RAPPORT PRÉSENTÉ AU CURATEUR PUBLIC

Évaluation de la qualité de vie et de services pour les personnes représentées par le Curateur public et prises en charge par l'hôpital Rivière-des-prairies

Le 31 janvier 1999

RESPONSABLE DU DOSSIER

Michelle Lussier-Montplaisir, md.

avec la contribution de:

Madeleine Corbeil, inf.
Gilbert Leroux, psy.
Pierre St-Georges, md.
Jean-Marie Thibault, mba.

et le concours de

André Soulières, psy.

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE ET DE SERVICES POUR LES PERSONNES REPRÉSENTÉES PAR LE CURATEUR PUBLIC ET PRISES EN CHARGE PAR L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES

PLAN DE RÉDACTION

1. Le mandat

2. La démarche d'évaluation

3. Établissement des constats

   3.1 La clientèle
   3.2 Les politiques et les orientations de services
   3.3 La situation et la dispensation des services
   3.4 La pratique médicale
   3.5 La pratique pharmacologique
   3.6 Les mesures restrictives et aversives
   3.7 La planification et les services à la clientèle
   3.8 L'environnement physique et la qualité de vie
   3.9 La structure organisationnelle et les ressources

4. Recommandations au Curateur public

5. Plan de supervision de l'application des recommandations

AVERTISSEMENT

☞ **Pour des fins de compréhension et pour éviter toute confusion, les personnes que représente le Curateur public sont désignées sous le terme «patient» et ce, sans préjudice pour leur intégrité.**

☞ **La forme masculine est employée à la seule fin d'alléger la lecture du texte. Elle inclut le féminin quand la situation s'y prête. Le tout est fait sans préjudice pour l'un ou l'autre sexe.**

☞ **Les informations contenues dans ce rapport proviennent des données recueillies dans les dossiers consultés.**

1. LE MANDAT

Le Curateur public, en vertu des pouvoirs que lui confère la Loi, a pris la décision d'aller vérifier la qualité de vie et celle des services dispensés aux personnes adultes qu'il représente à l'hôpital Rivière-des-Prairies.

Cette démarche de vérification de la qualité de vie et des services a été confiée à un groupe de professionnels experts possédant une expérience aussi vaste que diversifiée dans différents domaines. Dans cette équipe de cinq membres, nous retrouvons :

- un médecin, responsable du dossier, ayant une longue expérience en gériatrie et dans l'administration de services de santé;
- un médecin possédant une expertise spécifique en évaluation et une solide expérience de l'inspection professionnelle;
- un psychologue, spécialiste des services aux personnes autistes ou présentant des troubles envahissants du développement, et connaissant le milieu;
- une infirmière ayant une grande expérience en soins infirmiers et en inspection professionnelle;
- un conseiller en développement organisationnel, responsable de la logistique et de la rédaction du rapport, possédant une expérience diversifiée dans la transformation des processus et des services pour les personnes à risque de dévalorisation sociale.

D'autres professionnels ont soutenu la réalisation de cette démarche sur des aspects spécifiques :

- un psychologue, consultant en qualité de services, pour faciliter l'exercice de synthèse des observations et l'émergence des recommandations;
- deux psychiatres utilisés comme consultants pour obtenir une opinion sur l'utilisation de la médication en regard des diagnostics posés.

Par la même occasion, afin de donner à cette démarche une perspective à plus long terme, le Curateur public a souhaité la préparation d'un protocole de vérification externe et d'un instrument d'évaluation pouvant être utilisé dans d'autres établissements où sont hébergées des personnes relevant de sa responsabilité. Ces documents ne figurent pas au présent document mais feront l'objet d'une présentation ultérieure.

2. LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION

Évaluer promptement la qualité de vie d'un grand nombre de personnes[1] et la qualité des services qu'elles reçoivent, constitue un exercice complexe dans la mesure où le champ investigué est complètement ouvert et le temps imparti pour s'exécuter, limité. Dans l'ordre des choses, il faut d'abord connaître l'organisme dispensateur de services avant d'être en mesure de dresser un état complet de la situation de sa clientèle.

[1] Le Curateur public représentait 412 personnes en date du 24 novembre 1998.

Pour ce faire, nous avons d'abord rencontré les autorités de l'établissement et sollicité un certain nombre de documents. Puis, nous avons considéré la population visée par l'étude pour déterminer notre échantillonnage requis, les grilles de cueillette de données nécessaires et la démarche à suivre.

Les autorités de l'hôpital nous ont remis l'information demandée et se sont rendues disponibles pour nous fournir des explications additionnelles. Diverses personnes en autorité ont d'ailleurs été rencontrées durant le processus afin de compléter des informations ou pour éclaircir certains points. Le 29 décembre dernier, nous avons terminé notre évaluation sur place par une rencontre avec le directeur général, le directeur des services professionnels et son adjointe, la directrice des soins infirmiers et le secrétaire du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Nous avons vérifié certaines informations et obtenu des clarifications.

Conformément à notre demande, les autorités nous ont transmis la liste des personnes représentées par le Curateur, selon leur localisation, dans ou à l'extérieur de l'hôpital. La première liste était incorrecte et incomplète parce qu'elle ne recensait pas toute la clientèle concernée et comprenait des personnes représentées à la fois sous le régime public et privé. Une seconde liste a permis d'établir le nombre de patients à 412 personnes, en date du 24 novembre 1998.

Afin de se faire une meilleure idée de la situation et compte tenu du nombre élevé de personnes, nous avons opté pour un échantillonnage correspondant à 25 pourcent de la population représentée, soit 103 «patients». Les principales règles ayant guidé la constitution de l'échantillon sont les suivantes :

- choix d'un plus grand nombre de personnes du sexe masculin pour respecter la composition de la population représentée;
- sélection prédominante de clientèle en internat versus externat, au-delà des pourcentages de représentativité, et ce, pour mieux saisir la réalité[2];
- constitution proportionnelle de l'échantillon selon un mode aléatoire (hasard) en regard de la population de chacune des unités internes (10), des groupes (38 en considérant les «patients» hébergés en pédopsychiatrie) et de la clientèle externe localisée en pavillon, en résidences d'accueil de type familial ou en ressource contractuelle (Terre des jeunes).

Sur la base d'un processus convenu et de grilles de cueillette de données conçues spécifiquement à cette fin par notre équipe, nous avons passé en revue les dossiers médicaux actifs des sujets de notre échantillonnage. Puis, pour compléter nos informations et les valider, nous avons réalisé une entrevue avec du personnel[3] connaissant ces «patients». Lors de cette entrevue, nous avons également rencontré le «patient», conversé avec lui lorsqu'il s'avérait possible de le faire, et visité son milieu habituel de vie ainsi que sa chambre. Profitant de notre passage chez lui, nous avons coté, sur une grille à cet effet, certaines informations portant sur son environnement.

[2] Les patients de l'internat représentent 83% de la population relevant du Curateur public mais notre échantillonnage en est constitué à 89%.

[3] Désigné par la direction des soins infirmiers.

À la fin de ce cheminement, pour compléter notre dossier, nous sommes retournés chercher des compléments d'information, notamment au plan des profils pharmacologiques et des orientations de services contenues à la fin d'un formulaire[4] rempli en 1997.

