que cet usager collabore aux « ordres » qui lui ont été donnés à plusieurs reprises. Ce comportement du personnel et sa façon de s'adresser aux usagers préoccupent le Protecteur du citoyen.

De l'avis du Protecteur du citoyen, l'absence de code de vie, les lacunes dans les plans d'intervention et le manque de consensus au sein de l'équipe soignante quant aux comportements attendus ou inadéquats de la part des usagers induisent un aspect arbitraire dans les décisions.

La chef en soins infirmiers des unités reconnaît qu'il y a du travail à faire pour changer la culture organisationnelle et que cela doit s'inscrire dans une optique de rétablissement, tel que mentionné dans le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Cela est d'autant plus important que les unités portent une mission de réadaptation. Une recommandation sera formulée dans le but de soutenir ce changement nécessaire.

3.2 L'insuffisance d'information donnée aux usagers dans le cadre de l'utilisation de mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée

3.2.1 Les faits rapportés dans le signalement

Il est rapporté que des usagers sont mis en isolement dans leur chambre de façon régulière sans avoir été informés préalablement et adéquatement de ces mesures planifiées, et donc, sans jamais y avoir consenti.

3.2.2 Le cadre juridique applicable

Selon la *Loi*⁵, la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés que pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et elle doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. En conséquence, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être limitée et n'être envisagée qu'en dernier

4. *Code civil du Québec*, RLRQ, 1991 c. 64, art. 11 et 13.

5. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, art. 118.1.

recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation, en présence d'un danger imminent pour la personne ou pour autrui, ont été appliquées et évaluées⁶.

Les orientations ministérielles définissent l'isolement comme une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement⁷.

Les mesures de contrôle constituent des soins et, par conséquent, l'usager doit y consentir. Seule l'urgence permet de passer outre le consentement de l'usager, soit dans le contexte d'intervention non planifiée. L'utilisation des mesures de contrôle porte atteinte aux droits de la personne, à savoir ses droits à l'intégrité, à la liberté et à la sauvegarde de son autonomie. Ces droits fondamentaux sont reconnus par la *Charte des droits et libertés de la personne*⁸ et par le *Code civil du Québec*⁹.

De plus, le *Code civil* précise que nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature¹⁰. En outre, l'autorisation du tribunal est nécessaire dans le cas où le majeur inapte refuse catégoriquement de recevoir des soins à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence¹¹.

L'établissement a élaboré un règlement pour régir les mesures de contrôle. Rien cependant n'est précisé quant aux substances chimiques alors que le *Cadre de référence* du ministère de la Santé et des Services sociaux l'intègre en tant que mesure de contrôle depuis mars 2015. Par ailleurs, le règlement aborde la notion de retrait sensoriel qui, pour l'établissement, correspond en tout point à celle de l'isolement. De plus, on y fait trois distinctions : la mesure d'isolement avec contentions, la mesure d'isolement simple (sans contentions) et la mesure ultime d'encadrement (ci-après, « MUE », qui est un isolement réalisé dans un contexte d'intervention planifiée. Il y est également mentionné que les notes au dossier de l'usager doivent refléter notamment le recours aux mesures de remplacement utilisées au préalable et décrire le comportement qui a motivé la prise ou le maintien de la mesure de contrôle.

Il y est précisé aussi que l'usager ou son représentant, le cas échéant, doit fournir son consentement libre et éclairé dans le cas de mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée. De plus, les intervenants doivent avoir convenu avec l'usager ou son représentant et avoir inscrit au plan d'intervention et au PII des moyens pour faire face efficacement à la situation.

6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : Contention et isolement*, édition révisée en août 2011, p. 2.

7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, 2002, p. 14.

8. *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12, art. 1 et 4.

9. *Code civil du Québec*, RLRQ, 1991 c. 64, art. 3 et 10.

10. *Ibid.*, art. 11.

11. *Ibid.*, art. 16.

3.2.3 Les constats

À la lecture des notes aux dossiers des usagers, nous constatons que neuf d'entre eux ont fait l'objet de plusieurs mesures de contrôle entre le 1^{er} avril 2015 et le 1^{er} mai 2016. En effet, l'un d'entre eux cumule près d'une soixantaine de mesures durant cette période. Un autre compte cinq mesures de retrait sensoriel en quatre mois ainsi qu'une trentaine de mesures d'isolement (simple, avec contention ou mesure ultime d'encadrement) sur une période de deux mois et demi.

