

# ÉCHEC À PROTÉGER



**RAPPORT SPÉCIAL DU BUREAU DE L'OMBUD DU N.-B.  
CONCERNANT LE CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE**

**FÉVRIER 2019**



## UN RAPPORT DU BUREAU DE L'OMBUD DU N.-B.

### Ombud

Charles Murray

### Directrice des affaires juridiques

Anne Furey

### Ancienne directrice des enquêtes

Jessica Guérette\*

### Enquêteuse senior

Alicia Walker

### Enquêteuses principales

Christine LeBlanc

Mélanie LeBlanc\*

Denise McGraw

### L'équipe de l'ombud

Karen Clark

Melinda Clarke

Amy Cronkhite

Sylvie Cummings

Julie Dickison

Renna Eliakis

Marie-Josée Levesque

*\*Jessica Guérette a accepté un autre poste, mais elle a joué un rôle important au cours de cette enquête systémique et de la rédaction du rapport.*

*\*Mélanie LeBlanc a également accepté un autre poste, mais elle a joué un rôle important afin de lancer cette enquête systémique*



**Publié par :**

Ombud Nouveau-Brunswick  
Province du Nouveau-Brunswick  
Case postale 6000  
Fredericton (Nouveau-Brunswick)  
E3B 5H1  
Canada

**Février 2019**

**ISBN 978-1-4605-1998-1 (Édition imprimée bilingue)**

**ISBN 978-1-4605-1999-8 (Version en ligne anglaise)**

**ISBN 978-1-4605-2000-0 (Version en ligne française)**

**Imprimé au Nouveau-Brunswick**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE EXÉCUTIF</b>	5
<b>CONTEXTE: Quel est le rôle du CHR?</b>	6
<b>NOTRE ENQUÊTE</b>	8
<b>NOS CONCLUSIONS</b>	12
<b>NOS RECOMMANDATIONS</b>	16
<b>ANNEXE A: EXEMPLES D'ÉCHEC À PROTÉGER</b>	18
<b>PATIENT A</b>	19
<b>PATIENT B</b>	22
<b>PATIENT C</b>	26
<b>PATIENT D</b>	28
<b>PATIENT E</b>	31



En mai 2017, le Bureau de l'ombud a reçu une dénonciation écrite anonyme alléguant des manquements significatifs à la protection des patients du Centre hospitalier Restigouche (« CHR ») contre les mauvais traitements et les soins inadéquats infligés par son personnel.

Notre enquête dans cette affaire nous a permis de conclure que ces allégations sont fondées.

Nous croyons que, dans de multiples cas, des patients du CHR ont subi des mauvais traitements significatifs.

Nous reconnaissons que les questions en cause sont complexes et que nous ne disposons pas de l'expertise clinique adéquate pour formuler des recommandations détaillées. En revanche, c'est avec confiance que nous présentons les conclusions suivantes :

- Des risques pèsent continuellement sur la sécurité des patients et du personnel au CHR. Il y a un besoin urgent de prendre des mesures correctives;
- De graves incidents de mauvais traitements des patients ont eu lieu au CHR;
- Le CHR ne prodigue pas périodiquement des soins adéquats aux patients;
- Le manque chronique de personnel a érodé la culture et le modèle de service au CHR; et,
- De sincères tentatives visant à faire évoluer la culture et à améliorer la prestation de services n'ont pas connu de succès.

Nous recommandons d'envisager une révision considérable de la mission du CHR. Avec le personnel actuel, cet établissement se voit tout simplement dans l'impossibilité d'offrir tout l'éventail des services en santé mentale visés par son mandat.

Nous recommandons également des réformes et une vigilance accrue afin de s'assurer le signalement approprié des incidents au CHR.

Enfin, les problèmes récurrents et persistants de recrutement et de rétention au CHR devraient entraîner la réévaluation de l'établissement de santé mentale pour les jeunes proposé actuellement au même emplacement.

*La CHR ne satisfait pas systématiquement aux normes de soins acceptables pour un établissement offrant des services spécialisés en santé mentale.*

# CONTEXTE: QUEL EST LE RÔLE DU CHR?



Figure 1: Crédit de la photo: Réseau de santé Vitalité

- 1 Le CHR à Campbellton est le principal fournisseur de services spécialisés en santé mentale aux patients hospitalisés dans la province. Ouvert en juin 2015 au coût de 156.6 millions de dollars, le CHR a remplacé l'établissement psychiatrique, l'Hôpital provincial, où les patients recevaient des soins depuis 1954. Géré par le Réseau de santé Vitalité (« Vitalité »), l'objectif envisagé de l'établissement est de servir de centre d'excellence dans l'évaluation, le traitement et la réintégration des patients dans la collectivité. Relié au principal hôpital régional de Campbellton par une passerelle, le CHR a une capacité totale de 140 lits répartis entre sept unités. En tout, 60 lits sont réservés à la psychiatrie légale (évaluations et traitements ordonnés par un tribunal) et les lits restants sont placés ailleurs dans tout l'établissement. Bien que des ajustements y ont été apportés pour refléter les défis liés à la dotation de personnel et à la population de patients, la division envisagée des unités par spécialisation comprendrait:

UNITÉ	SPÉCIALISATION
F1	Psychiatrie légale (évaluation)
B1	Troubles neurocognitifs avec trouble grave du comportement
B2	Transition vers la collectivité
C1	Troubles du spectre de l'autisme
C2	Troubles concomitants
D1	Transition vers le système correctionnel
D2	Troubles psychotiques

- 2 Le nombre d'unités et la diversité de leurs populations de patients mettent en lumière les défis auxquels le CHR est confronté. Les patients peuvent avoir plusieurs diagnostics allant de maladies psychiatriques à des problèmes de comportement. Quels que soient les problèmes sous-jacents, la population de patients requiert une vaste gamme de soins et de ressources. Le CHR est l'établissement désigné pour répondre à ces besoins.
- 3 La mission du CHR consiste à prodiguer des soins de psychiatrie tertiaire hautement spécialisés au moyen d'un traitement interdisciplinaire dans un « milieu désinstitutionnalisé. » Dans la mesure du possible, le but poursuivi est la réintégration des patients dans nos collectivités.
- 4 La structure principale du CHR s'étend sur 34 500 mètres carrés (soit 370 000 pieds carrés). Une visite du bâtiment ne peut qu'impressionner tous les visiteurs par son design moderne et ses fonctionnalités de programmation. L'établissement comprend un modèle de rue principale comprenant des boutiques, une banque, un salon de coiffure, un cabinet dentaire et une chapelle. Cette rue s'ajoute à un gymnase, une salle d'exercice et de jeu bien équipée, une salle de musique où il ne manque aucun instrument ni équipement, une serre moderne, des locaux de thérapie animalière et un local d'hébergement des animaux de compagnie, une menuiserie, etc. Les lieux d'habitation sont également bien conçus et entretenus tout en comprenant des salles de jeu, des cuisines, des zones calmes et des téléviseurs grand écran.
- 5 Nos visites sur place et rapports témoignent tous de l'excellence de l'établissement physique qui est maintenu à un niveau très élevé. Ces locaux incarnent une évolution bienvenue après le caractère plus sombre des établissements de santé mentale du passé où les soins en santé mentale ne se résumaient parfois qu'à de l'entreposage.

- 6 Dans le cadre de son mandat, la compétence du Bureau de l'ombud s'applique aux ministères du gouvernement provincial, aux municipalités, aux établissements correctionnels et aux régies régionales de la santé. Nous recevons régulièrement des appels téléphoniques et des lettres de la part des patients du CHR ou de leur famille. Les enquêtes qui en résultent sont souvent délicates. Il arrive que les patients se plaignent de la conduite du personnel, mais hésitent à fournir des détails par peur de représailles.
- 7 La capacité des plaignants du CHR crée parfois des difficultés supplémentaires dans le processus d'enquête. Les patients peuvent avoir des difficultés à communiquer ou à fournir des détails sur ce qui s'est passé.
- 8 Les patients du CHR sont uniquement vulnérables. La stigmatisation de la maladie mentale est continue d'être persistante. Les plaintes fondées ne sont pas toujours présentées de la manière la plus crédible. Dans ce contexte, les dossiers des patients et les rapports sur les incidents sont d'autant plus importants pour la corroboration. La documentation rapide et détaillée des événements revêt une importance cruciale pour assurer une surveillance adéquate.
- 9 En mai 2017, le Bureau de l'ombud a reçu une dénonciation écrite anonyme, alléguant que les patients du CHR étaient victimes de violences physiques, de négligence, d'abus verbales, d'un recours excessif aux dispositifs de contentions et de force de la part du personnel de première ligne. Cette lettre a soulevé des préoccupations au sujet de la conduite du personnel, plus particulièrement au sujet de ses réactions lors des incidents de « code blanc ».

*On déclenche un « code blanc » quand un patient adopte un comportement agressif qui doit être atténué et / ou quand un patient tente de s'infliger des blessures ou d'en infliger à d'autres personnes.*

- 10 Les codes d'urgence dans les hôpitaux sont un système normalisé qui sert à alerter le personnel et à le diriger dans des situations d'urgence. La couleur du code indique la nature de l'incident et dicte la réaction attendue de la part du personnel. On déclenche un « code blanc » quand un patient adopte un comportement agressif qui doit être atténué et / ou quand un patient tente de s'infliger des blessures ou d'en infliger à d'autres personnes. Quand un « code blanc » est déclenché, les aides en légiste du CHR sont tenus d'assister et de contrôler le patient en état de crise en employant le niveau de force minimal que l'on estime étant approprié.
- 11 La lettre de mai 2017 alléguait que certains membres du personnel emploient fréquemment une force et ont recours aux dispositifs de contentions de manière excessive sur les adultes au CHR. Bien qu'aucune allégation précise n'y fût formulée pour la population de jeunes au CHR, ce sont les mêmes membres du personnel qui réagissent également aux codes dans la partie de l'hôpital réservée aux jeunes. (Les jeunes sont actuellement hébergés au CHR pendant la construction adjacente d'un « Centre provincial d'excellence pour les jeunes ».) Bien qu'ils représentent moins de 10 % de la population totale des patients de l'établissement, ils sont impliqués dans plus de 40 % des incidents de « code blanc » au CHR.)