Parallèlement à ce processus par échantillonnage, nous avons procédé à certaines études longitudinales portant sur l'ensemble des 412 «patients». Ainsi, nous avons étudié l'ensemble des profils pharmacologiques sous divers aspects, procédé à l'évaluation de la fréquence d'apparition des diagnostics, analysé leur évolution entre l'admission et maintenant, et enfin, effectué diverses analyses sur l'âge, la durée d'hospitalisation et les mouvements de clientèle. Pour confirmer nos propres conclusions, nous avons demandé l'expertise spécifique de deux psychiatres oeuvrant dans un milieu analogue. Ils nous ont fourni des avis concernant notamment la posologie, les interactions médicamenteuses et l'utilisation des médicaments en regard des diagnostics posés.

3. ÉTABLISSEMENT DES CONSTATS

La démarche entreprise par les représentants du Curateur public, pour vérifier la qualité de vie et des services dispensés aux personnes placées sous sa responsabilité, a conduit à l'établissement d'un certain nombre de constats dans divers domaines. Ces derniers permettent de dresser un portrait réaliste de l'état des services, des pratiques et des conditions de vie à l'hôpital Rivière-des-Prairies, du moins pour la clientèle adulte dont le Curateur public a la responsabilité.

3.1 LA CLIENTÈLE

En date du 24 novembre 1998, le Curateur public représentait 412 personnes adultes jouissant d'un statut d'admis (356) ou d'inscrit (56) à l'hôpital Rivière-des-Prairies. Cette population est composée de 261 hommes et de 151 femmes. Selon l'échantillonnage aléatoire correspondant à 25 pourcent de la population, l'âge moyen s'établit à 39,05 années[5] pour une durée moyenne de séjour en institution de 28,55 années. Un tel résultat indique que les personnes ont été hospitalisées très jeunes, vers l'âge de 10,5 ans et qu'elles ont vieilli dans et avec l'institution.

Pour obtenir la durée de séjour, nous n'avons pu nous fier à la date d'admission inscrite au dossier médical, car cette dernière réfère invariablement à la (dernière) date de prise en charge. Or, à l'étude de banques de données portant sur les mouvements de clientèle, nous avons découvert que plus de la moitié des patients (52/103) ont commencé à recevoir des services bien avant[6]. Ils sont passés du statut d'inscrit à celui d'admis en déménageant d'une ressource de la communauté à

[4] Découlant de la Grille de New York, appelée désormais «Inventaire des niveaux de soins», administrée à toutes les personnes par le personnel de l'hôpital sous la supervision de la Régie régionale de Montréal-centre.

[5] L'âge moyen de l'ensemble de la population représentée s'établit à 40,38 ans, ce qui constitue un écart de 1.33 années avec l'échantillon.

[6] C'est notamment le cas pour tous ceux de l'échantillon qui vivent dans la communauté (12).

l'internat (dans certains cas à plusieurs reprises). Nous avons ainsi pu retracer la première date de «prise en charge» enregistrée par l'établissement.

Au plan psychiatrique, 86,89 pourcent de la clientèle (358/412) présente simultanément plusieurs affections. De fait, seulement 54 personnes n'ont qu'un seul diagnostic, soit celui de retard mental ou celui d'autisme. Il s'avère paradoxal de constater que, parmi ceux qui n'ont qu'un seul diagnostic, aucun ne présente de trouble à caractère psychique. Le **Tableau I** permet de visualiser les principales affections dont souffre l'ensemble de la population représentée en dressant un inventaire des diagnostics les plus fréquents.

Tableau I
FRÉQUENCE DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES

NOMBRE DE PERSONNES	DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE	POURCENTAGE DE LA POPULATION
376	RETARD MENTAL (F70. @ F79.)[7]	91,3
167	AUTISME (F84. Etc.)	40,5
257	AUTRE AFFECTION PSYCHIATRIQUE	62,4
203	TROUBLE DE LA CONDUITE	49,3

Même si nous sommes en présence d'un très grand nombre de personnes présentant plus d'un diagnostic, il demeure singulier, dans le contexte d'un hôpital psychiatrique, d'en rencontrer autant (376/412, soit 91,3% de la population) ayant un retard mental; on sait que le retard mental est un «état de vie permanent» et non une maladie au sens propre du terme . Généralement, les personnes qui présentent ce type de diagnostic sont suivies et accompagnées dans la communauté dans un tout autre modèle de services. Elles sont prises en charge par du personnel éducateur spécialisé et ce, même si elles présentent d'autres affections d'ordre psychique et/ou physique qui sont traitées alors, parallèlement, par des ressources pertinentes et compétentes qui deviennent des partenaires dans l'actualisation des services. Il importe de mentionner, de façon tout aussi explicite, que ce qui est valable pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, convient intégralement aux personnes autistes qui sont également nombreuses à l'hôpital Rivière-des-Prairies (167/412, soit 40,5% de la population).

Par ailleurs, il ressort de ce même tableau que 257 patients ont une affection psychiatrique. Par déduction, cela revient sommairement à dire que 155 personnes sont prises en charge par cet établissement psychiatrique alors qu'elles n'ont aucune affection d'ordre psychiatrique.

Au plan physique, certaines de ces personnes, comme c'est souvent le cas en milieu hospitalier psychiatrique, présentent diverses affections chroniques associées. Le **Tableau II** fait état des plus fréquentes.

[7] Le diagnostic de retard mental fait état de divers degrés de sévérité. Par ailleurs, les personnes présentant des «Troubles envahissants du développement» (TED) ont été associées à l'autisme. Dans le tableau présenté à la page suivante, nous avons traité distinctement «Retard mental» et «Trouble de la conduite», puisque ce dernier diagnostic est également associé, dans certains cas, avec l'autisme ou d'autres affections psychiatriques.

Tableau II
FRÉQUENCE DES AFFECTIONS PHYSIQUES

NOMBRE DE PERSONNES	DIAGNOSTIC PHYSIQUE	POURCENTAGE DE LA POPULATION
189	EPILEPSIE	45,9
33	CÉCITÉ DES DEUX YEUX	8
24	SYNDROME DE DOWN	5,8
26	PROBLÈMES DE L'OUIE	6,3
7	QUADRAPLÉGIE	3,2
6	PARAPLÉGIE	

Le nombre de diagnostics d'épilepsie recensés (189) apparaît élevé avec 45,9% de la population qui en est affectée. Cependant, il arrive souvent de retrouver un tel diagnostic associé à un retard mental. Il serait intéressant d'étudier la fréquence des crises de chacun des patients au cours des cinq dernières années pour déceler plus particulièrement l'évolution de la maladie.

Pour ce qui est du syndrome de Down, ce dernier est habituellement doublé d'un retard mental. Il ne justifie pas en soi une hospitalisation. Quant aux maladies sensorielles, elles ont pu avoir un impact sur l'évolution de l'état psychique du patient, mais elles ne devraient pas être considérées comme la cause principale de cette évolution. Il faudrait assurément mener des investigations approfondies chez ces «patients» de façon à s'assurer qu'ils reçoivent les services pertinents et appropriés.

3.2 LES POLITIQUES ET LES ORIENTATIONS DE SERVICES[8]

Maintenant que nous avons un meilleur aperçu des différentes clientèles «représentées», il convient de nous référer aux politiques et aux orientations provinciales ayant cours actuellement. Ainsi, il devient plus aisé de comprendre l'évolution de la situation à l'hôpital Rivière-des-Prairies et de percevoir les écarts entre les approches de services existantes et ce qu'elles devraient être.