► Les retraits sensoriels

Selon le règlement de l'établissement, la mesure de retrait sensoriel doit être déclarée et comptabilisée à titre de mesure d'isolement. Dans les faits, le personnel n'a déclaré aucun des épisodes de retrait sensoriel.

À cet égard, lors de notre visite à l'établissement, la chef des soins infirmiers des unités a mentionné qu'elle avait constaté qu'une confusion régnait auprès du personnel concernant le retrait sensoriel. Elle a expliqué que lorsque les employés invitaient un usager à se retirer à sa chambre, cette mesure était plutôt assimilée à une mesure de repos à la chambre n'ayant pas besoin d'être déclarée au registre des mesures de contrôle. Toutefois, ces derniers percevaient le retrait sensoriel comme une mesure d'encadrement plus ferme destinée à contraindre l'usager à reprendre le contrôle de lui-même. Si l'usager devait en sortir avant la fin de la période ciblée, le personnel l'y reconduisait jusqu'à la fin de la période, ou du moins, à quelques minutes près, afin de véritablement permettre à l'usager de retrouver son calme. Pour le personnel, le repos en chambre s'apparentait davantage à une mesure de remplacement pour éviter le recours aux mesures de contrôle comme telles. La chef des soins infirmiers a indiqué avoir fait un rappel le printemps dernier pour aider le personnel à bien faire la distinction quant à la terminologie utilisée. Cependant, force est de constater que lors de notre enquête, des difficultés de compréhension perduraient.

Peu importe le nom choisi par le personnel pour demander à un usager de retourner dans sa chambre et l'empêcher d'en sortir même si la porte demeure ouverte, il s'agit d'une mesure d'isolement qui doit alors être déclarée comme telle. Tel que libellé, le règlement sur l'application des mesures de contrôle de l'établissement ne facilite pas la compréhension du personnel. Des recommandations seront faites à cet égard.

► Les mesures de contrôle planifiées

L'utilisation d'une mesure de contrôle est dite « planifiée » lorsqu'une planification des interventions est requise puisque la personne a un comportement susceptible de se répéter et que ce comportement représente un danger réel pour la personne elle-même ou pour autrui. Une décision interdisciplinaire a lieu et cette planification est inscrite au plan d'intervention de l'usager. Ce plan comporte différents moyens pour faire face aux situations, incluant les mesures de remplacement visant à éviter à la personne une mesure de contrôle. Cette mesure planifiée doit se faire en collaboration avec la personne visée ou son représentant.

Or, de l'avis du Protecteur du citoyen, et à moins de désorganisations imprévues, l'utilisation des mesures de contrôle sur des unités qui hébergent des usagers à long terme devrait être considérée comme une mesure planifiée. À cet égard, la chef des soins infirmiers confirme que les mesures de contrôle devraient en majorité être des mesures planifiées, et ce, même pour les nouveaux usagers puisque ces derniers possédaient un historique d'hospitalisation avant d'intégrer les unités 4C et 4D. Selon elle, lorsque des périodes de désorganisation sont déjà survenues, un plan d'action devrait être convenu avec l'usager, dès son arrivée sur les unités ciblées, pour identifier les mesures de remplacement et ainsi éviter le recours aux mesures de contrôle.

Dans le cadre de l'enquête, plusieurs manquements au règlement de l'établissement ont été constatés, notamment en ce qui concerne les fiches d'évaluation utilisées par le personnel infirmier lors de l'application des mesures de contrôle. D'abord, plusieurs fiches démontrent que le personnel confond les mesures de contrôle planifiées et non planifiées. Ensuite, les réponses indiquées aux fiches n'établissent pas clairement que le consentement de l'usager avait été ou non fourni dans le cadre des mesures planifiées. Et finalement, plusieurs fiches n'étaient que partiellement remplies. En effet, les sections les moins souvent remplies étaient celles visant les mesures alternatives (planifiées, non planifiées), le consentement et la fin de l'application de la mesure.