*Les auteurs laissent entendre que les employés qui tentaient de « faire une différence » se décourageaient et finissaient par démissionner du CHR. De plus, la lettre faisait état de graves préoccupations à l'égard du manque de soins prodigués aux patients.*

- 12 La lettre décrivait un milieu de travail toxique et une culture d'intimidation enracinée profondément dans de nombreux secteurs du CHR. Les auteurs laissent entendre que les employés qui tentaient de « faire une différence » se décourageaient et finissaient par démissionner du CHR. De plus, la lettre faisait état de graves préoccupations à l'égard du manque de soins prodigués aux patients.
- 13 Les membres du personnel du CHR ont un rôle important à jouer en modélisant les comportements pour les patients. On s'attend que les professionnels du domaine de la santé mentale fournissent un haut niveau d'engagement et de service. Cela définit la norme de comportement attendue de leurs patients. La lettre de mai 2017 décrivait une situation dans laquelle la culture et les pratiques étaient tombées dessous les niveaux acceptables.
- 14 Les allégations anonymes adressées à notre bureau soulèvent parfois des doutes sérieux en termes de crédibilité. Cependant, cette correspondance contenait suffisamment de détails qui, selon nous, pouvaient être évalués de manière indépendante. De plus, elle faisait référence au rapport d'expert du Dr Simon Racine qui contenait 30 recommandations pour Vitalité et qui demandait que ce rapport soit rendu public.
- 15 L'existence d'un rapport d'expert nous a donné un point de départ concret pour entamer notre enquête. Le 2 août 2017, notre bureau a émis un avis d'enquête de sa propre initiative, conformément au paragraphe (12) 1 de la Loi sur l'ombud qui précise ce qui suit :

*12(1) Sous réserve du paragraphe (2), l'ombud peut, sur requête écrite à lui adressée ou de sa propre initiative, enquêter sur une décision, une recommandation, un acte, une omission ou une procédure de nature administrative émanant d'une autorité ou d'un de ses fonctionnaires, s'ils causent ou peuvent, à son avis, causer un préjudice à une personne.*
- 16 Un « avis d'enquête » a été envoyé au ministère de la Santé et à Vitalité. À ce moment, nous avons demandé en même temps une copie du rapport du Dr Simon Racine, tout plan d'action en place et toute autre information pertinente relativement à la mise en œuvre des recommandations du rapport. Nous avons également demandé la raison pour laquelle ce rapport n'avait pas été rendu public.
- 17 Le rapport Racine, intitulé [Rapport sur l'organisation et le fonctionnement du Centre hospitalier Restigouche](#), est maintenant accessible sur le site Web de Vitalité, à la rubrique **Publications > autres publications**. Veuillez noter que ce rapport n'est disponible qu'en français\*.
- 18 Notre bureau reconnaît que les fonctionnaires du ministère de la Santé, de Vitalité et du CHR ont été réceptifs, ont agi avec professionnalisme et ont collaboré du début à la fin du processus d'enquête. Le 16 août 2017, la directrice générale des services de traitement des dépendances et

\*Réseau de santé Vitalité, « Organisation et fonctionnement du Centre Hospitalier Restigouche », [https://www.vitalitenb.ca/sites/default/files/documents/autre\\_pub/vitalite\\_rapport\\_org-fonct\\_CHR.pdf](https://www.vitalitenb.ca/sites/default/files/documents/autre_pub/vitalite_rapport_org-fonct_CHR.pdf)

de la santé mentale du ministère de la Santé a pris contact avec nous. Peu de temps après cette conversation téléphonique, la directrice générale nous a fait parvenir une version électronique du plan de travail du Comité mixte permanent sur les services de psychiatrie légale dont certains points mettaient précisément en œuvre les recommandations du Dr Simon Racine.

- 19 Nous étions encouragés d'apprendre que Vitalité a agi de manière proactive en embauchant des experts-conseils pour cerner les problèmes et proposer des solutions. Ces personnes avaient conçu des initiatives visant à mettre en œuvre des meilleures pratiques et à améliorer les soins prodigués aux patients ainsi que la culture au CHR. Nous avons été satisfaits de constater que les personnes responsables avaient mesuré l'importance de cette affaire. Notre bureau envisageait de conclure son enquête quand nous avons reçu notre première allégation détaillée d'abus après le déclenchement d'un « code blanc .» Cela a confirmé nos préoccupations à l'égard des réactions du personnel de première ligne face aux patients en état de crise et a renforcé la crédibilité de la lettre anonyme. Nos constatations effectuées à la suite de cette plainte sont exposées en détail à l'annexe A dans l'exposé du Patient C.

*Notre bureau a reçu sa première allégation détaillée de violence après le déclenchement d'un « code blanc .» Cet incident a confirmé nos préoccupations à l'égard des réactions du personnel de première ligne face aux patients en état de crise et a renforcé la crédibilité de la lettre anonyme.*

- 20 Par l'intermédiaire du Comité mixte permanent sur les services de psychiatrie légale, le ministère de la Santé et Vitalité collaborent avec d'autres partenaires pour améliorer les processus et les pratiques dans l'ensemble de la province, y compris le CHR. Le ministère de la Santé nous a également informés qu'il présidait un comité provincial sur la psychiatrie légale en appliquant un plan d'action clair qu'il a fourni à notre bureau en août 2017.
- 21 Nous avons continué d'examiner attentivement les plaintes émanant du CHR afin que toute allégation potentielle de mauvais traitements formulée par les patients soit adressée immédiatement. Notre bureau a laissé à Vitalité et au CHR le temps de voir si les mesures qu'ils proposaient pour régler ces problèmes produiraient les changements nécessaires.
- 22 Les progrès nous paraissaient lents et les plaintes que nous recevions des patients du CHR et d'autres conversations dans lesquelles les patients relataient d'autres événements dont ils avaient été témoins ont aggravé notre préoccupation. L'intérêt que nous portions au CHR était maintenant connu et nous commençons à recevoir des renseignements plus détaillés sur les incidents au CHR plus fréquemment. Nous ne pouvions pas toujours obtenir le nom des personnes concernées ni faire en sorte que les patients qui auraient subi de mauvais traitements se manifestent malgré tous nos efforts pour les convaincre de faire confiance à nos services confidentiels. Certains d'entre eux ont déclaré qu'il ne valait pas la peine de signaler ces problèmes à notre bureau. Ils croyaient que les employés et l'administration se couvriraient tout simplement les uns les autres.

*Certains d'entre eux ont déclaré qu'il ne valait pas la peine de signaler ces problèmes à notre bureau. Ils croyaient que les employés et l'administration se couvriraient tout simplement les uns les autres.*

23 Ces sujets de préoccupation nous ont conduits à élargir la portée de notre enquête et à demander plus d'information le 7 mai 2018. Nous avons demandé la liste des plaintes traitées par l'administration du CHR. Nous avons demandé des copies des cas cliniques et médicaux ayant fait l'objet d'une enquête interne ou externe depuis notre avis d'enquête du 2 août 2017. De plus, nous avons demandé les rapports et les statistiques sur les blessures subies par les patients à la suite d'incidents dans lesquels des membres du personnel étaient impliqués; les photos de toutes les blessures des patients et des employés impliqués dans ces incidents, le cas échéant; les séquences vidéo de tous les cas où l'on soupçonnait qu'une force excessive aurait été utilisée sur les patients de la part des employés. Nous avons demandé si des patients avaient été hospitalisés à la suite d'incidents ou de négligences dans leur traitement par des employés de tous les niveaux (première ligne, clinique ou médicale); nous avons demandé des informations sur tous les incidents dans lesquels le coroner, le curateur public ou la Commission de recours de la santé mentale ont dû être impliqués, ainsi que toute autre information pertinente qui nous permettrait de mieux comprendre la situation au CHR.

24 Le 27 juin 2018, nous avons reçu une documentation très volumineuse du CHR et de Vitalité. Notre bureau reconnaît les efforts déployés pour rassembler cette information et reconnaît la transparence démontrée dans la réponse à nos demandes, non seulement à cette date, mais aussi pendant les discussions et les réunions ultérieures avec l'administration au sujet de cette enquête et de certains cas particuliers.

25 Le personnel du Bureau de l'ombud a analysé cette documentation et a préparé des résumés de cas, dont certains sont joints à l'annexe A de ce rapport. Nous n'avons pas inclus chaque incident et nous n'avons pas mené des entrevues approfondies pour chaque cas. Nous nous sommes appuyés sur des rapports d'incident détaillés, sur des courriels, sur des déclarations écrites, sur des notes médicales, sur des séquences vidéo, sur des photos et sur d'autres documents pertinents, comme les rapports préparés par le Dr Simon Racine et le Dr Patrick Lapierre. Nous avons décidé que cela suffisait pour saisir la réalité subie par certains de ces patients.

26 Le rapport Racine faisait référence à un audit externe mené par le Dr Patrick Lapierre, que notre bureau a obtenu et examiné. Le Dr Lapierre a été invité à effectuer un audit clinique axé sur les pratiques des membres du département de psychiatrie. Le Dr Lapierre a audité la majorité des dossiers médicaux concernant le Tribunal (conformément à la *\*Loi sur la santé mentale*) et la psychiatrie légale depuis avril 2015. De plus, une inspection aléatoire des dossiers 2015-2016 relatifs à la psychiatrie tertiaire a été réalisée afin d'évaluer les pratiques impliquant une hospitalisation à court et à long terme au CHR. Le Dr Lapierre a communiqué ses conclusions au président-directeur général de Vitalité le 13 mars 2017.

27 L'audit du Dr Lapierre a permis de tirer un certain nombre de constatations, notamment:

- Suivi insuffisant (généralement) auprès des patients et suivi insuffisant à la suite d'incidents impliquant des blessures chez les patients et le personnel. et,
- Peu ou pas de notation médicale dans les dossiers des patients (antécédents du patient, signes et symptômes observés lors des évaluations, etc.) pour appuyer un diagnostic et créer un dossier approprié pour tout le personnel médical. De plus, lorsqu'une note médicale était rédigée, elle était insuffisante, ce qui rendait la tâche impossible de déterminer si un diagnostic reposait sur des preuves.