Le Québec s'est doté, depuis la fin des années 1980, de deux grandes politiques ministérielles concernant les services aux personnes confrontées à des problèmes de santé mentale et aux personnes présentant une déficience intellectuelle. Ce sont justement les principales clientèles desservies par l'hôpital Rivière-des-Prairies. Les deux politiques reposent sur des principes indispensables à la compréhension de l'évolution globale des orientations de services dans notre société. Les principes auxquels il est fait référence affirment:

- la primauté de l'individu reconnu comme un citoyen à part entière et ayant droit à tous les services requis par son état;
- la présomption de compétence de la personne par une reconnaissance de ses qualités intrinsèques et de sa capacité de les actualiser;

[8] Les politiques et documents afférents sont officiels, publics, disponibles et accessibles.

- ☞ la nécessité de répondre efficacement à ses besoins par une qualité de services appropriée;
- ☞ l'utilisation des services spécialisés, dans une perspective de continuum de services, à des fins très spécifiques pour traiter en phase aiguë la personne, et ce, sur une courte période;
- ☞ la recherche de solutions dans le milieu de vie de la personne avec ses aidants naturels;
- ☞ l'intégration sociale comme seule voie acceptable pour favoriser l'épanouissement de la personne et sa qualité de vie;
- ☞ l'établissement de partenariats pour garantir à long terme la qualité des services et le maintien de la personne dans la communauté.

Les deux politiques préconisent, selon des modes de supervision et d'encadrement spécifiques, la dispensation[9] systématique des services dans la communauté, le recours aux services génériques et, si nécessaire, l'intervention minimale, des services de deuxième ligne (spécialisés) pour de très courtes périodes.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a produit, au cours des dernières années, un guide de planification et d'évaluation pour *«L'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches»* et un document d'*«Orientations pour la transformation des services de santé mentale»* pour consolider les assises de sa politique datant de 1989. Une vaste consultation a été menée sur la transformation des services de santé mentale, tant au plan provincial que dans la région métropolitaine. Ce document d'orientations des services de santé mentale est maintenant devenu, depuis le début de 1999, un plan d'action pour l'ensemble du Québec.

Pour démontrer toute l'importance accordée à l'évolution des services, la Régie régionale de Montréal-centre, dans son *Plan d'amélioration des services de Santé et des Services sociaux 1998-2002*, a endossé sans équivoque les orientations ministérielles en santé mentale et tout un train de mesures y étant reliées.[10] Des dispositions ont également été prévues pour favoriser une organisation efficace des services pour les personnes autistes.[11]

De plus, il s'avère intéressant de constater que le Conseil canadien de l'Agrément, lors d'une récente inspection, incitait les autorités de l'hôpital Rivière-des-Prairies à considérer les orientations tant provinciale que régionale dans l'élaboration de leurs programmes à l'intention de leur clientèle interne. En effet, s'il existe un secteur externe s'apparentant aux orientations de la politique en santé mentale, encore faut-il qu'il desserve toute la clientèle souhaitable, dont plusieurs «patients» (la grande majorité) actuellement hospitalisés. Il reste néanmoins un immense défi à relever pour convertir les services de type asilaire en services adéquats dans la communauté.

---

[9] Le terme «dispensation», à défaut de meilleure terminologie reconnue, va être utilisé couramment dans le texte parce qu'il rend bien la signification de nos affirmations.

[10] Régie régionale de Montréal-centre : Plan d'amélioration des services de Santé et des Services sociaux 1998-2002, pp 63-64.

[11] Idem pp 74-75.

3.3 LA SITUATION ET LA DISPENSATION DES SERVICES

L'hôpital Rivière-des-Prairies compte 496 lits d'internat à son permis d'opération. En date du 24 novembre 1998, la clientèle du Curateur public en occupait la plus grande part : 341 adultes hospitalisés dans 38 groupes différents (10 unités), 15 autres «patients» en pavillon[12] et 56 personnes inscrites dans une vingtaine de ressources[13] de la communauté, dont 18 à Terre des Jeunes située dans la région de Lanaudière.[14]

Dans l'internat, les «patients» sont sous la responsabilité quotidienne de la direction des soins infirmiers. Ils vivent en groupe, font des activités de routine (repas, soins d'hygiène, repos) et bénéficient de quelques loisirs. Certains, peu nombreux, ont une occupation de jour à l'extérieur de leur milieu de vie habituel. Des services professionnels (médicaux, infirmiers, spécialisés) sont également dispensés. Au-delà de ces considérations, il s'avère particulièrement inconfortable de constater que nous nous sommes retrouvés dans un univers si «carcéral» : presque toutes les portes des unités sont verrouillées (minimalement de l'intérieur) de même que de nombreuses portes de chambres, le réfrigérateur, les armoires ainsi que la cuisine. Pour illustrer davantage cette observation, notons que les postes de soins infirmiers et le bureau du chef de service sont également verrouillés, en plus d'être situés souvent à l'extérieur de l'unité de vie.

Dans la communauté, nous n'avons pas constaté un système de fonctionnement aussi rigide et ce, même si le pavillon et la ressource Terre des jeunes, des corporations indépendantes, ont épousé un modèle de services relativement semblable, ne serait-ce que pour la concentration du nombre de «patients» desservis et l'organisation des services qui en découle. Quant aux autres personnes, hébergées dans des ressources de type familial, le service apparaît davantage individualisé. Ces personnes qui vivent dans la communauté, ont une occupation de jour, un travail à l'extérieur de leur milieu habituel de vie (plusieurs fréquentent les ateliers de l'hôpital) et profitent d'activités sociales (exemple: danse) et de loisirs (exemple: quilles), organisées par le personnel de l'hôpital. Ces activités ont lieu en contexte ségrégué. Pour leurs services professionnels et leur suivi psychiatrique (trimestriel), elles fréquentent la clinique externe psychiatrique de façon systématique ou au besoin. Quant au pavillon, il reçoit la visite du médecin à chaque semaine. Globalement, c'est ce que nous avons pu constater lors de visites effectuées dans divers milieux.

En terme dynamique, une circulation opère dans les deux sens, entre les services internes et externes, avec possibilité de ré-hospitalisation, en cas d'urgence psychiatrique, dans une unité de soins intensifs. À l'étude des dossiers, nous avons constaté, dans certains cas, l'existence du syndrome de la porte tournante (admission, intégration, réadmission, stabilisation, intégration, etc...).

Dans ce système, se voir «désigné» pour aller dehors, dans la communauté, s'avère une chance pour l'individu institutionnalisé. Pour ce, il doit avoir reçu l'assentiment de

[12] Le pavillon, situé à quelques kilomètres de l'hôpital, a une capacité de 20 places. La clientèle qu'il reçoit bénéficie d'un statut d'admis.
[13] La plupart des ressources sont de type familial, résidences d'accueil, et reçoivent un ou plusieurs usagers.
[14] Ressource corporative indépendante recevant à contrat des usagers de différents établissements dont de l'hôpital Rivière-des-Prairies.

ses médecins traitants, après avoir obtenu l'aval de divers professionnels, dans le cadre d'une démarche spécifique. La hiérarchie du pouvoir est médicale et la direction des soins infirmiers garantit l'actualisation des services, ce qui est normal pour un milieu hospitalier.