Afin d'illustrer ce constat, nous avons soulevé que, dans un dossier, le plan d'intervention initial, élaboré en décembre, ne faisait aucunement état de mesures de contrôle. Toutefois, un mois plus tard, en raison de modifications au comportement de l'usager, des mesures ont été intégrées au plan d'intervention pour l'aider à se calmer en cas d'escalade d'agressivité. À partir du 19 janvier, le PTI fait état qu'un code blanc soit lancé suivi d'une mesure d'isolement lorsque la mesure de remplacement (retrait sensoriel ou repos à la chambre) a échoué. Ce PTI est signé par l'usager.

En février et mars, l'agressivité a continué d'augmenter chez l'usager au point où le PTI indique que l'encadrement devient plus ferme. En effet, il est d'abord rapporté que si l'usager sort de sa chambre avant la fin de la demi-heure obligatoire de retrait sensoriel ou de repos à la chambre, le personnel recommencera à compter du début le temps requis à passer à la chambre avant d'autoriser la réintégration sur l'unité. Cette mesure de contrôle n'est pourtant pas déclarée. Le 7 mars, il est écrit que lorsque l'usager demeure agressif et menaçant envers le personnel et ses pairs, le personnel l'invite à se retirer, non pas à sa chambre, mais à la salle d'isolement, et qu'il ne peut en sortir même si la porte est ouverte. Puis, deux jours plus tard, il est question de retrait sensoriel dans la chambre, porte débarrée dans un premier temps, puis porte barrée dans un deuxième temps et en salle d'isolement sous contention si l'usager est dangereux. Ce PTI ne comporte pas de signature de l'usager. D'ailleurs, dans les notes infirmières à son dossier, il est rapporté que l'usager mentionne clairement à l'infirmière qu'il n'a pas signé son PTI et qu'il est en désaccord avec les consignes qui lui sont données par le personnel. Pourtant, cet usager est toujours considéré comme étant apte à prendre ses décisions.

Ainsi, aucun consentement de l'usager n'apparaît à son dossier jusqu'au 28 avril, où un infirmier note que l'usager a consenti de son plein gré aux mesures qui lui étaient proposées soit : qu'il occupe la chambre située juste à côté du poste infirmier, qu'il prenne tous ses repas à l'intérieur de celle-ci, qu'il demeure à la vue du personnel lors de ses déplacements désormais limités à une zone circonscrite (de sa chambre au poste infirmier, au balcon et au salon). Ceci survient donc après pas moins de vingt-cinq mesures de contrôle rapportées du 5 mars au 28 avril 2016, dont deux épisodes de mesure ultime d'encadrement d'une durée de trois jours consécutifs chacun.

La chef des soins infirmiers des unités convient que les usagers devraient être au centre des décisions prises à leur sujet. Toutefois, pour le moment, l'équipe soignante ne consulte pas les usagers, elle ne fait que les aviser. Si leurs problématiques sont plus complexes, ils seront consultés et appelés à contribuer davantage. Elle reconnaît par ailleurs que l'obtention de leur consentement serait idéale.

Le Protecteur du citoyen est d'avis que cette façon de faire ne respecte pas le plus récent plan d'action en santé mentale qui stipule que les usagers doivent toujours être informés des soins qui leur sont offerts et que leur consentement doit être obtenu, comme le spécifie d'ailleurs le code d'éthique de l'établissement. Autrement, une ordonnance du tribunal est nécessaire. Puisqu'il est essentiel que les mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée y figurent et que le consentement des usagers est requis, une recommandation sera formulée afin d'améliorer la qualité des soins et des services.