*\*Loi sur la santé mentale, LRN-B 1973, c M-10*

## NOS CONCLUSIONS

- 28 Pris dans leur ensemble, nous avons conclu que les patients du CHR étaient bel et bien victimes d'actes de négligence, de violence et de traitements inacceptables.
- 29 Ce traitement inacceptable résulte directement des problèmes graves au sein du CHR. Ces problèmes sont profondément enracinés et ont un impact négatif sur les soins des patients, la sécurité du personnel et la capacité du CHR à surveiller et gérer les incidents.
- 30 Il existe des lacunes évidentes dans les procédures de signalement des incidents qui doivent être corrigées en redonnant de la formation et en assurant une vigilance accrue. Nous croyons néanmoins que ces défauts sont en grande partie le symptôme d'une incapacité plus systémique de l'établissement et que toute solution visant à modifier profondément les résultats doit aller bien au-delà des rapports d'incident. Certains de ces problèmes plus importants ont été abordés dans l'analyse d'expert du Dr Lapierre.
- 31 La multiplicité de ces incidents et leurs détails inquiétants démontrent que le CHR est en situation de crise.
- 32 Les défis sont inévitables étant donné la nature de prodiguer des soins de santé mentale avancés. De graves maladies mentales peuvent se manifester d'une manière qui rend leur diagnostic et leur traitement difficiles. Pour les maladies physiques, il existe souvent des protocoles bien établis pour les diagnostiquer, les traiter et les médicamenter. En revanche, l'évolution de la maladie mentale semble être particulière à chaque patient. C'est pour cette raison que des soins appropriés doivent comprendre des plans d'intervention individualisés, comportant des évaluations et des plans de soins détaillés, ainsi que la surveillance et les interventions constantes d'une équipe déterminée à répondre aux besoins du patient dans toute leur complexité.
- 33 Ces défis se multiplient quand un établissement cherche à prodiguer des soins dans plusieurs unités pour répondre à des besoins diversifiés chez les patients. Dans une situation idéale, chacune de ces populations serait prise en charge par une équipe ayant une approche adaptée aux besoins de son groupe et certaines synergies pourraient naître de l'accès à un autre groupe d'employés formés, travaillant à proximité et possédant une expertise apparentée, voire identique.
- 34 L'évaluation particulière des services en santé mentale offerts dans des cas individuels est une question qui exige évidemment une formation spécialisée et qui, par conséquent, ne relève pas de l'expertise du Bureau de l'ombud. Bien que le présent rapport repose en grande partie sur notre évaluation de cas individuels, il faut comprendre que nous n'exprimons pas nos opinions personnelles au sujet de la qualité des soins ou des décisions prises pour des soins individuels. Dans chacun des cas où nous avons formulé ou exprimé une opinion, nous répétons ce que l'on nous a dit ou ce qui a été écrit par des personnes travaillant dans le domaine de la santé mentale et que la province a embauché pour gérer, soigner ou conseiller. Nous avons posé des questions et on nous a donné des réponses. Dans les cas où nous pensions que cela importait, nous avons sollicité de multiples opinions sur une même question ou nous avons recherché la confirmation que ce que nous comprenions, bien que peut-être pas cliniquement précis, était correct.

*Le choix des incidents et du nombre de détails à inclure n'a pas été une décision simple. Nous fournissons ces détails parce que nous croyons qu'ils illustrent fidèlement la gravité de l'échec du CHR de prodiguer des soins adéquats.*

- 35 L'annexe A contient des exemples spécifiques d'incidents particuliers dont nous estimons que le traitement des patients n'était pas conforme aux normes acceptables. Ces exemples sont troublants, et le sont encore plus lorsqu'on reconnaît l'extrême vulnérabilité de ces patients. Le choix des incidents et du nombre de détails à inclure n'a pas été une décision simple. Nous fournissons ces détails parce que nous croyons qu'ils illustrent fidèlement la gravité de l'échec du CHR de prodiguer des soins adéquats. De plus, dans chacun de ces incidents, de véritables personnes sont impliquées dont l'une d'elles, en particulier, en a été la victime. Ces personnes sont vulnérables à un degré que peu d'entre nous peuvent imaginer. Nous cherchons à reconnaître leur expérience afin de cerner le problème et de le résoudre. Nous voulons respecter leur dignité dans toute la mesure du possible, tout en expliquant en détail comment le CHR a échoué de le faire.
- 36 Nous avons cherché à protéger la vie privée des patients, du début à la fin de cette enquête. Nous avons observé depuis le premier jour la détermination de Vitalité et du CHR de respecter la confidentialité des patients également. Toute évaluation d'un établissement consiste naturellement à évaluer les soins dans des cas individuels. Nous avons essayé de notre mieux de rendre ces évaluations anonymes, tout en respectant notre devoir de présenter pour l'Assemblée législative et pour les citoyens de la province du Nouveau-Brunswick un portrait fidèle de la situation au CHR. Nous reconnaissons que le nombre limité de patients présente le risque inévitable de ré-identification, ce qui peut victimiser encore plus des patients exempts de tout reproche. Nous implorons les membres de l'Assemblée et du grand public de prendre conscience de ce risque et d'élaborer leurs déclarations publiques, surtout dans les médias sociaux et dans les autres médias de masse, avec prudence et sensibilité.
- 37 En ayant une population de patients diversifiée dans un vaste établissement, aucun défi ne résulte d'une cause unique ni ne peut être résolu par une solution simple. Toute généralisation déformera la réalité complexe d'un établissement où des centaines de personnes interagissent. Cependant, l'état actuel du CHR projette une image troublante. Dans ses termes les plus larges possible, **le CHR souffre d'un sous-effectif chronique et nous croyons qu'il a échoué à prodiguer des soins adéquats**. Cela se manifeste de multiples façons que nous détaillerons comme suit :
- A Le CHR a été incapable de créer une masse critique d'expertise clinique psychiatrique. Certains cliniciens embauchés par le CHR semblent prodiguer très peu de soins, selon les dossiers de l'établissement. D'autres croulent sous une charge de travail totalement déraisonnable en tentant de contrebalancer cette pénurie.
  - B À cause de la pénurie de cliniciens, l'évaluation des patients subit d'importants retards. Dans de nombreux cas, la qualité des évaluations est au minimum de ce que les professionnels de ce domaine jugeraient raisonnable. Des experts externes embauchés par la province ont conclu que le travail est « négligent » dans plusieurs cas.
  - C Contrairement au mandat officiel de l'établissement, la vaste majorité des patients n'ont pas de plan de soins individualisés et reçoivent très peu de soins axés sur le patient. Le CHR fonctionne principalement sous la forme d'une résidence où certaines activités sont offertes hors programme et par unité, mais il incombe aux patients eux-mêmes de tirer avantage de

ces activités, ce qu'ils font donc au coup par coup et pour leurs propres raisons. Personne ne les guide ni ne les motive à participer à des activités dans le cadre d'un plan de soins détaillé ou individualisé.

- D Le manque d'évaluations régularisées et de plans de soins détaillés pour les patients se traduit par des soins inférieurs aux normes. Ces lacunes ont compromis la santé des patients et nous croyons que, dans au moins un cas, elles pourraient être responsables du décès prématuré d'un patient.
- E À cause des pénuries de personnel et du manque de plans de soins individualisés, plusieurs installations spécialisées sont sous-utilisées, ou, dans certains cas, jamais utilisées.
- F L'incapacité de recruter et de retenir suffisamment de personnel soignant au-dessous du niveau des cliniciens a limité la capacité du personnel d'interagir avec les patients individuellement au niveau souhaité.
- G Les pénuries de personnel ont limité la capacité de l'institution d'excuser les tâches quotidiennes du personnel afin de compléter la formation. Dans plusieurs cas, les capacités du personnel se sont atrophiées faute d'avoir pu maintenir leur niveau de formation à l'embauche.
- H Les pénuries de personnel ont empêché les gestionnaires de prendre des mesures disciplinaires ou de remédiation à l'égard des employés. Dans certains cas, la réalité des problèmes d'effectifs a dissuadé les gestionnaires de mener une enquête sur des comportements d'employés soupçonnés de s'écarter des meilleures pratiques.
- I L'absence de plans de soins appropriés et la pénurie de personnel ont créé une situation dans laquelle les patients ont davantage tendance à adopter des comportements problématiques exigeant des interventions physiques du personnel (« code blanc »). On estime que la fréquence des incidents de « code blanc » est deux fois plus importante au CHR que dans les autres établissements de santé mentale.
- J La pénurie de personnel chronique a créé des risques physiques tangibles pour les employés du CHR. L'aide lors des incidents de « code blanc » doit venir de d'autres unités éloignées, ce qui entraîne des délais. Le personnel se déclare de plus en plus inquiet pour sa sécurité au travail et a adopté plusieurs comportements adaptatifs qui reflètent cette peur.
- K Les taux d'absentéisme et d'invalidité de longue durée sont nettement supérieurs à ce qu'on pourrait s'attendre dans un établissement de santé mentale ayant un fonctionnement satisfaisant.
- L La combinaison du manque de plans pour les patients et des pénuries de personnel a entravé le fonctionnement du CHR. Il est incapable d'accomplir le mandat d'un établissement de santé mentale moderne, à savoir traiter et réintégrer le patient dans la collectivité. Le CHR a été contraint de revenir en arrière, à une prestation de services du type « maison ou entrepôt » à de nombreux égards.



- M Les tentatives effectuées par la direction pour faire évoluer l'établissement et revitaliser la culture sont jugées irréalistes par certains employés et d'autres y résistent. Une culture du silence et de la peur a pris racine.
  - N Les interfaces avec la collectivité et avec les autres ministères sont inefficaces. Conséquence directe de ce dysfonctionnement, des patients qui auraient pu recevoir leur congé demeurent encore dans cet établissement.
  - O La persistance de ces problèmes pendant une période prolongée explique cette culture de résignation qui ébranle les efforts de ceux qui souhaitent améliorer la situation.
  - P L'établissement du CHR échoue non seulement dans son ambition d'être un centre d'excellence, mais il ne respecte même pas non plus les normes de soins minimales d'un établissement de santé mentale.
- 38 À l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement, un groupe de professionnels dévoués continuent d'essayer de prodiguer à leurs patients les soins appropriés. Dans plusieurs cas, des employés du CHR sacrifient leur vie personnelle et leur bien-être émotionnel. Ils évaluent honnêtement que des progrès minimes ont été accomplis au cours des deux dernières années. Le personnel confie avoir peur de souffrir d'épuisement professionnel et de ce qui se produira si certains membres clés de l'équipe tombent malades ou trouvent un emploi ailleurs.
- 39 Nous croyons que les problèmes au CHR sont trop graves pour prendre le risque de prolonger le délai. Selon notre évaluation, les décideurs chez Vitalité ont été confiés une tâche impossible. Ils savent que certains remettront en question leurs compétences quand la réalité de la situation sera bien connue. Ils sont conscients du rôle économique du CHR dans la région en tant que source d'emplois stables et bien rémunérés. Ils reconnaissent les efforts extraordinaires déployés par des employés dans tout le CHR pour faire fonctionner cet établissement jour après jour, en faisant face à des défis considérables. Ils ne nient pas l'existence de ces problèmes. Ils ont été chargés de faire fonctionner le modèle en vigueur au CHR et ils se donnent un mal extrême pour y parvenir.