Toutes les décisions sont ultimement prises par le médecin, qu'il s'agisse d'une autorisation de congé temporaire pour visiter ses parents ou pour aller à la colonie de vacances. Dans le cadre de la pratique médicale habituelle, recourir à la contention, à l'isolement ou à d'autres mesures restrictives, voire aversives, quelle qu'en soit la nature et le but[15], la décision est prise par le médecin traitant. Les autres professionnels n'interviennent ponctuellement que sur prescription médicale.

3.4 LA PRATIQUE MÉDICALE

Dans notre vérification de la qualité des services dispensés, nous nous sommes attardés à la pratique médicale afin de dégager un certain nombre de constats, tant au plan de l'organisation des services que de leur actualisation.

Les protocoles régissant la pratique médicale sont émis par le *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital* (CMDP). Ils sont rédigés correctement dans l'ensemble. À l'étude cependant, nous constatons que certains protocoles sont peu ou pas suivis. Par exemple, *«l'investigation et le traitement de l'épilepsie»* et celui *«régissant la prescription de contraceptifs oraux...»* font partie de cette catégorie.

À l'analyse des dossiers médicaux, qui constituent en quelque sorte le reflet de différents aspects de l'exercice professionnel, nous avons fait ces constatations :

- *un certain nombre de diagnostics manquent ou n'apparaissent pas au regard de traitements prescrits;*
- *un grand nombre de diagnostics utilisés sont imprécis (épilepsie non spécifiée), ce qui empêche d'évaluer la pertinence de la médication prescrite. De plus, on retrouve chez 69 patients (en date du 03.12.98) le diagnostic «MODIFICATION DE LA PERSONNALITÉ DUE À AFFECTION MÉDICALE...à préciser[16]», qui nécessite des spécifications précises pour le qualifier. On n'en retrouve aucune;*
- *les formulaires d'examens médicaux annuels sont systématiquement stéréotypés et contiennent peu de remarques pertinentes alors que sont notées des observations inutiles telles que : absence d'écoulement des mamelons chez tous les patients, hommes et femmes;*
- *aucun des 103 dossiers évalués ne contient de résultats d'instrument de mesure ou de grille d'observation concernant les réactions et les signes extrapyramidaux engendrés par la médication antipsychotique;*
- *les notes d'évolution médicale sont insuffisantes tant en médecine générale qu'en psychiatrie. On n'y retrouve ni la justification des ordonnances médicales, ni l'appréciation de l'état fonctionnel du patient, ni son évolution;*

[15] Protéger la personne, arrêter un agir ou la mettre face aux conséquences de ses gestes.
[16] Coté F07.0 au DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, 1996.

- ☞ *les demandes et les rapports de consultation sont insuffisants, manquent d'informations et sont inacceptables en neurologie;*
- ☞ *les examens de laboratoires ne sont pas justifiés dans les dossiers dans un grand nombre de cas, tant par leur nature que par leur fréquence; les examens de laboratoire de routine ne sont pas justifiés, de même que la fréquence élevée des dosages sériques de certains médicaments n'est pas justifiable.*

Enfin, il faut constater que l'insuffisance dans la tenue de plusieurs dossiers rend pour le moins très difficile, la connaissance du patient dans sa globalité ainsi que son évolution à travers les âges.

3.5 LA PRATIQUE PHARMACOLOGIQUE

À l'étude des dossiers de l'échantillonnage et des profils pharmacologiques, nous constatons que la médication est aussi utilisée pour éteindre ponctuellement des problèmes comportementaux. À cet égard, nous avons pu observer au dossier des ordonnances libellées ainsi : «PRN[17] si agitation». Si l'on exclut l'automatisme qu'il suggère et le sentiment d'urgence sous-jacent, on ne définit pas précisément l'agitation pour laquelle sont prescrits les médicaments PRN. De plus, à la consultation des dossiers des «patients», on ne trouve pas de notes sur les effets observés, suite à tout changement de dose ou de médicament, sur le comportement du «patient».

L'utilisation de certains médicaments a attiré notre attention particulièrement. Le **Tableau III** nous en fournit une illustration que nous commentons par la suite.

Tableau III
UTILISATION DE MÉDICAMENTS SPÉCIFIQUES

MÉDICAMENTS	PROFILS PHARMACOLOGIQUES (362)			
	UTILISATEURS	NOMBRE DE PRINCIPES ACTIFS D'UNE MÊME CLASSE		
		DEUX	TROIS	QUATRE
Benzodiazépines	**322**	**125**	**34**	**2**
Anticonvulsivants	**197**	**40**	**20**	**9**
Antipsychotiques	**232**	**48**	**--**	**--**
Antihistaminiques	**85**	**--**	**--**	**--**
Antiparkinsoniens	**168**	**--**	**--**	**--**

De façon plus spécifique, nous avons noté, à l'étude des dossiers et des profils pharmacologiques, les observations suivantes :

- ☞ *la polypharmacologie est de règle; la médication est multiple et administrée à des posologies élevées pour l'ensemble des «patients»;*
- ☞ *l'existence de **deux** ou plusieurs médicaments de la même classe thérapeutique pour un même patient se révèle fréquente;*

[17] PRN abréviation pour «pro re nota»

- ☞ *l'utilisation des benzodiazépines est inappropriée et abusive. La littérature scientifique est explicite à ce sujet; d'une part, on ne doit pas prescrire plus d'une benzodiazépine à la fois (sauf dans de rares exceptions) et d'autre part , la durée de l'ordonnance doit être restreinte à un maximum de trois mois, sauf pour des situations précises. Sur les 362 profils pharmacologiques étudiés, 322 «patients» consomment une benzodiazépine ou plus; parmi eux, 161 en prennent au moins* ***deux*** *sur une base régulière et prolongée;*
- ☞ *un total de 197 «patients» reçoivent des anticonvulsivants; on retrouve fréquemment* ***deux*** *ou plusieurs médicaments de ce type pour un même «patient». L'absence ou l'imprécision de diagnostic ne permet pas de justifier leur utilisation (régulateurs de l'humeur versus antiépileptiques);*
- ☞ *l'utilisation concomitante de* ***deux*** *antipsychotiques chez un même «patient» se retrouve chez 48 sujets. Or, cette pratique est rarement justifiée;*
- ☞ *l'utilisation régulière et PRN des antihistaminiques chez l'adulte est répandue; en effet, 85 «patients» sur 362 en consomment; cette pratique courante ne trouve pas de justification dans la littérature scientifique actuelle;*
- ☞ *l'utilisation régulière et PRN d'antiparkinsoniens se retrouve chez 168 patients sans qu'aucun des dossiers étudiés ne mentionne de dyskinésie tardive ou de signes extrapyramidaux;*
- ☞ *les anovulants sont prescrits sans justification au dossier et on n'y retrouve pas les examens complémentaires qui doivent être faits selon le protocole régissant la prescription de cette médication;*
- ☞ *les médicaments administrés en PRN sont prescrits de mois en mois, et de façon systématique pour ne pas dire quasi automatique;*
- ☞ *même si les prescriptions de médicaments sont renouvelées à chaque mois, il n'y a aucune indication, ni au PII[18], ni dans les notes d'observation médicale, ni ailleurs dans le dossier, qu'il y a eu une véritable révision de la médication en fonction de l'état du «patient»;*
- ☞ *les avis pharmaceutiques sont trop peu fréquents et leurs objets sont le plus souvent restreints à des modes d'administration et de dosage de certains médicaments. Il serait de première importance que les pharmaciens émettent des avis pharmacologiques sur la multiplicité des principes actifs chez un même patient, sur le chevauchement des médicaments appartenant aux mêmes classes thérapeutiques et sur les interactions médicamenteuses. Actuellement, les pharmaciens ont très, sinon trop peu d'impact dans le milieu hospitalier et ce, malgré l'immense volume de médicaments administrés.*

3.6 LES MESURES RESTRICTIVES ET AVERSIVES

Les mesures restrictives et aversives constituent une dimension de la réalité fort importante à l'hôpital Rivière-des-Prairies. Même s'il ne faut pas tirer hâtivement des conclusions, la situation et son évolution suscitent des questionnements. En effet, pratiquement 50 pourcent de la clientèle étudiée (51/103) présente un diagnostic de trouble de la conduite[19], donc des problèmes de comportement suffisamment importants pour être répertoriés. À notre avis, ce nombre important n'est probablement pas étranger à la difficile existence, pour ne pas dire à la difficulté de vivre en institution. Si la vie de groupe, la promiscuité, la limitation de la liberté de mouvement, l'absence d'intimité et l'abondance des règles et règlements s'avèrent la

[18] PII : Abréviation de «Plan d'interventions individualisé».
[19] À leur admission, il n'y avait que 17 patients qui présentaient un tel diagnostic.

norme de fonctionnement de l'internat, les manifestations réactionnelles et comportementales, ponctuelles ou prolongées, sont normales dans un tel environnement et deviennent une réponse directe de l'individu. Elles sont souvent le seul exutoire qui leur soit possible.

À l'hôpital Rivière-des-Prairies, il existe une politique d'utilisation de mesures de contraintes intitulée «PROTOCOLE DE PRESCRIPTION ET D'UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT» . Ce protocole, ratifié en 1997 par le conseil d'administration, ne prévoit pas de moyens alternatifs, ni de mesures préalables qui soient inscrites dans une démarche cohérente, permettant ainsi d'éviter le recours à des mesures de contraintes. De plus, le cadre de son opérationnalisation clinique ne prévoit pas la requête des autorisations habituellement nécessaires dans ces situations; il prévoit plutôt d'informer les parents ou les représentants légaux le cas échéant.

Durant notre démarche d'évaluation de la qualité de vie et des services, nous avons considéré important d'approfondir cette problématique particulière. Sur la base de notre échantillon, le **Tableau IV** fournit un aperçu de l'utilisation de mesures restrictives dans l'établissement.

Tableau IV
UTILISATION DES MESURES RESTRICTIVES

MESURES PRESCRITES ET UTILISÉES	ÉCHANTILLONNAGE (91)[20]	
	NOMBRE	%
CONTENTION	38	41,7
ISOLEMENT	60	65,9
RETRAIT[21]	55	60,4
CONTENTION+ISOLEMENT	29	31,9
MESURE DE PROTECTION	69	75,8
DORMIR ATTACHÉ LA NUIT	32	35,2

Une étude de l'échantillonnage permet de dégager les constats suivants :

- ***l'utilisation de mesures restrictives, voire aversives, est quasi généralisée;***
- *les mesures les plus largement utilisées, à quelque titre que ce soit, sont la contention (38), l'isolement (60), les deux à la fois (29) ou encore le retrait (55);*
- *les mesures sont utilisées à des fins préventives pour assurer la protection (69) des individus mais également, très souvent, comme conséquence d'un agir. Il s'avère difficile, dans plusieurs cas, de déterminer si les mesures sont utilisées à l'une ou l'autre fin;*
- *cependant, lorsque quelqu'un est placé sous contention pour la nuit, on présume que c'est par mesure préventive et protectrice... Ils sont ainsi 32 «patients» (35,2% de l'échantillonnage) à dormir attachés à leur lit, la nuit ou durant la sieste. Certains sont incapables de se tourner. Ils doivent passer la nuit sur le dos, ce qui entraîne assurément des conséquences sur leur confort et la qualité de leur sommeil;*

[20] Seulement la clientèle de l'échantillonnage vivant dans l'internat a été considérée.
[21] L'endroit utilisé, habituellement la chambre, n'est pas verrouillé.

- ☞ *les mesures utilisées comme conséquence d'un agir sont souvent, sinon habituellement, doublées de prescriptions médicamenteuses de type «PRN si agitation»;*
- ☞ *les portes verrouillées de l'intérieur et souvent reliées à des mécanismes électroniques ingénieux, limitent singulièrement la liberté de mouvement entre les différents groupes;*
- ☞ *les mesures visant à protéger la personne, principalement pour contrer les comportements d'automutilation et/ou atténuer les effets des crises d'épilepsie, comportent le recours à toute une panoplie d'équipements, de sangles et de harnais. Si les ridelles ou le rembourrage du pourtour du lit peuvent paraître aller de soi, les casques, les visières, les mitaines, les coudes, les genouillères, les ceintures, les chaises 'barrées' et toutes sortes de harnais s'avèrent pour le moins spectaculaires;*
- ☞ *le personnel applique conformément les protocoles de suivi et de notation au dossier, selon ce qui a pu être constaté à l'analyse des dossiers.*

En pratique, les critères d'application de la politique portant sur les mesures de contraintes ne sont pas suffisamment explicites. La délimitation entre «mesures préventives de protection» et «mesures aversives» demeure ambiguë, de telle sorte que les demandes de consentement adressées au Curateur public sont plutôt rares. Comme il a été mentionné plus tôt, il n'existe pas de mesures positives, préalables ou alternatives, à l'application de mesures restrictives et aversives, quelles qu'elles soient.

Cependant, à l'intérieur même de l'hôpital Rivière-des-Prairies, il existe une unité, la 406, qui a fait la démonstration qu'il était possible d'agir autrement. Depuis près de deux ans, il n'y a plus d'application systématique de mesures aversives telles la contention ou l'isolement de nuit, de jour et de soir. Tout recours à de telles mesures est décidé et appliqué ponctuellement dans des circonstances précises et ce, lorsque la situation est exceptionnelle. Par ailleurs, à l'intérieur de cette unité, les portes ne sont pas verrouillées pour empêcher la libre circulation et l'accès aux aires de services et aux diverses facilités. Et le personnel est particulièrement fier de sa réussite.

3.7 LA PLANIFICATION ET LES SERVICES À LA CLIENTÈLE

Les services à la clientèle reflètent la pratique courante et habituelle en milieu hospitalier : le corps médical oriente l'ensemble des services et la direction des soins infirmiers assume la planification de même qu'une large part de l'actualisation des soins et des services à la clientèle.

La consultation du dossier médical actif du patient ne permet généralement pas de se faire une idée globale de son état, de ses besoins et de son fonctionnement. D'ailleurs, pour les 103 dossiers étudiés, nous avons remarqué des différences significatives dans la tenue des dossiers et ce, d'une unité à l'autre. C'est ce que révèlent les notes d'observations des soins infirmiers. Globalement, nous dénotons un manque évident d'uniformité dans la gestion de l'information. Il nous semble que les politiques et les procédures prévues à cet effet ne sont pas respectées.

En terme de planification de services, il existe un double système qui nous apparaît, pour la forme, respecter les exigences de la Loi[22], mis à part l'implication de l'usager telle que le préconise la dite loi.[23] À l'externe, on fonctionne avec un PSI[24] qui s'inscrit dans un horizon de deux ans et qui est révisé annuellement ou au besoin. Les dossiers sont conservés aux archives centrales et il existe des éléments de dossiers actifs un peu partout, notamment à la clinique externe psychiatrique. À l'interne, il existe un PII qui est établi sur une base annuelle et révisé deux fois l'an. Il s'inscrit dans une démarche opérationnelle continue. Ces opérations se déroulent systématiquement et selon leur calendrier d'échéance, mais sans véritable révision en profondeur ni questionnement.

Cependant, à l'étude des dossiers de notre échantillonnage, nous avons réalisé certains constats au plan de la forme :

- *le formulaire synthèse servant à la rédaction des PII est sommaire, parcellaire et incomplet; il ne permet pas de suivre la révision des objectifs, de savoir s'ils sont atteints et de connaître les moyens mis à contribution;*
- *le délai est long (plus d'un mois dans plusieurs cas) entre le moment où un PII est révisé et celui où il apparaît, dactylographié, au dossier. Entre-temps, on se débrouille avec des photocopies qui ne sont pas toujours lisibles;*
- *les formulaires comportent une section sommaire d'informations fort pertinentes (portant entre autres sur les mesures aversives et les PRN). Cette section n'est habituellement pas remplie;*
- *la difficulté de savoir qui était présent à chacune des réunions PII est manifeste, même si une liste de participants apparaît sur le formulaire;*
- *l'absence de signature sanctionnant l'élaboration d'un PII a été relevée à quelques reprises;*
- *le formulaire PII nous apparaît comme un document officiel dont chacun des participants exporte les objectifs qui le concerne pour les traiter en vase clos et dans son propre service.*

Au plan de la démarche, le processus PII nous apparaît lacunaire à plus d'un égard :

- *le «patient» est absent du processus et n'est généralement pas impliqué au moment de la réunion, contrairement à ce que suggère la politique;*[25]
- *on ne retrouve pas, que ce soit sous forme d'invitation, de mention au procès-verbal ou de présence effective, l'implication de la famille ou du répondant légal, dans le processus et à la réunion;*[26]
- *nous n'avons pas observé, en nous référant à la documentation disponible, de véritable révision systématique des objectifs, ni d'évaluation périodique de l'état des besoins de la personne;*
- *l'énoncé des objectifs est souvent libellé par la négative et ce, dans la perspective de réduire ou de diminuer une façon de faire ou une manière d'être plutôt que de viser l'épanouissement ou de nouvelles acquisitions, une démarche nettement plus positive et constructive.*

[22] Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 , art. 102 et 103.
[23] Idem note 26, art. 104.
[24] PSI : Abréviation pour «Plan de services individualisé».
[25] Code DSP-65, révisé en mars 1997 : Plan d'intervention individualisé (PII) ou Plan de services individualisé (PSI), article 1.
[26] Code DG-25, révisé le 1998-09-30 : Implication des familles des patients admis à l'hôpital, article 1.

Dans le cadre même des PII, il nous semble que les objectifs sont formulés de telle façon qu'ils deviennent inutilisables au plan opérationnel. Dans l'ensemble, ils ne possèdent aucune des qualités essentielles à tout objectif, à savoir la clarté, la précision et la mesurabilité. En outre, les objectifs, dans 49 des 103 dossiers étudiés, sont répétés à 100% dans les deux derniers PII. Cette observation devient fort significative lorsque située dans l'ensemble.

Pour ce qui est des «plans de soins» infirmiers, la situation démontre un fonctionnement plus rigoureux, même s'il subsiste des différences d'une unité à l'autre. Il demeure néanmoins impossible de se faire un portrait global de l'individu à partir des renseignements disponibles. Bien souvent, il a fallu faire de nombreuses démarches pour obtenir certaines données (crises d'épilepsie, PRN, contention, etc..).

Quant au suivi clinique autre que médico-infirmier, les éducateurs spécialisés s'occupent des activités et les professionnels n'interviennent que sur demande de consultation spécifique. Selon ce que nous avons pu constater, ces derniers ne sont pas intégrés aux équipes ni dans les processus ayant cours, autrement que sur demande médicale explicite. Ils ne font que de l'intervention ponctuelle, dans le cadre d'un mandat précis. Les professionnels le plus souvent rencontrés sont : la diététiste, l'ergothérapeute (pour les équipements de protection), le psychologue (pour les manifestations du comportement), le physiothérapeute (pour les problèmes de positionnement) et le travailleur social (quand il est question d'une orientation possible à l'externe).

Une conclusion s'impose : plusieurs personnes travaillent mais nous n'avons observé aucun fonctionnement clinique intégré. La direction des soins infirmiers prend charge des patients dans un modèle qui ne permet pas aux éducateurs spécialisés de se retrouver dans un cadre clinique adéquat et permettant d'actualiser leurs compétences pour le plus grand bien de la clientèle. Les professionnels fonctionnent en vase clos et il s'avère impossible de déceler une véritable concertation autour du «patient».

3.8 L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET LA QUALITÉ DE VIE

Pour les personnes qui vivent dans la communauté, plus spécifiquement dans des ressources de type familial, l'environnement physique et la qualité de vie semblent bons : le jour, ils ont une occupation à l'extérieur; ils participent à des activités dans la communauté, activités ségréguées toutefois, et leurs relations avec les personnes responsables de leur hébergement semblent chaleureuses et convenables. Selon ce que nous avons pu observer, ces personnes se rapportent aux services externes de l'hôpital pour leur suivi psychiatrique; ce suivi est systématique, à tous les trois mois et au besoin, s'il le faut.

La situation est semblable pour les personnes hébergées en pavillon, même s'ils partagent davantage d'activités communes et qu'il y a plusieurs relents de l'institution : la présence de personnel de l'hôpital, la visite médicale hebdomadaire, la prise des repas à la cafétéria et l'interdit d'accès à la cuisine. Ce sont les aspects que nous avons été à même de constater. Il importe de souligner que les personnes

hébergées en pavillon jouissent du même statut d'admis que celles qui vivent dans l'internat. La différence toutefois est qu'elles bénéficient des mêmes opportunités que les personnes qui vivent dans la communauté : une chambre individuelle ou occupée par deux personnes, la jouissance de leurs biens personnels, des activités et des occupations quotidiennes.

Quant à la ressource *Terre des jeunes,* située à la campagne, elle peut recevoir une cinquantaine de clients. Cette dernière est indépendante de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Elle accueille même de la clientèle provenant de d'autres établissements. Sa clientèle jouit d'un statut d'inscrit par rapport à l'établissement d'origine. Hébergement et occupations quotidiennes se déroulent sur le campus : l'organisation de la vie est prévue en fonction du groupe. C'est le seul endroit où il a été possible de constater l'existence de programmes structurés de réadaptation. Les personnes rencontrées semblent heureuses de s'y trouver.

Les «patients» vivant dans l'hôpital évoluent dans un environnement physique verrouillé (réfrigérateur et armoires cadenassés, chambre, milieu de vie) où tout mouvement ou déplacement est continuellement contrôlé. Les personnes, maintenant adultes, dont le Curateur public a la responsabilité, vivent dans un cadre institutionnel où tout est restriction, contrôle et contrainte. Elles doivent obtenir des autorisations pour tout. Certaines personnes, et c'est l'exception, sont considérées suffisamment autonomes et fonctionnelles pour circuler seules dans l'hôpital. Les autres doivent se faire accompagner, même sur les terrains de l'établissement.

Chaque unité de vie, dont certaines ont été rénovées, peut accueillir une douzaine de personnes, sauf exception. Celles-ci ont sensiblement la même configuration : une cuisine d'appoint, une salle à manger attenante, une salle de séjour où l'on trouve habituellement le téléviseur et une multitude de chaises ou de fauteuils, des installations sanitaires et des chambres simples, doubles ou multiples. Selon notre échantillonnage, 62 personnes bénéficient de chambres simples ou doubles, alors que 41 autres sont placées dans des chambres multiples.

En général, la décoration fait grandement défaut, à moins que le personnel et quelques parents en prennent l'initiative. La situation semble pire dans les unités qui n'ont pas encore été rénovées. Rien n'est personnalisé, hormis les noms de certains «patients» figurant en haut du cadre de porte extérieur de leur chambre. C'est dans cet environnement que vivent, 24 heures par jour, la plupart des personnes relevant du Curateur public.

En ce qui a trait à la qualité de vie, certaines observations se doivent d'être relevées :

- ☞ *l'utilisation de vêtements en commun est systématique, principalement les sous-vêtements et les bas (à l'exception des soutiens-gorge);*
- ☞ *les routines quotidiennes sont prévues pour le groupe, non personnalisées, rigides et bâties en fonction de la quantité de personnel présent (sieste);*
- ☞ *des hommes et des femmes (16,5% de l'échantillonnage) partagent une chambre sans nécessairement avoir donné leur accord;*

- ☞ *une très grande promiscuité dans un même lieu, doublée d'un degré d'intimité plutôt faible, peut multiplier et amplifier les problèmes reliés aux troubles de la conduite et favoriser l'insomnie;*
- ☞ *il n'existe que fort peu d'occasion d'avoir accès à des activités à l'extérieur[27] de l'unité de vie et ce, même sur une base hebdomadaire, si vous ne fréquentez pas l'atelier (la minorité) ou ne jouissez pas d'un 'sauf-conduit' (l'exception) pour circuler dans l'établissement. L'organisation même des quelques activités existantes se fait sur une base individuelle ou s'adresse à un petit groupe. Les organisateurs (éducateur physique et éducateur spécialisé) ont une clientèle volumineuse à desservir et sont trop peu nombreux (1 éducateur spécialisé/unité d'environ 45 clients);*
- ☞ *l'activité extérieure par excellence, même si elle n'est pas possible à tous les jours pour diverses raisons, est la marche thérapeutique sur les terrains de l'hôpital et ce, à condition de n'avoir aucune contre-indication médicale à cet effet et de ne manifester aucune problématique comportementale. Si tel est le cas, vous êtes irrémédiablement confinés à votre unité de vie;*
- ☞ *la possibilité qu'a le «patient» de faire des choix, s'avère des plus limitée, étant donné toutes les contraintes de la vie quotidienne qui lui sont imposées;*
- ☞ *l'isolement social, la solitude et l'absence de support externe constituent le lot de la plupart des personnes. En effet, seulement 24% des parents sont réellement présents auprès de leur enfant et 49% des «patients» ne bénéficient d'aucun contact, ce qui influence indéniablement la qualité de vie des personnes;*
- ☞ *la rareté des possessions personnelles, l'absence de décoration dans la chambre, la façon dont on considère le «patient» et sa place dans l'unité de vie, tout cela semble lié à la fréquence des rapports entre la personne et sa famille.*

Dans l'ensemble, la qualité de vie n'est pas d'un niveau souhaitable. Le système institutionnel de fonctionnement en vigueur ne permet tout simplement pas une qualité de vie acceptable. Dans ces conditions, le sort réservé aux personnes vivant dehors, dans la communauté, s'avère préférable.

3.9 LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET LES RESSOURCES

Au début de l'année 1998, le conseil d'administration de l'hôpital a ratifié un nouveau modèle de fonctionnement articulé autour de quatre axes majeurs de services. Deux concernent la pédopsychiatrie et deux autres s'adressent aux adultes, à savoir :

- le Programme de pédopsychiatrie ambulatoire (externe);
- le Programme interne de pédopsychiatrie;
- le Programme psychiatrique surspécialisé pour les adultes présentant des troubles envahissants du développement;
- le Programme psychiatrique surspécialisé pour les adultes présentant un double diagnostic.

À ce que nous avons pu constater, ces programmes ne sont pas encore opérationnels. En outre, en ce qui concerne la clientèle adulte, les échéanciers n'ont pas été

[27] Il existe une colonie de vacances opérant à l'année où la plupart des personnes représentées vont ou ont déjà séjourné .

respectés. Nous en avons fait part aux dirigeants lors de la rencontre du 29 décembre dernier. Ces derniers ont reconnu ce fait et nous avons reçu, au début du mois de janvier 1999, une lettre très peu explicite comportant de nouvelles dates d'actualisation.

De plus, après vérification avec la Régie régionale, il s'avère étonnant de constater au permis d'opération[28] de l'établissement, qu'il n'existe que 180 lits de traitements actifs pour les adultes et 194 autres lits prévus pour de l'hébergement ne nécessitant aucun autre service spécialisé. Ces données ne semblent pas coïncider avec les programmes que les autorités de l'hôpital se préparent à opérationnaliser.

En étudiant les dossiers, en circulant dans l'hôpital et en échangeant avec des membres du personnel, nous avons pu établir certains constats ayant un impact certain sur la qualité de vie et la qualité des services:

- ☞ *le personnel de support des unités de vie est constitué d'éducateurs mais nombreux sont ceux qui n'ont aucune formation diplômée. De fait, la majorité des éducateurs se prévaut de l'ouverture de la convention collective qui prévoit différents titres d'éducateurs, spécialisés et non qualifiés, bénéficiant d'échelles de salaires qui leur sont propres. Encore faut-il que la direction de l'établissement ait bien voulu recourir à ces différents titres d'emploi. Elle n'y était pas obligée;*
- ☞ *la direction des soins infirmiers remplace progressivement le personnel éducateur par du personnel infirmier, comme nous l'a indiqué sa directrice;*
- ☞ *la direction des soins infirmiers a assumé le contrecoup des compressions budgétaires; ce qui s'est soldé par des coupures majeures de personnel dans les unités de vie (dans plusieurs unités de vie, on a coupé jusqu'à la moitié des effectifs sur des quarts spécifiques de travail) et par un accroissement du fardeau de travail provenant de d'autres services (auparavant, la buanderie triait et pliait le linge; maintenant elle l'envoie, en vrac, sur l'unité);*
- ☞ *le roulement de personnel semble élevé et nous avons eu affaire à de nombreux employés remplaçants (postes vacants, absence pour congé de maladie de courte ou de longue durée, absence due à un accident de travail, congé à traitement différé);*
- ☞ *le peu de personnel intervenant directement auprès de la clientèle (on a compté pour un groupe donné, sur une base de 24 heures, un seul employé présent durant 15 heures) a pour effet de réduire pratiquement à néant toute possibilité d'activation de la clientèle et même de* ***contraindre certains clients à demeurer dans leur chambre ou sous contention lorsque le personnel est réduit à un employé pour toute l'unité de vie****;*
- ☞ *l'absence de continuité dans la dispensation des services est notable pour certains groupes; elle est attribuable à des divergences entre le personnel de différents quarts de travail ou à une mauvaise circulation de l'information;*
- ☞ *on note l'existence de services professionnels nombreux et très diversifiés. Cependant très peu de professionnels sont mis à contribution auprès de la clientèle adulte qui représente tout de même 412 personnes (341/496 lits au permis, 15 en pavillon et 56 inscrits en externe) relevant du Curateur public.*

[28] Permis émis par le Ministre sur recommandation de la Régie régionale après concertation de l'établissement et valide pour 2 ans. Pour l'hôpital, ce dernier maintient 496 lits destinés à une clientèle admise qui sont répartis ainsi : 82 en pédopsychiatrie, 40 pour les soins physiques, 180 de traitement actif et 194 d'hébergement. À ce nombre de 496, s'ajoutent 20 places en pavillon. Les services dispensés dans la communauté à la clientèle «inscrite» ne figurent pas dans ce décompte.

4. RECOMMANDATIONS AU CURATEUR PUBLIC

La situation nous paraît des plus délicate pour les personnes adultes institutionnalisées à l'hôpital Rivière-des-Prairies. **Nous constatons que cet établissement hospitalier s'adonne à des pratiques, tolère des situations et maintient des modes de fonctionnement susceptibles de compromettre la santé et le bien-être des personnes qu'il accueille.**

En regard de ce qui précède, nous exhortons le Curateur public à faire les représentations appropriées auprès des diverses instances gouvernementales et de l'établissement pour garantir l'intégrité des personnes qu'il représente et assurer leur épanouissement. Plus spécifiquement, **conformément aux politiques et aux orientations tant ministérielles que régionales**, nous formulons les recommandations à l'effet :

a) que le Curateur public cesse l'orientation des personnes qu'il représente vers l'hôpital Rivière-des-Prairies;

b) que le Curateur public fasse des représentations auprès de la Ministre de la santé et des services sociaux et du directeur général de la Régie régionale de Montréal-centre pour que :

1. **l'hôpital développe les ressources et les services pertinents pour assurer l'épanouissement des personnes «représentées» ou, à défaut de pouvoir s'exécuter, qu'il oriente ces personnes vers les ressources et les services appropriés de d'autres établissements;**

2. **les personnes adultes représentées aient accès à une part juste et équitable des ressources et services professionnels disponibles dans l'établissement et que les interventions des professionnels soient intégrées dans une démarche cohérente, en réponse à leurs besoins;**

3. **l'hôpital rende accessible à tous les intervenants, de façon systématique, une formation et une supervision cliniques centrées sur les valeurs à promouvoir et sur les attitudes positives à adopter dans les relations à développer et les démarches d'accompagnement des personnes et ce, dans l'esprit des politiques ministérielles existantes;**

4. **l'hôpital amende les politiques et procédures de contention et d'isolement pour introduire des mesures alternatives et positives;**

c) que le Curateur public prenne les mesures pour s'assurer que les médecins de l'hôpital Rivière-des-Prairies révisent l'application des contentions et de l'isolement et prévoient un protocole de retrait de ces mesures pour chacune des personnes qu'il représente;

d) que le Curateur public prenne les mesures pour s'assurer que les médecins de l'hôpital Rivière-des-Prairies respectent les normes scientifiquement admises quant à l'utilisation des benzodiazépines et des anticonvulsivants pour les personnes qu'il représente;

e) que le Curateur public prenne les mesures pour s'assurer que les personnes qu'il représente aient leur dossier médical tenu conformément aux normes généralement admises;

f) que le Curateur public sollicite une inspection professionnelle de la part du Collège des médecins du Québec à l'hôpital Rivière-des-Prairies;

g) que le Curateur public sollicite une évaluation de l'exercice professionnel d'un médecin consultant en particulier, à l'hôpital Rivière-des-Prairies;

h) que le Curateur public sollicite une inspection professionnelle de la part de l'Ordre des pharmaciens du Québec à l'hôpital Rivière-des-Prairies.

Par ailleurs, nous recommandons expressément au Curateur public :

- d'informer prioritairement la Ministre de la Santé et des Services sociaux et les autorités de la Régie régionale de la situation générale qui prévaut à l'hôpital Rivière-des-Prairies.

- d'aller vérifier sur place l'évolution de la situation au regard des recommandations formulées et de s'assurer auprès des instances provinciales et régionales, ainsi que des organismes et corporations impliqués, du suivi du dossier de ce centre hospitalier afin de garantir une qualité de vie et de services aux personnes qu'il représente.

À la lumière de nos constatations, nous suggérons au Curateur public une démarche en cinq étapes dont quatre seront consacrées à la vérification de l'application des recommandations. Ces dernières seront ponctuées de visites de contrôle pour s'assurer de leur respect intégral et également de suivis réguliers d'un représentant du Curateur public, accompagné d'un expert ad hoc, pour vérifier l'application de certaines mesures spécifiques.

5. PLAN DE SUPERVISION DE L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

L'ensemble des recommandations précitées réfèrent à divers aspects majeurs du fonctionnement de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Leur actualisation requiert, dans la plupart des cas, des transformations en profondeur, ne serait-ce que pour intégrer les politiques gouvernementales en matière de santé mentale et de services aux personnes autistes et à celles présentant une déficience intellectuelle.

Dans les circonstances, nous croyons opportun de soumettre au Curateur public un calendrier de suivi pour s'assurer, avec l'établissement concerné, et en concertation avec les différents paliers gouvernementaux et divers organismes, de l'application des différentes mesures préconisées.

Février 1999

INFORMATION DU CURATEUR PUBLIC

- ☞ **AUX AUTORITÉS DE L'HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES**
- ☞ **AUX PARENTS**
- ☞ **AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**
- ☞ **AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE**
- ☞ **À LA POPULATION**

f) DEMANDE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE AU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

h) DEMANDE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE À L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

g) DEMANDE D'ÉVALUATION DE LA PRATIQUE D'UN MÉDECIN AU COLLÈGE DES MÉDECINS

Mars 1999

d1. NORMALISATION DE L'UTILISATION DES BENZODIAZÉPINES :

- ☞ **Production d'un protocole de sevrage personnalisé avec échéancier pour chacun des patients concernés**

d2. NORMALISATION DE L'UTILISATION DES ANTICONVULSIVANTS :

- ☞ **Révision et précision des diagnostics d'épilepsie posés**
- ☞ **Normalisation de l'utilisation des anticonvulsivants**

Avril 1999

c) AMENDEMENT DES POLITIQUES ET PROCÉDURES DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT :

- ☞ **Production d'un échéancier de révision et de retrait des mesures de contention et d'isolement, établi en équipe multidisciplinaire, pour chacune des personnes représentées**

Juin 1999

b1) DÉVELOPPEMENT DE RESSOURCES ET SERVICES :

- ☞ **Production d'un échéancier d'évaluation des besoins bio-psycho-sociaux de chacune des personnes représentées**
- ☞ **Présentation de l'outil et de la méthodologie choisis**
- ☞ **Production d'un plan détaillé d'orientation des services conforme aux politiques ministérielles pour chacune des personnes représentées**

Octobre 1999

SUIVI GÉNÉRAL D'APPLICATION