Par ailleurs, le Protecteur du citoyen s'interroge sur le fait de confiner l'usager à une zone limitée de l'unité psychiatrique. En effet, bien que cette façon de faire ne correspond pas tout à fait à la définition de l'isolement – l'usager pouvant sortir de sa chambre et pouvant être en contact avec les autres usagers – il n'en demeure pas moins que lorsqu'il sort de ce périmètre, il y est ramené par le personnel. Il ne peut donc pas circuler librement sur l'unité. Bien que le personnel nous ait fait part des motifs cliniques raisonnables pouvant sous-tendre cette décision (puisque le dossier de l'usager détaillait ces raisons de façon minimale) au moment de la visite à l'établissement, l'usager était encore contraint à respecter ce périmètre, après plus de quatre semaines. Lors de l'enquête, la chef d'unité des soins infirmiers a soutenu que si l'état clinique de l'usager le permet, le 17 juillet, il devrait pouvoir circuler librement sur l'unité sans périmètre à respecter. Or, dans le meilleur des cas, il aura passé près de 12 semaines sans pouvoir circuler tout à fait librement sur l'unité. Le Protecteur du citoyen considère que cette mesure ne respecte pas le principe de la durée la plus courte possible lorsqu'il est question de restreindre la liberté de mouvement d'un usager. Ainsi, il invite l'établissement à se remettre en question à propos de cette pratique au regard des droits des usagers.

De plus, nous constatons que la notion de substances chimiques n'est pas intégrée au règlement de l'établissement alors que le plus récent cadre de référence mis à jour au printemps dernier par le ministère de la Santé et des Services sociaux y fait désormais référence. D'ailleurs, le coordonnateur en santé mentale pour l'ensemble du CISSS souligne que le protocole est

différent à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, même si les deux établissements font maintenant partie du même centre intégré de santé et de services sociaux. Pour toutes ces raisons, des recommandations seront formulées.

3.3 L'absence d'accès des usagers à leurs effets personnels

3.3.1 Les faits rapportés dans le signalement

Selon l'information obtenue, les usagers n'avaient pas accès à leurs biens, puisque ceux-ci étaient dans un endroit verrouillé dont la clé se trouvait au poste infirmier. Par ailleurs, il était mentionné que des usagers aptes n'avaient pas accès à leurs effets personnels et devaient s'adresser aux employés pour y avoir accès.

3.3.2 Le cadre juridique applicable

Lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement, l'usager qui conserve avec lui ses biens personnels doit en assurer la surveillance. Cependant, la jurisprudence indique que l'établissement conserve une obligation générale de surveillance ainsi que le devoir de prendre les moyens nécessaires pour prévenir la disparition, le vol, la perte ou la dégradation des effets personnels des usagers. En outre, plus l'état de santé d'un usager l'empêche de veiller lui-même sur ses biens personnels, plus les moyens mis en place par l'établissement doivent être importants.

Le guide d'accueil des unités 4C et 4D précise que les usagers ont la responsabilité de protéger leurs vêtements, effets personnels et biens de valeur.

3.3.3 Les constats

Lors de la visite des unités 4C et 4D, nous avons constaté que les armoires et les tiroirs situés dans les chambres des usagers peuvent se verrouiller à clé. Les informations recueillies démontrent que lorsqu'un nouvel usager arrive sur les unités, il est d'abord en observation et sa clé demeure disponible au poste infirmier. Après une période de 48 à 72 heures d'observation, si l'usager est suffisamment autonome, il obtient sa clé et gère lui-même la surveillance de ses effets personnels. L'ASI affirme que la majorité des usagers des unités ont leur clé et que seulement une minorité d'entre eux doivent la laisser au poste infirmier.

La chef des soins infirmiers des unités mentionne que les risques de vol sont très présents, ce qu'a d'ailleurs confirmé l'un des usagers interrogés lors de l'enquête. Par ailleurs, l'ASI ajoute que certains usagers préfèrent même la confier au poste infirmier plutôt que de la garder sur eux, afin d'éviter les risques d'oubli, de perte ou de vol, principalement le soir.

À la lumière des informations recueillies, le Protecteur du citoyen considère que l'établissement prend des moyens raisonnables afin de s'acquitter de sa responsabilité d'assurer la protection des effets personnels des usagers hospitalisés sur les unités 4C et 4D. C'est pourquoi aucune recommandation ne sera formulée à cet égard.

4 Conclusion

Le Protecteur du citoyen a reçu un signalement concernant le non-respect des droits d'usagers hospitalisés sur les unités 4C et 4D, plus particulièrement en matière d'attitudes inadéquates des employés, d'application des mesures de contrôle et d'accès aux effets personnels des usagers.

Compte tenu des informations portées à son attention, le Protecteur du citoyen a pris la décision de conduire une intervention afin de s'assurer du respect des droits fondamentaux des usagers.