- 40 Selon nous, cette situation exige une profonde révision de la mission du CHR. Nous pensons que l'établissement fonctionne actuellement en prodiguant aux patients une qualité de service inacceptable et en exposant les employés à des risques inacceptables. Nous croyons sur parole ceux qui déploient des efforts pour améliorer cette situation, mais nous faisons également remarquer que, selon leur franche évaluation, ils ont été incapables d'accomplir des progrès significatifs depuis longtemps. Même si la province le souhaitait et en était capable, plus d'argent ne pourra pas résoudre la situation au CHR.
- 41 Toutes nos recommandations doivent tenir compte de la complexité de ce contexte et des ressources limitées et du délai serré de notre bureau. Cela étant dit, voici nos recommandations :
- A Une évaluation franche des capacités actuelles du CHR, en tenant compte de ses effectifs actuels, doit être réalisée dans le but d'alléger considérablement sa mission en la limitant à une ou deux des populations de patients de santé mentale visées actuellement par son mandat. Cette évaluation ne devrait pas s'appuyer sur l'hypothèse du recrutement d'employés supplémentaires, mais devrait plutôt reconnaître qu'une culture professionnelle axée sur les soins des patients dans ces spécialités limitées ne convient peut-être pas, au bout du compte, à certains employés actuels. L'établissement doit réduire son mandat pour le rendre réaliste s'il veut avoir une chance de rebâtir sa culture et sa capacité.
  - B Les employés du CHR doivent être en nombre suffisant et adéquatement formé pour assurer la sécurité de tous à tout moment. Cela comprend la capacité de déclencher un « code blanc » coordonné, rapide et efficace pendant tous les quarts de travail.
  - C Le personnel existant du CHR doit recevoir de la nouvelle formation et il faut rigoureusement insister sur la préparation de rapports d'incident complets, rapides et indépendants à la suite d'événements de « code blanc . »
  - D La fermeture de plusieurs des unités actuelles du CHR doit être considérée, ce qui perturbera de manière importante les patients et le système de santé dans toute la province. Cela exigera une coopération extraordinaire entre les ministères pour éviter des résultats indésirables pour les patients.
  - E Étant donné le caractère impressionnant de l'édifice du CHR, d'autres utilisations de ces lieux devraient être sollicitées pour d'autres populations ayant besoin d'un logement. Des personnes à la formation différente de celle des employés d'un établissement de santé mentale pourraient y travailler.



- F La population envoyée au CHR pour ses services de psychiatrie légale (évaluation de l'aptitude à subir un procès et de la responsabilité criminelle) présente des défis uniques. Afin d'offrir des services à cette population en toute sécurité, une installation doit être équipée de dispositifs de sécurité perfectionnés, comme ceux qu'on ne retrouve habituellement que dans les établissements correctionnels. Afin de fournir des évaluations rigoureuses en temps opportun, un groupe de cliniciens compétents et disponibles doit accepter de travailler sur place. La question de savoir si le CHR peut continuer à exercer cette fonction pour tous les tribunaux de la province doit être évaluée franchement, en s'appuyant sur l'évaluation réaliste des capacités actuelles, et non sur le faux espoir de l'arrivée massive de nouveaux cliniciens.
- G Indépendamment de son mandat, la performance quotidienne du CHR doit être évaluée régulièrement par des experts de l'extérieur de la juridiction.
- H Compte tenu des défis avérés et persistants en matière de dotation du personnel au CHR, la construction d'un établissement de santé mentale mitoyen pour les jeunes semble particulièrement mal avisée. Si un établissement de ce type devait ouvrir ses portes, il souffrirait inévitablement des mêmes problèmes, tout en aggravant ceux du CHR en appauvrissant encore plus le bassin de candidats possibles.
- 42 Nous espérons qu'en attirant l'attention de l'Assemblée sur cette question, des mesures décisives seront prises pour la résoudre. Nous reconnaissons que cela exigera une importante coordination entre les ministères et que d'autres sont bien mieux placés pour fournir au gouvernement des conseils qui dépassent largement la portée de nos recommandations.
- 43 Compte tenu des problèmes en question, nous avons prévenu le Ministère que nous souhaitons être informés d'ici 90 jours de la suite qu'il s'attend de donner à notre rapport. Quand nous aurons évalué cette réponse et que nous aurons donné au public l'occasion de nous informer de ses autres sujets de préoccupation éventuels relativement au CHR, nous évaluerons si nous devons procéder à une enquête visant à obtenir plus de détails sur certains points. Le dossier de nos sujets de préoccupation à l'égard du CHR demeurera ouvert.

# ANNEXE A: EXEMPLES D'ÉCHEC À PROTÉGER

*Attention: ces histoires contiennent des détails graphiques qui pourraient déranger certains lecteurs.*

## PLAINTES DE NÉGLIGENCE MÉDICALE :

**PATIENT A\***

**PATIENT B**

## PLAINTES SUR L'UTILISATION D'UNE FORCE EXCESSIVE :

**PATIENT C**

**PATIENT D**

**PATIENT E**

*\*Les cas illustrés dans ce rapport nous ont été communiqués en réponse à notre enquête et ces personnes n'ont pas toutes porté plainte à notre bureau. Afin de respecter la vie privée de ces personnes, nous avons anonymisé tous leurs noms dans l'ordre suivant: «Patient A-B-C-D-E.»*

## PATIENT A

Le Patient A séjournait à l'unité C1. Au printemps de 2018, le Patient A a été retrouvé inconscient dans son lit. Il a été déclaré que le Patient A est mort dans la nuit de manière inattendue. L'état dans lequel le Patient A a été retrouvé indique que le patient s'était éteint un certain temps avant que le personnel ne le constate.

Le CHR a ouvert une enquête interne afin de déterminer les causes exactes de la mort du Patient A. Les résultats de l'enquête ont révélé des circonstances bouleversantes dont le Patient A a subi avant son décès.

D'après les témoignages, le Patient A n'était pas d'une nature à se plaindre, mais dans les jours qui ont précédé sa mort, celui-ci a mentionné des douleurs dans la région thoracique, axillaire et abdominale à plusieurs reprises. Trois semaines avant sa mort, le Patient A était pris de douleurs si intenses que le médecin de l'unité a demandé une évaluation à l'Hôpital régional de Campbellton. Après une série de nombreux tests au service d'urgence de l'hôpital, le Patient A a été retransféré au CHR la même journée avec un diagnostic d'*atélectasie ronde*, ce qui signifie que ses poumons démontraient des signes d'inflammation pouvant être causés par une infection ou un nodule. Étant donné qu'il n'y avait pas lieu de soupçonner une infection à ce moment-là, aucun antibiotique n'a été prescrit. Deux jours après la visite aux urgences, le médecin de l'unité a prescrit deux antibiotiques en tant que traitement pour une durée totale de dix jours.

*Le patient A n'était pas d'une nature à se plaindre, mais dans les jours qui ont précédé sa mort, celui-ci a mentionné à plusieurs reprises des douleurs dans la région thoracique, axillaire et abdominale...*

Il a été constaté que le médecin de l'unité a aussi vu le Patient A trois jours sur les quatre qui ont suivi. Le Patient A a aussi été vu trois semaines plus tard. Le médecin de l'unité suivait le Patient A depuis trois ans. Conformément aux procédures de l'unité, le médecin de l'unité effectue une ronde de l'unité par semaine, mais peut rencontrer les patients sur demande, lorsqu'il le faut.

À partir du moment où le patient a été vu à l'hôpital jusqu'à sa mort, il a été noté plusieurs fois que le Patient A continuait d'éprouver des douleurs au niveau des flancs, du thorax et de la partie supérieure de l'abdomen. Il a été mentionné à quelques reprises que le Patient A était souvent irritable, fiévreux, et paraissait fréquemment fatigué sur le plan physique au point d'avoir omis de participer à quelques-unes de ses activités habituelles.

Il a aussi été noté que le Patient A demandait à dormir de longues heures pendant la journée et partait se coucher de bonne heure dans la soirée. Une nuit, alors que les membres du personnel de nuit évaluaient les signes vitaux du patient, ils ont remarqué des symptômes d'apnée du sommeil lorsque le patient était endormi. Deux jours avant la mort du patient, le personnel a indiqué que le patient semblait dyspnéique au matin, à son réveil, ce qui signifie que le patient avait de la difficulté à respirer et il est noté que sa respiration était lente toute la journée.

Les membres du personnel de l'unité du Patient A précisent qu'ils vérifient normalement les signes vitaux d'un patient une fois par semaine, sauf sur indication contraire. Toutefois, même si le médecin n'avait pas donné l'ordre de vérifier plus souvent les signes vitaux au cours du mois en question, les signes vitaux ont été mesurés, pour la majorité, tous les jours. Cependant, il existe un vide dans le dossier du patient, soit quatre jours après la visite au service d'urgence jusqu'à dix jours après cette visite, où rien n'indique que les signes vitaux ont été vérifiés.

Pendant les semaines qui ont précédé sa mort, les mesures des signes vitaux du Patient A étaient, selon toute apparence, irrégulières. La saturation en oxygène a diminué tout au long de cette période et a atteint 85 % vers la fin du mois. Dans les observations du personnel, il est fréquemment mentionné que la saturation en oxygène du patient était faible. Malgré ces constatations, les taux de saturation n'ont pas été consignés dans le registre des signes vitaux à six reprises distinctes au cours du dernier mois. De plus, les taux de respiration du Patient A n'ont pas été indiqués dans son dossier à 14 reprises, notamment la veille où le patient a été retrouvé inanimé.

Le rapport de l'enquête interne révèle que le portrait clinique du Patient A, d'après ces taux, était inquiétant, et un ordre aurait dû être donné pour surveiller les signes vitaux de plus près. Le rapport fait aussi d'état d'une tachycardie (soit une fréquence cardiaque anormalement élevée) dans ses derniers jours.

La veille de sa mort, le Patient A s'est réveillé en présentant des lacérations au niveau du nez et un œil au beurre noir. Le patient a expliqué être tombé du lit pendant la nuit. Il a précisé ne pas avoir ressenti de douleurs à la suite des blessures, et n'avait même pas remarqué sa blessure jusqu'au moment où un membre du personnel l'aurait conseillé de se regarder dans le miroir. L'infirmière qui l'a examiné pour sa chute a constaté que son nez coulait et que sa toux était profonde. Le même jour, le médecin de l'unité a prescrit quelques médicaments ainsi que des inhalateurs pour son trouble respiratoire, et a demandé à ce que soit réalisée une radiographie du thorax. Le personnel de l'unité a aussi indiqué que le médecin de l'unité croyait que le Patient A souffrait d'une bronchite et d'un rhume. Toutefois, le médecin n'a pas inscrit ce diagnostic dans le dossier du patient avant le lendemain - soit après la mort inattendue du patient.

Le rapport d'enquête a souligné que le dossier du patient comporte une série de notes mal consignées. L'information n'a pas été notée en temps réel. En fait, les membres du personnel préparaient des notes qui résumaient tout ce qui s'était passé pendant leur quart de travail. Par conséquent, il est difficile d'établir la chronologie des événements ou l'évolution de l'état de santé du Patient A, tel qu'il s'est réellement déroulé. De nombreuses notes étaient incomplètes, ce qui a compliqué le suivi de toutes les communications qui ont eu lieu entre le personnel et le médecin. De plus, il a été mentionné que divers outils de communication entre le personnel et les départements n'ont pas été correctement utilisés, ce qui pourrait avoir contribué à la confusion quant à la continuation des soins du patient.

Quelques membres du personnel ont indiqué au cours de l'enquête qu'ils trouvaient qu'il était plus facile d'évaluer l'état mental du patient que son état physique. Le rapport d'enquête a aussi révélé qu'aucun des professionnels de la santé qui suivait le Patient A ne savait exactement quel était son rôle lorsqu'il s'agissait de faire passer le dossier en priorité à l'intention d'un médecin ou d'un autre professionnel lorsque des anomalies sont observées dans l'état global du patient. Les notes portées au dossier du patient ont été examinées et des entretiens ont été menés dans le cadre de l'enquête interne du CHR. Il en ressort que de nombreux membres du personnel croyaient qu'il était de la responsabilité d'un autre d'agir sur ces anomalies. Ainsi, personne n'a procédé à des examens plus approfondis pour déterminer les causes des irrégularités observées. Le rapport d'enquête conclut que cet aspect pourrait avoir contribué au manque de continuité des soins du Patient A.

Au CHR, le personnel est généralement divisé en deux équipes-relais qui travaillent chacune 12 heures de jour ou de nuit (un quart de travail étant de 8 h à 20 h ou de 20 h à 8 h). Pendant sa dernière nuit, c'est le personnel de l'équipe de jour qui a couché le Patient A. Les membres du personnel de nuit n'ont pas vu le Patient A lorsqu'ils ont commencé leur quart. Toutes les heures au cours de leur service, les membres du personnel de nuit sont tenus de faire des rondes et de vérifier sur chaque patient pour s'assurer qu'ils soient tous en sécurité et dans un état conscient. Le Patient A était généralement enfermé à clé dans sa chambre pour des raisons de sécurité, alors le personnel devait regarder par la fenêtre de sa chambre pour effectuer leur vérification.

Les notes du personnel enregistrées dans le dossier du patient indiquent systématiquement que les rondes étaient réalisées toutes les heures et que le Patient A ronflait et dormait à poings fermés. Après que le Patient A a été retrouvé mort, les notes du personnel ont été remises en question. Il aurait été impossible que les rondes aient été effectuées toutes les heures, comme il a été précisé dans les notes, compte tenu de l'état dans lequel le Patient A a été retrouvé.

Les bandes des caméras de surveillance ont été visionnées pour déterminer ce qui s'est réellement passé pendant les rondes de nuit. Pendant la nuit en question, les bandes vidéo montrent que le personnel effectue sa ronde toutes les heures, sauf une fois, où l'intervalle entre les rondes était de 90 minutes. L'enquête a révélé que le personnel n'a jamais réellement vérifié l'état du Patient A ou regardé par la fenêtre de sa chambre pour s'assurer que le patient était en sécurité et dans un état conscient. La plupart du temps, les membres du personnel s'arrêtaient près de sa porte et tendaient l'oreille pour voir ce qu'ils pouvaient entendre.

Après une enquête plus approfondie menée par le CHR, il a été constaté que ce type de vérification est une pratique généralisée parmi le personnel de nuit de cette unité, quel que soit le professionnel en service. Lorsqu'ils ont été interrogés au sujet de cette pratique dans le cadre de l'enquête, certains membres du personnel ont expliqué que le fait d'éclairer la fenêtre de sa chambre par une lampe de poche réveillait le Patient A et lui causait de l'agitation. Afin d'éviter cette situation, les membres du personnel ont commencé cette pratique qui consiste à écouter près de sa porte dans le but de détecter tout ronflement au lieu d'utiliser une lampe de poche. L'un des membres du personnel qui travaillait cette nuit-là n'a exprimé aucun remords quant à l'issue du Patient A, expliquant que les rondes ont été effectuées toutes les heures et il a été constaté que le patient ronflait à chaque fois. Ce matin-là, la dernière ronde a été effectuée à 6 h07.

Le Patient A a été retrouvé mort à 8 h par le même employé de jour qui l'a mis au lit la veille. Ce même matin, l'infirmière gestionnaire de l'unité a noté à 10 h 13 que lorsque le Patient A a été retrouvé mort, le patient ne présentait aucune pulsation, et présentait une cyanose au niveau des extrémités et des lèvres, c'est-à-dire une décoloration bleutée de la peau en raison d'une insuffisance circulatoire ou d'une oxygénation inadéquate du sang. Après l'arrivée de l'équipe d'ambulanciers et après le recours à la réanimation cardiorespiratoire, le coroner a été dépêché sur place et le décès a été constaté à 8 h 36. Dans un rapport d'incident préparé par un autre professionnel médical présent durant la période postérieure au décès, il est précisé que le médecin de l'unité a expliqué au coroner que le Patient A est décédé des suites d'une pneumonie et qu'une autopsie n'était pas nécessaire. Un autre professionnel médical ne partageait pas les conclusions du médecin de l'unité, en raison notamment de la chute observée la veille qui s'est traduite par un coup à la tête. Le coroner a décidé d'ordonner une autopsie.

## **PATIENT B**

Le Patient B a été admis en 1993, mais le patient avait été admis 17 fois auparavant. Le Patient B est atteint de schizophrénie paranoïde, accompagnée d'un retard mental et est maintenant âgé au-delà de 70. Un curateur public a été nommé pour s'occuper de ses affaires personnelles et financières.

Le Patient B a été transféré, en juin 2017, à l'unité B1 qui se spécialise dans les troubles neurocognitifs en présence de troubles comportementaux sévères. En septembre 2017, le Patient B a été transféré par ambulance vers l'Hôpital régional de Campbellton. Une fois le patient sur place, l'urgentologue a alerté le curateur public sur les inquiétudes exprimées par le personnel médical concernant une négligence potentielle des soins du Patient B, car celui-ci présentait des signes de malnutrition, ainsi qu'une mauvaise hygiène buccodentaire et périnéale.

Le bureau du curateur public a ensuite communiqué les préoccupations aux services de protection des adultes du ministère du Développement social et a ordonné qu'une enquête soit ouverte concernant ses soins. L'enquête s'est terminée au printemps 2018 et a conclu que les préoccupations de l'hôpital étaient fondées, mais une partie coupable de négligence n'a pas pu être établie, étant donné que la situation était le résultat d'une détérioration progressive.

Voici les actions, ou les inactions, qui ont mené à un état de santé aggravé du Patient B lié à son admission à l'hôpital en septembre 2017.

Chaque unité du CHR est encadrée par un médecin pour tout ce qui concerne la santé physique générale des patients, et les patients sont habituellement vus à la suite d'une requête par le personnel de l'unité. Les notes portées au dossier du patient indiquent que le Patient B n'avait pas été vu par un médecin depuis le 29 novembre 2016 après une chute ayant entraîné une blessure à la hanche.

Lorsque le Patient B a été transféré à son unité actuelle, le médecin responsable des soins physiques du patient a aussi changé, et le médecin n'a jamais rencontré son nouveau patient. Néanmoins, une demande a été envoyée au médecin du Patient B le 24 août 2017 demandant une consultation pour des douleurs éprouvées au niveau des mains, des doigts et des hanches. Une deuxième demande de consultation a été envoyée au médecin le 11 septembre 2017 en raison d'une présence de sang dans les urines du patient et des lésions rapportées au niveau des parties génitales. Pour les deux instances, le médecin a tout simplement ajouté une note au dossier indiquant « terminé » [TRADUCTION] et en précisant la date. Pour la deuxième consultation, la date indiquée par le médecin se situe pendant le séjour à l'hôpital du Patient B. Autrement dit, le patient n'était pas au CHR pour une consultation avec le médecin, comme il est indiqué dans le dossier.

Chaque patient admis au CHR est sous la surveillance d'un psychiatre. Dans le cas du Patient B, ce dernier était sous la surveillance du même psychiatre depuis au moins 2007. Le 21 avril 2017, le psychiatre a noté dans le dossier que le patient présentait un problème d'équilibre et qu'il était difficile de communiquer directement avec le patient parce que celui-ci ne parlait que le français et que le psychiatre ne parlait que l'anglais. Il est aussi noté que le discours du patient était difficile à comprendre. Au cours de cette visite, le psychiatre a aussi examiné les médicaments de son patient. Les médicaments ont aussi fait l'objet d'un examen lors de deux autres visites qui ont eu lieu les 2 et

6 mai 2017. Dans une note, il est mentionné que l'examen des médicaments avait été mené, car le personnel avait de la difficulté à prendre en charge le patient, notamment à cause de son comportement difficile. Une note le 16 mai 2017 fait également mention que des contentions abdominales et des contentions au lit avaient été prescrites pour répondre à l'instabilité du patient, quoiqu'il n'est pas clair si ces contentions avaient été utilisées. La dernière visite du psychiatre avant l'admission à l'hôpital du Patient B remonte au 16 mai 2017.

À trois instances distinctes survenues entre le 21 et le 25 avril 2017, le pharmacien du CHR a ajouté des notes au dossier pour mettre en garde contre la diminution prescrite dans les médicaments du patient, notamment à cause des symptômes négatifs associés. Dans l'une des notes du pharmacien, il est écrit ce qui suit :

*« [...] Certains symptômes pourraient survenir chez le patient à la suite d'une diminution dans la dose de Seroquel prescrite le 21 avril, dont les suivants : diminution de l'appétit, diarrhées, symptômes extrapyramidaux (rigidité musculaire, etc.), transpiration excessive, insomnie, nausées/vomissements, douleurs musculaires, hypersalivation et vertiges ou étourdissements. Par ailleurs, l'agitation, l'anxiété et les symptômes psychotiques pourraient s'aggraver. Suggestion : Surveiller le patient de près. Une réduction plus progressive de Seroquel pourrait atténuer les symptômes de rebond. Un suivi sera nécessaire avec le patient. » [TRADUCTION]*

À cela, le psychiatre a simplement ajouté une note au dossier du patient: « Je suis d'accord avec les recommandations précitées » [TRADUCTION] sans toutefois modifier l'ordonnance. Le 25 avril, le pharmacien a également suggéré de vérifier les signes vitaux du patient tous les jours en raison du médicament administré et d'assurer des analyses sanguines. Toutefois, il n'a pas été clairement déterminé dans le dossier du patient si cette mesure a été mise en œuvre.

***Le 6 septembre 2017, il est noté qu'une infirmière a informé le psychiatre des recommandations du pharmacien liées à l'examen des médicaments. Le psychiatre a indiqué avoir besoin de voir le patient avant d'accepter les recommandations. Les notes qui figurent dans le dossier du patient montrent que cette visite n'a jamais eu lieu.***

Le 14 août 2017, le même pharmacien du CHR a appelé à la prudence concernant certaines doses de médicament administrées au patient. Le médicament prescrit au Patient B associé à l'âge avancé du patient pourrait provoquer des symptômes négatifs. Le pharmacien a suggéré qu'il faudrait ajuster certaines doses d'après l'information qui est ressortie à la suite d'une recherche que celui-ci a menée sur la concomitance de ces médicaments. Conformément au protocole du CHR, le psychiatre doit signer la fiche d'examen préparée par le pharmacien. Le psychiatre du Patient B n'a jamais signé la fiche. Le 6 septembre 2017, il est noté qu'une infirmière a informé le psychiatre des recommandations du pharmacien liées à l'examen des médicaments. Le psychiatre a indiqué avoir besoin de voir le patient avant d'accepter les recommandations. Les notes qui figurent dans le dossier du patient montrent que cette visite n'a jamais eu lieu.

Selon le dentiste traitant, le Patient B présentait, depuis de nombreuses années, des problèmes de gencives, ce qui rendait le port de prothèses dentaires difficile. Malgré cet aspect, les notes indiquaient que le dentiste a vu le Patient B pour la dernière fois en décembre 2015, et les notes du dentiste n'ont pas été portées au dossier comme elles le devraient, mais ont été conservées chez le dentiste.



Dans le dossier du Patient B, une perte de poids a été observée en 2004, et à partir de cette date, un diététiste suivait régulièrement le patient. Le Patient B recevait des suppléments nutritionnels, et le personnel était encouragé à offrir d'autres collations ou suppléments à tout moment de la journée, même en dehors des heures de collation habituelles, car le Patient B refusait parfois les repas ou les collations. Malgré ces efforts, le patient maintenait un poids inférieur à la normale. Après avoir rencontré le patient le 2 mai 2017, un employé du Service de nutrition a ajouté une note au dossier pour indiquer que le patient avait perdu 5,4 % de son poids au cours des deux derniers mois et a précisé que le personnel de l'unité a constaté que le patient n'allait pas bien depuis quelques semaines. L'employé a aussi fait référence à une note laissée par le pharmacien qui indiquait qu'une récente réduction de médicament pourrait diminuer l'appétit du patient. L'employé a vu le Patient B à deux autres reprises, soit le 29 mai et le 24 juin, 2017 et a constaté une légère prise de poids tout en concluant que le poids restait inférieur à ce qu'il devrait être. Selon les dossiers du CHR, le poids du patient était le même en mai que celui enregistré le 2 septembre 2017.

Dans le dossier, il est noté que le Patient B présentait des lésions autour de la région du coccyx ainsi que des rougeurs autour des hanches. Ainsi, le Patient B faisait l'objet d'une surveillance dans le cadre du programme de prévention des plaies. Toutefois, l'infirmière spécialisée dans le domaine n'était pas directement impliquée dans les soins du Patient B, car les plaies étaient jugées légères et étaient traitées à l'aide d'une crème et de bandages spéciaux. Les membres du personnel de l'unité ont indiqué qu'il était difficile de repositionner le patient régulièrement, car ce dernier pouvait facilement se replacer dans la position de son choix.

Le 26 mai, un physiothérapeute a vu le Patient B, et le patient lui a avoué avoir très peur de tomber. Depuis sa dernière visite, une importante perte d'autonomie a été constatée. Le Patient B présentait une perte de coordination dans ses mouvements et une perte de contrôle au niveau de nombreux mouvements corporels. Une note portée au dossier précise l'observation suivante : « [...] L'auteur a aussi constaté une perte marquée de poids et de masse musculaire au cours du dernier mois : les définitions osseuses sont très visibles. » [TRADUCTION]

Le 8 septembre, le même physiothérapeute a vu de nouveau le Patient B et a constaté que ce dernier avait de la difficulté à tenir un verre, ne pouvait pas saisir des croustilles pour les manger et n'avait pas marché depuis un certain temps en raison de sa condition. Il est aussi mentionné que le Patient B se plaignait de douleurs aux jambes, que le physiothérapeute ne pouvait pas étendre totalement le genou droit du patient et que le patient ne pouvait pas bouger ses doigts sur demande.

Le 4 mai 2017, un ergothérapeute a vu le Patient B afin de prendre des mesures en vue de l'installer dans un fauteuil gériatrique. L'ergothérapeute a aussi constaté que l'état de santé du patient s'était dernièrement détérioré et que le patient était à risque élevé de chute, ce qui explique le recours au fauteuil.



Selon les renseignements relevés par le CHR et mis à la disposition de notre bureau, l'unité dans laquelle se trouvait le Patient B devait donner à tous les patients deux bains complets par semaine et un bain partiel par jour. Entre le 1er et le 15 septembre 2017, le Patient B a reçu deux bains complets (dans son lit), huit bains partiels (dans son lit) et trois bains thérapeutiques (dans une baignoire). Les sous-vêtements d'incontinence jetables ont été changés en moyenne 6 fois par jour et les soins périnéaux ont été réalisés à chaque fois. La région était nettoyée à l'aide d'un savon et une crème y était appliquée.

Une rencontre multidisciplinaire était prévue le 7 septembre 2017. La dernière de ce genre pour le Patient B remontait à octobre 2016. Le psychiatre du Patient B a été invité par téléavertisseur, mais n'a pas répondu à temps pour participer à la rencontre.

Entre le 1er et le 15 septembre 2017, il est noté à plusieurs moments que le Patient B ressentait une douleur dans les jambes et les hanches, que ses mouvements semblaient robotiques, que le patient parlait fort, était de mauvaise humeur et était tourmenté. Le Patient B a aussi été pris de vomissements à une occasion et une fièvre a été observée pendant les quelques jours qui ont précédé son admission à l'hôpital.

L'urgentologue qui a examiné le Patient B a posé le diagnostic suivant : « insuffisance rénale aiguë et malnutrition » [TRADUCTION]. L'urgentologue a aussi constaté que le patient présentait une déshydratation, une fièvre, une irrégularité des battements cardiaques, et « n'avait que la peau et les os » [TRADUCTION] sans presque aucune masse musculaire. Le patient présentait également des rougeurs sur l'abdomen et sur les parties génitales, était dans un état d'éveil non répondant et avait cessé toute auto-alimentation. À la suite de ces observations, le Patient B a été admis à l'unité des soins intensifs.

## PATIENT C

Le Patient C est bien connu au CHR; âgé de 52 ans, celui-ci est patient depuis novembre 2000. Le patient souffre d'une grande anxiété. Lorsque l'anxiété de Patient C devient trop lourde, son mécanisme de réponse est soit l'automutilation ou tenter d'agresser les membres du personnel, ce qui déclenche un code. Entre janvier et juillet 2017, un total de 31 codes ont été déclenchés pour répondre au comportement agressif du patient envers les membres du personnel, les autres patients, ou en raison de comportements imprévisibles augmentant son risque d'automutilation. Le Patient C présente aussi des antécédents de comportements agressifs survenant au moment du bain; sur les 31 codes, 5 se sont produits pendant le bain.

Le 16 juillet 2017, trois membres du personnel ont aidé le Patient C avec leur bain dans une baignoire surnommée « baignoire banane » en raison de sa forme. Celle-ci ressemble à une banane lorsqu'elle repose à l'horizontale. La baignoire est étroite et est munie d'une porte latérale pour faciliter l'entrée et la sortie du bain, et d'un siège intégré. Une fois la baignoire remplie, l'eau atteint le niveau de la porte et recouvre la hauteur du siège. La baignoire peut ensuite être inclinée de manière à couvrir l'abdomen du patient pour lui donner la sensation de prendre un pain traditionnel (voir la figure 1).



**Figure 1:** baignoire banane  
**Source:** Photo fournie par le CHR

Pendant le bain, le Patient C est devenu agressif envers le personnel, et un code a été déclenché. Le Patient C a été immobilisé dans son fauteuil gériatrique et placé dans un espace isolé, conformément aux protocoles internes.

Le personnel-cadre du CHR a été mis au courant que des mesures inappropriées auraient possiblement été utilisées par un membre du personnel au cours du code en question dans une lettre datée du 11 août 2017 (« la lettre ») remise par l'un des membres du personnel. Le membre du personnel en question (« l'auteur ») était présent au début du bain du Patient C et tout au long du code. Dans une déclaration écrite, l'auteur a indiqué qu'un autre membre du personnel a fait usage d'une « force exagérée » pendant le bain lorsque le code a été déclenché le 16 juillet 2017. Il est important de noter qu'une enquête interne a été immédiatement ouverte par l'administration du CHR le jour même où la lettre a été reçue. La famille du patient a également été mise au courant par le CHR des allégations reçues. L'enquête révèle que pendant un entretien mené avec l'auteur, les détails des événements ont changé et ont été minimisés par rapport à la description initiale. Le rapport d'enquête mentionne

que sur les neuf déclarations écrites produites par les membres du personnel présents lors du code, deux font état d'un employé plaçant ses mains sur le visage du patient pour éviter que celui-ci ne morde les employés. Ainsi, il est difficile de déterminer exactement le déroulement des événements lors du bain, étant donné qu'il n'existe aucune vidéo de surveillance dans la salle de bains pour des raisons de protection de la vie privée, et que les déclarations formulées par les membres du personnel présents pendant l'incident diffèrent les uns des autres.

Néanmoins, à la lecture des divers rapports des entretiens menés auprès du personnel du CHR, nous comprenons qu'au cours du bain, le Patient C semblait tendu. Un employé a demandé au Patient C si ce dernier allait bien et si le patient souhaitait poursuivre le bain, ce à quoi le patient a répondu, après une pause, par l'affirmative. Peu après, le Patient C a commencé à bouger les bras dans tous les sens dans la baignoire, et a finalement frappé ou repoussé les mains d'un employé qui se préparait à lui apporter son aide. Cet employé a expliqué par la suite qu'il n'a pas été blessé par l'action du patient, mais un autre employé a déclenché le code pour obtenir de l'aide étant donné que le patient manifestait un comportement de plus en plus agressif à leur égard. À un moment donné, il est noté que le Patient C a immergé son corps au fond de la baignoire et s'être descendu du siège pour se mettre en position fœtale. À cet instant, plusieurs autres employés sont entrés dans la salle de bains pour aider à immobiliser le patient, et la baignoire a été débranchée pour permettre l'eau de se vider.

C'est à ce moment que l'auteur a déclaré qu'un autre employé qui était arrivé pour répondre au code, a placé son poing sur le visage du Patient C pour la maintenir en place contre le siège de la baignoire dans le but de l'immobiliser. Sous cette action, étant donné que le bain était encore rempli d'eau, l'allégation précise que le visage du patient était submergé dans environ un pouce d'eau savonneuse. Lorsque l'auteur a demandé au membre du personnel d'arrêter, ce dernier aurait répondu qu'il ne souhaitait être mordu par le Patient C. Dans quelques rapports d'incident, il est noté qu'un employé a été vu sortir de la salle de bains en pleurs lors de l'incident en question. Les membres du personnel ont sorti le Patient C du bain et l'ont placé dans son fauteuil gériatrique. Dans la lettre, l'auteur prétend que l'employé qui a agi de manière inappropriée a soulevé le patient si brusquement que l'eau a jailli dans toute la pièce.

La lettre va plus loin en mentionnant d'autres incidents de comportements inappropriés commis par la même personne à l'encontre de d'autres patients. Notamment que l'employé en question aime effrayer et tourmenter les patients. Cet employé est aussi cité dans d'autres actions coercitives similaires prises à l'encontre des patients du CHR. Le jour où la lettre a été reçue, l'employé a été suspendu de ses fonctions tout en conservant son traitement de salaire pendant la durée de l'enquête, toutefois celui-ci a éventuellement pu réintégrer son poste.

Au cours de l'enquête, un employé qui donnait le bain au Patient C et qui est resté présent tout au long du code a expliqué que si le personnel concerné avait pris plus de temps pour désamorcer les émotions du patient, il aurait peut-être été possible de convaincre le patient de sortir de la baignoire seul sans incident et d'éviter ainsi de déclencher le code. Jusqu'à ce jour, les membres de la famille du Patient C continuent d'avoir des inquiétudes sur la continuité des soins qui lui sont offerts au CHR, qui selon eux, produisent des effets négatifs sur le comportement du Patient C et poussent celui-ci à agir d'une façon telle qu'il faille déclencher des codes.

## PATIENT D

Le Patient D est dans la mi-trentaine et celui-ci a été admis pour la première fois au CHR en juillet 2017 dans le cadre d'une évaluation ordonnée par le tribunal. Ces évaluations de l'aptitude à subir un procès pourraient durer jusqu'à une trentaine de jours. Le CHR emploie plusieurs aides en légiste (ces employés sont également identifiés comme étant des agents correctionnels à l'interne et sont dûment formés dans ce domaine) pour aider à assurer la sécurité du personnel et des patients. Les aides en légiste sont aussi demandés d'immobiliser les patients présentant un comportement agressif. Du personnel médical, comme des infirmières ou des aides-infirmières, est aussi employé pour assurer les soins personnels des patients.

L'infirmière qui a mené l'évaluation au moment de l'admission a noté que le Patient D était irritable et sur la défensive, mais que le patient s'est rapidement montré plus coopératif une fois que le personnel lui a proposé de prendre une douche et lui a offert un repas. Lorsque le Patient D est arrivé au CHR, celui-ci avait un plâtre au bras droit. Dans les notes, il est souvent mentionné que le Patient D ne socialisait pas beaucoup dans les premiers jours qui ont suivi son admission au CHR. Il est aussi mentionné que le Patient D est devenu verbalement agité le deuxième jour, proférant des menaces à l'encontre du personnel et s'engageant dans un argument avec un autre patient.

Les patients du CHR sont permis d'appeler leur famille et leurs amis à deux jours précis de la semaine. Pour ces jours, des horaires sont montrés aux patients le matin et ils sont priés de réserver deux créneaux de la liste afin d'y inscrire leurs deux appels autorisés pour la journée. Quatre jours après son admission, le Patient D avait réservé ses deux créneaux avec l'aide d'un membre du personnel qui a noté dans son dossier que le patient a vu l'horaire qui a été marqué sur la feuille. La feuille était affichée sur le mur toute la journée à des fins de consultation, les deux créneaux sélectionnés avaient lieu le matin. Pour éviter tout incident lié à l'utilisation du téléphone entre les patients, le CHR a mis en place une politique selon laquelle les créneaux horaires ne peuvent pas être changés une fois qu'ils ont été fixés.

Ce jour-là, aux alentours de 17 h 35, le Patient D s'est présenté à la porte entrouverte de la station des infirmières. La partie supérieure de la porte, une fenêtre, était ouverte. Le Patient D a rejeté la faute sur le personnel en l'accusant d'avoir choisi un créneau inapproprié pour appeler sa famille vu que celle-ci n'était pas disponible au temps fixé précédemment. Toutefois, face à son insistance, l'infirmière a exceptionnellement accepté que le patient passe l'appel à l'heure souhaitée, mais le personnel mentionne que le Patient D a continué de se montrer argumentatif après que l'autorisation lui a été accordée par l'infirmière.

Un aide en légiste, présent à l'intérieur de la station des infirmières pendant la vive discussion, s'est levé pour aider l'infirmière avec cette situation en cours. Dans ses notes, l'infirmière contre qui la vive discussion était dirigée a indiqué que l'aide en légiste a émis un ultimatum : vous voulez utiliser le téléphone ou non. Les mêmes notes indiquent que l'aide en légiste a « poliment » demandé au Patient D de se calmer, puis a essayé de fermer la partie supérieure de la porte lorsque, subitement, le patient a donné un coup de poing violemment dans la porte pour l'ouvrir. Le Patient D a ensuite agrippé fermement l'aide en légiste qui intervenait par le collet de son chandail. Selon les notes de l'infirmière, cet agrippement a déclenché le « code blanc » à 17 h 44, et quatre aides en légiste ont tenté de maîtriser le patient avec grande difficulté, car celui-ci se débattait fortement.

Les notes ne fournissent aucun détail concernant la méthode employée pour immobiliser le Patient D et indiquent que le patient a été placé dans un espace isolé, conformément au protocole, pour lui permettre de retrouver son calme. Le psychiatre et le médecin de l'unité ont été contactés peu après

l'incident. Dans une note, un membre du personnel travaillant dans l'unité mentionne qu'un ustensile dépassait du plâtre du Patient D pendant la vive discussion entourant le téléphone. Il a été confirmé par la suite que le patient avait inséré, dans son plâtre, un couteau en plastique (lequel n'avait pas été modifié) ainsi qu'une carte de téléphone et un morceau de papier, comme le montre la vidéo de surveillance.

La majorité des rapports d'incident qui ont été rédigés par le personnel présent pendant l'altercation indiquent que le Patient D a frappé violemment dans la porte, a menacé de frapper l'aide en légiste qui se tenait à l'intérieur de la station des infirmières et que le patient s'est fortement débattu contre toute possibilité d'immobilisation. La plupart des rapports d'incident ont été signés au début du mois d'août, et certains ont été signés deux semaines après l'incident. Un employé a mentionné dans son rapport avoir quelques incertitudes quant à la séquence des événements liés à l'incident. Un aide en légiste a signalé que le Patient D lui a porté un coup au visage avec son coude droit, qui était entièrement plâtré, alors qu'un autre a précisé que le patient a tenté de le mordre.



**Figure 2:** tache de sang à la suite de l'incident

**Source:** cliché instantané d'une vidéo de surveillance du CHR ayant enregistré l'incident; examinée par le personnel du Bureau de l'ombud.

Après l'incident, du sang a été observé au sol (voir la figure 2), là où le Patient D a été immobilisé. Lorsque le patient a été ensuite examiné par les infirmières et le médecin de garde, il a été déterminé que le sang provenait de son nez. Après avoir vomi à deux reprises, le patient a été amené à l'Hôpital régional de Campbellton, sur ordre du médecin, afin de mener une évaluation plus approfondie. Le Patient D a éventuellement été diagnostiqué comme ayant une commotion cérébrale et une fracture sous l'œil droit. À la suite de ce diagnostic, le Patient D a été référé vers un ophtalmologiste qui a expliqué que la vue du patient ne devrait pas être affectée, toutefois le patient n'était pas garanti que l'engourdissement dessous l'œil touché pourrait totalement se rétablir.

Dans le cadre de l'enquête interne du CHR, un employé présent pendant toute la durée de l'incident a été interrogé pour déterminer ce qu'il s'était passé. L'employé a indiqué aux personnes qui menaient l'entretien que les faits décrits dans les rapports d'incident n'étaient pas toujours exacts. Il a été dit que les aides en légiste utilisent souvent des moyens d'intimidation contre le personnel, particulièrement les nouveaux membres, lorsque des altercations surviennent avec les patients, en leur formulant des phrases de type : « Vous n'avez rien vu, rien entendu . » Le personnel est comme une « petite famille » et vous ne pourrez entrer que si vous fermez les yeux sur certaines choses. L'employé a aussi expliqué qu'en cas d'incident, il est important que les rapports d'incident soient préparés ensemble et que tout le monde se copie les uns les autres pour faire concorder les témoignages. Après ces précisions, l'employé a donné sa « vraie » version des faits, en expliquant que les membres du personnel n'oseraient jamais écrire de telles informations dans leur rapport officiel.

Selon l'entretien en question, l'aide en légiste qui a tenté au départ de désamorcer le comportement agressif verbal du Patient D envers l'infirmière a par la suite provoqué le comportement du patient en adoptant un ton agressif et en lui proférant des jurons en retour; puis l'employé a ajouté que c'est généralement la manière dont les aides en légiste s'adressent aux patients. Il a aussi été précisé que le Patient D n'avait pas « frappé violemment dans la porte , » mais plutôt claqué la porte avec sa main afin de l'ouvrir. L'entretien a aussi révélé que les aides en légiste ont sauté sur le patient pour le mettre au sol et que ce dernier ne résistait pas autant qu'il a été décrit, le patient a même crié aux aides en légiste, tout en étant restreint : « Je ne résiste pas » [TRADUCTION]. De plus, l'employé interrogé au cours de cet entretien a précisé avoir vu un aide en légiste tenir le visage du patient et lui porter trois coups de genou directement au visage. Il est aussi précisé que les événements auraient pu se passer différemment s'ils avaient continué de raisonner avec le Patient D et utilisé des techniques de désescalade. Il est également mentionné que certains aides en légiste avaient l'air un peu secoués après l'incident et qu'un aide en légiste a admis qu'un code n'aurait pas dû être déclenché.

Les bandes vidéo corroborent certaines déclarations de cet employé. La bande vidéo montre que l'aide en légiste qui est intervenu au départ dans la station des infirmières a pointé le doigt vers le patient tout en lui parlant, et le Patient D n'a pas agrippé le collet du chandail de l'aide en légiste, comme cela a été mentionné dans le rapport de l'infirmière. Après que le Patient D eut claqué la porte, ce dernier a reculé d'un pas, a baissé les bras et ne semblait pas agir de manière agressive. À ce moment, un aide en légiste est arrivé par-derrière, sans que le Patient D ne le sache, a saisi ce dernier par la gorge et l'a mis au sol. D'autres agents sont alors intervenus, et le « code blanc » a été déclenché. Les bandes vidéo montrent un l'aide en légiste lever son poing en direction du Patient D dans un mouvement de le frapper. Quelques secondes plus tard, toujours d'après les bandes vidéo, le même l'aide en légiste fait le mouvement de donner trois coups de genou envers le Patient D.



**Figure 3:** Taches de sang sur le pantalon de l'aide en légiste au niveau du genou

**Source:** Cliché instantané d'une vidéo de surveillance du CHR ayant enregistré l'incident; examiné par le personnel du Bureau de l'ombud.

Dans le dossier du Patient D, il est mentionné par plusieurs membres du personnel que le patient démontrait un comportement imprévisible et que son humeur pouvait changer rapidement. Dans le dossier, il est également noté après l'incident en question qu'un autre patient s'est adressé aux membres du personnel pour leur dire qu'il avait peur du Patient D et que le comportement agressif de ce dernier était une source d'inquiétude. Le Patient D a été transféré à un centre correctionnel de nouveau huit jours après son arrivée au CHR.

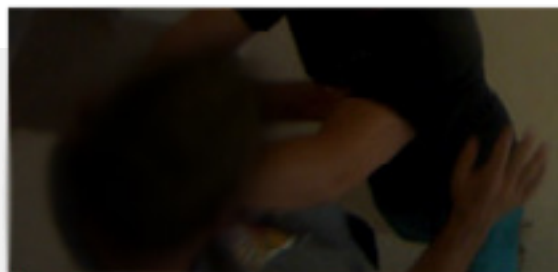


## PATIENT E

Le Patient E était admis à l'unité C1. Le Service de gestion des risques n'examine pas les bandes vidéo de chaque incident qui se produit, étant donné que les « codes blancs » sont une occurrence courante au CHR. Deux gestionnaires de programmes ont été témoins des événements qui se sont déroulés lors d'un « code blanc » déclenché à 14 h 32 en juin 2018 impliquant le Patient E. Immédiatement après la fin de l'incident, ces gestionnaires de programmes sont allés voir le personnel du Service de gestion des risques et ont demandé à ce que la bande vidéo soit examinée, car ils croyaient qu'une force excessive avait été utilisée pour immobiliser le Patient E, notamment par un certain collègue (l'aide en légiste). Le Service de gestion des risques a ouvert une enquête; les bandes vidéo ont été examinées à 15 h 30, le même jour que l'incident.

Le patient a également contacté notre bureau, affirmant qu'une force excessive avait été utilisée sur sa personne et souhaitait contacter la GRC. Étant donné que notre bureau avait déjà lancé une enquête systématique sur le CHR, nous avons fourni les coordonnées au patient et lui avons également demandé de nous contacter si ce dernier rencontrait des difficultés pour contacter les autorités. Nous avons également demandé plus de détails sur l'incident. Nous avons immédiatement contacté l'administration du CHR et avons demandé que tous les documents, rapports d'incident, les photos des blessures, la bande vidéo et tous les détails pertinents relatifs à cet incident, soient transmis à notre bureau.

Les bandes vidéo montrent que le Patient E parle avec des membres du personnel et que l'aide en légiste fait partie de la conversation. Les bandes vidéo montrent ensuite que le patient s'éloigne d'eux et que ce dernier se dirige vers un ensemble de portes verrouillées, suivi de l'aide en légiste. Sur ces bandes vidéo, l'aide en légiste ouvre les portes pour le Patient E à l'aide de sa carte de sécurité. Le patient franchit le seuil de la porte, puis claque la porte derrière lui. La bande vidéo montre que l'aide en légiste n'a pas été touché par la porte, toutefois il a rouvert la porte et s'est mis à courir après le Patient E. Lorsque le Patient E s'est aperçu que l'aide en légiste courait derrière lui, le patient s'est aussi mis à courir et a donné un coup de pied dans une poubelle. Le Patient E s'est alors retourné d'une manière non menaçante lorsque l'aide en légiste est arrivé à sa hauteur. L'aide en légiste a ensuite utilisé son bras pour pousser sur le visage ou le cou du Patient E pour le mettre à terre.



**Figure 4:** l'aide en légiste met le patient à terre

**Source:** Cliché instantané d'une vidéo de surveillance du CHR ayant enregistré l'incident; examiné par le personnel du Bureau de l'ombud

Les déclarations qui figurent dans le rapport d'enquête indiquent que les événements qui ont suivi sont difficiles à évaluer sur la bande vidéo en raison de l'angle de la caméra et du fait que les membres du personnel répondant au code ont commencé à arriver et à se regrouper autour du patient. Notre bureau peut corroborer que cette affirmation est véridique. Néanmoins, les gestionnaires de programmes ont expliqué que l'aide en légiste a immobilisé le Patient E par la gorge et qu'il tenait aussi une cagoule anticrachat fermement autour de son cou. Conformément au protocole, le Patient E a ensuite été placé en isolement et a été immobilisé, car celui-ci continuait d'être agité après l'incident. L'événement au complet a duré environ sept minutes.

Dans le rapport d'un des gestionnaires de programmes, il est mentionné que le Patient E était relativement agité pendant le code, mais que le patient a été immobilisé au sol pendant toute la durée de l'altercation. Il est aussi noté que le Patient E a hurlé à l'aide en légiste: « Vous aimez me faire mal... Je vais tout faire pour que vous ne travailliez plus jamais à Campbellton! » [TRADUCTION] L'autre gestionnaire de programmes a expliqué que le pouce de l'aide en légiste a été enfoncé dans l'artère carotide du patient, c'est-à-dire la gorge, pendant cinq à dix secondes. Dans le rapport de l'incident, il est écrit que le visage du Patient E était rouge vif et que le patient a crié à l'aide en légiste : « Je ne peux pas respirer! Je ne peux pas respirer! » [TRADUCTION] Le gestionnaire de programmes a même admis s'être senti mal pour le Patient E à ce moment-là. Il est aussi noté que l'aide en légiste a continué de tenir le visage du patient alors que ce dernier était transporté et bougeait à peine, et il a semblé que la force utilisée n'était pas nécessaire pour la situation.

Au cours du débriefage mené par le même gestionnaire de programmes pour entendre la version de quelques membres du personnel, l'aide en légiste a répondu par la négative à la question de savoir si le Patient E l'avait frappé, mais il a ensuite répondu par l'affirmative en ajoutant qu'il avait reçu un coup à la tête. L'aide en légiste a expliqué avoir utilisé une telle force, car le patient l'avait attaqué. Au cours du débriefage, le gestionnaire de programmes a rassuré l'aide en légiste en l'informant que les vidéos de surveillance le protégeraient s'il avait eu recours à la force nécessaire dans les circonstances. Le rapport d'incident mentionne que l'aide en légiste s'est montré très défensif lorsque le gestionnaire de programmes a implicitement évoqué que les bandes vidéo pourraient être visionnées, en répliquant par des phrases comme : « Non, non là, t'as pas d'affaire à aller regarder les caméras. Y'a aucun besoin de ça . »

Lorsque les gestionnaires de programmes se sont adressés au personnel du Service de gestion des risques, ils étaient inquiets du fait que les notes portées au dossier du Patient E ne soient pas un récit fidèle de la situation. Le personnel du Service de gestion des risques a confirmé la validité de ce point dans des communications écrites qui ont été examinées dans le cadre de l'enquête. Dans une note provenant d'une infirmière travaillant dans l'unité, il est écrit que le Patient E a « [...] kick la poubelle et s'élançait vers l'employé (l'aide en légiste) . » La séquence vidéo a prouvé que cette affirmation est fautive. Le Patient E n'a pas frappé et ne s'est pas non plus élancé vers l'aide en légiste ou un employé, quel qu'il soit avant d'avoir été mis à terre par l'aide en légiste. Dans la note de l'aide en légiste qui a été portée au dossier, il est écrit qu'après que le Patient E a donné un coup de pied dans la poubelle, celui-ci s'est mis à courir après le patient pour essayer de calmer sa frustration apparente, mais le Patient E lui a porté un coup à la tête, puis a tenté de le frapper avec son pied, ce qui explique pourquoi une telle force a été utilisée pour le mettre à terre. Selon la bande vidéo, cette description n'est pas entièrement exacte. Le Patient E a tenté de donner un coup de pied à l'aide en légiste, mais seulement après avoir été mis à terre par cet employé. Le Patient E n'a pas porté de coup à l'aide en légiste avant que la force ait été employée pour immobiliser le patient.



Le lendemain matin, le personnel-cadre a été contacté, et des mesures visant à traiter la situation ont été prises immédiatement. Le rapport indique que le lendemain, à 8 h 55, alors que les membres du personnel du Service de gestion des risques discutaient de l'approche à adopter pour traiter l'incident, un « code blanc » a été déclenché dans l'unité du patient, ainsi, les membres du personnel se sont rendus sur place pour prendre connaissance de la situation. Lorsqu'ils sont arrivés sur place, le patient était toujours en isolement et a expliqué avoir contacté notre bureau pour obtenir le numéro de la GRC, car le patient souhaitait engager des poursuites contre l'aide en légiste. Après avoir reçu le numéro de téléphone de notre bureau, le Patient E a expliqué avoir pris le téléphone pour appeler la GRC, mais un employé lui a demandé de raccrocher, sinon un « code blanc » allait être déclenché, et c'est ce qui s'est produit. Le rapport indique que le Patient E était calme, mais s'est montré émotif en expliquant au personnel du Service de gestion des risques ce qui s'était passé et les raisons pour lesquelles il souhaitait signaler l'incident à la GRC. Le Patient E a aussi accepté que ses blessures soient prises en photo (voir la figure 5). Le personnel du Service de gestion des risques et les gestionnaires de programmes ont conseillé au Patient E de se reposer un peu et l'ont informé qu'ils reviendraient accompagnés d'un travailleur social pour l'aider à contacter la GRC.

Le rapport indique qu'à 10 h 35, le médecin se trouvait dans l'unité lorsqu'on lui a demandé de répondre à des questions concernant les blessures du Patient E. Le médecin a répondu qu'il n'avait jamais été contacté le jour de l'incident pour évaluer l'état de santé du patient. L'évaluation a montré que le patient présentait des ecchymoses et des égratignures sur la clavicule et l'oreille gauches, ainsi qu'à la gorge. Le Patient E a aussi indiqué ressentir des douleurs au coccyx. À la suite de l'évaluation du médecin, le Patient E a eu l'opportunité de déposer une plainte auprès de la GRC. Un gendarme était au CHR l'après-midi même pour évaluer la situation et enregistrer les déclarations du patient.



**Figure 5:** blessures du patient  
**Source:** photo fournie par le CHR