Plusieurs carences avaient été constatées par la chef des soins infirmiers des unités en poste depuis l'automne 2015. Cette dernière et le coordonnateur en santé mentale sont d'avis que des changements sont nécessaires pour améliorer la qualité des soins et des services. C'est également ce qui est ressorti de l'enquête et c'est pourquoi le Protecteur du citoyen estime que des recommandations sont requises afin d'assurer le respect des droits des usagers.

5 Recommandations

Compte tenu de ce qui précède, le Protecteur du citoyen recommande au Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière :

R-1 D'élaborer un code de vie pour les unités 4C et 4D du Centre hospitalier régional de Lanaudière et de le présenter tant au personnel qu'aux usagers de ces unités;

Transmettre le code de vie au Protecteur du citoyen et l'informer de la date de la présentation au personnel d'ici le 1^{er} novembre 2016.

R-2 De prendre les moyens jugés nécessaires afin de s'assurer que tous les usagers des unités 4C et 4D aient des plans d'intervention répondant aux normes en vigueur, que ceux-ci soient connus des usagers ou de leur représentant et respectés par le personnel et que ces plans soient réévalués en temps opportun;

Informers le Protecteur du citoyen des moyens qui seront mis en place pour y parvenir d'ici le 1^{er} novembre 2016.

R-3 De prendre les moyens jugés nécessaires afin de s'assurer que le personnel des unités 4C et 4D n'utilise pas de mesure punitive à l'égard des usagers et de supporter l'acquisition de nouvelles attitudes par l'approche fondée sur le rétablissement ainsi que par le développement de l'alliance thérapeutique;

Informers le Protecteur du citoyen des moyens qui seront mis en place pour y parvenir d'ici le 1^{er} novembre 2016.

R-4 De modifier le règlement sur l'application des mesures de contrôle afin de reprendre la terminologie utilisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux au regard de l'utilisation de telles mesures, notamment en ce qui concerne la notion de retrait sensoriel et des mesures ultimes d'encadrement, et y inclure les substances chimiques, comme prévu par le plus récent cadre de référence;

Informers le Protecteur du citoyen des moyens qui seront mis en place d'ici le 5 décembre 2016.

R-5 De diffuser auprès de l'ensemble du personnel concerné du Centre hospitalier régional de Lanaudière la nouvelle version du règlement sur l'application des mesures de contrôle;

Transmettre au Protecteur du citoyen le plan d'action qui sera élaboré en vue de la diffusion au personnel d'ici le 5 décembre 2016.

R-6 De prendre les moyens jugés nécessaires afin de s'assurer que les membres du personnel concernés déclarent à titre d'isolement, et ce, peu importe la terminologie, l'utilisation d'une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement, pour un temps déterminé;

Informers le Protecteur du citoyen des moyens qui seront mis en place pour y parvenir d'ici le 1^{er} novembre 2016.

R-7 De s'assurer que le personnel des unités 4C et 4D identifie les mesures de remplacement avec les usagers susceptibles de faire l'objet de mesures de contrôle rapidement après leur admission sur les unités ciblées, qu'il obtienne leur consentement libre et éclairé dans le cas de mesures planifiées et que l'information soit rapportée au plan d'intervention, le cas échéant;

Informez le Protecteur du citoyen des moyens qui seront mis en place pour y parvenir d'ici le 1^{er} novembre 2016.

Suivi attendu

Tel que le prévoit la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1), le Protecteur du citoyen doit être informé, au plus tard le 30^e jour de la réception du présent rapport, des suites que l'instance entend donner aux recommandations qu'il contient ou des motifs pour lesquels elle n'entend pas y donner suite.

www.protecteurducitoyen.qc.ca



LE PROTECTEUR DU CITOYEN

Assemblée nationale
Québec

Bureau de Québec
Bureau 1.25
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5Y4
Téléphone : **418 643-2688**

Bureau de Montréal
10^e étage, bureau 1000
1080, côte du Beaver Hall
Montréal (Québec) H2Z 1S8
Téléphone : **514 873-2032**

Téléphone sans frais : **1 800 463-5070**

Télécopieur : **1 866 902-7130**

Courriel : protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca