



À L'AIDE!

**Enquête spéciale sur l'utilisation
des mesures de contention dans les
établissements psychiatriques pour
adultes au Nouveau-Brunswick**



ombud

NEW BRUNSWICK • NOUVEAU-BRUNSWICK

À L'AIDE!

Enquête spéciale sur l'utilisation
des mesures de contention dans les
établissements psychiatriques pour
adultes au Nouveau-Brunswick

Publié par :

Ombud Nouveau-Brunswick
CP 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
CANADA

Septembre 2025

ISBN – 978-1-4605-4454-9
Imprimé au Nouveau-Brunswick



ombud
NEW BRUNSWICK • NOUVEAU-BRUNSWICK

TABLE DES MATIÈRES

MISE EN GARDE DESTINÉE AUX LECTEURS	4
REMERCIEMENTS	5
MESSAGE DE L'OMBUD	6
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	10
Qu'est-ce qu'une mesure de contention?	10
Contention environnementale	10
Contention physique	10
Vue d'ensemble des services de psychiatrie au Nouveau-Brunswick	11
Services régionaux	11
Services tertiaires spécialisés	11
PARTIE I – PLAINTES CONCERNANT L'UTILISATION DE MESURES DE CONTENTION AU CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE	13
Contexte	13
Les unités du CHR et leur fonctionnement	13
Salles d'isolement	14
Résumé des plaintes	14
Chronologie des plaintes	14
Interactions avec le CHR et le réseau de santé Vitalité	16
Séance d'information officielle avec le Réseau de santé Vitalité et le CHR – septembre 2022	16
Séance d'information officielle avec le CHR – mars 2023	17
Séance d'information officielle avec le CHR – juin 2023	17
Séance d'information officielle avec le CHR – avril 2024	18
Séance d'information officielle avec le Réseau de santé Vitalité et le CHR – novembre 2024	18
Principales constatations	23
1. Longues périodes en isolement ou en contentions	23
2. Absence de directives sur le retrait de la contention	23
3. Utilisation insuffisante des techniques de désescalade	23
4. Utilisation inadéquate des techniques de recours à la force, notamment les cagoules anti-crachat	23
5. Documentation insuffisante des ordonnances de contention	24

TABLE DES MATIÈRES

6. Évaluation et surveillance insuffisantes des patients	24
7. Absence de mécanismes efficaces permettant aux patients de demander de l'aide	25
8. Désorientation temporelle	25
9. Mauvaises conditions sanitaires dans les salles d'isolement	25
10. Difficulté à consommer les repas	25
11. Rapports d'incident contradictoires	26
12. Possibilités insuffisantes de réintégration dans la communauté des patients de longue durée	26
<hr/>	
PARTIE II – UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION ET AUTRES PROBLÈMES TOUCHANT LES SOINS PSYCHIATRIQUES AU NOUVEAU-BRUNSWICK	27
Contexte	27
Chronologie de l'élargissement de l'enquête	27
Interactions avec les réseaux de santé et les ministères	28
Réseau de santé Horizon et Réseau de santé Vitalité	28
Ministère de la Santé	28
Ministère du Développement social	29
Visites de l'ensemble des établissements et unités psychiatriques du Nouveau-Brunswick	31
Principales constatations – Enjeux liés à l'utilisation des mesures de contention en milieu psychiatrique	31
1. Politiques sur les mesures de contention	31
2. Surveillance de l'utilisation des mesures de contention	33
3. Communication avec les patients en contentions et évaluation de leur état	33
4. Salles d'isolement	34
Principales constatations – Enjeux affectant la qualité des soins en milieu psychiatrique	34
Défis particuliers des établissements et unités	34
1. Infrastructure et conception physique des unités psychiatriques	34
2. Cohabitation de jeunes et d'adultes dans certaines unités	34
Défis pour l'ensemble du système	35
3. Disponibilité de personnel spécialisé	35
4. Délais dans les placements communautaires et rareté des options de logement	35
<hr/>	
PARTIE III – RECOMMANDATIONS	36
Réforme du droit	36
Réforme des politiques	38
Politiques sur les mesures de contrôle	38
Politiques sur l'utilisation de la force et des cagoules anti-crachats	39
Politiques sur le code blanc ou les rapports d'incidents	40

Pratiques de soins	40
Solutions de remplacement à l'utilisation des mesures de contention	40
Suivi et conformité	41
Système de surveillance des contentions	41
Processus d'audit et de gestion du risque	42
Formation	42
Infrastructures et équipements	43
Configuration des unités	43
Salles d'isolement	43
Capacité et protocole de vidéosurveillance	44
Cohabitation de jeunes et d'adultes	44
Collaboration à l'échelle du système	45
Recrutement et rétention du personnel spécialisé	45
Réintégration dans la communauté	45
L'avenir des soins de santé mentale	47
ANNEXE 1 – RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS	49
ANNEXE 2 – RÉPONSE PRÉLIMINAIRE DES AUTORITÉS PUBLIQUES AUX RECOMMANDATIONS	54
ANNEXE 3 – GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS ET DES TERMES UTILISÉS	61

MISE EN GARDE DESTINÉE AUX LECTEURS

Ce rapport examine l'utilisation des mesures de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes. Certaines personnes pourraient être troublées à la lecture des situations décrites dans le rapport. Pour les personnes qui ont suivi un traitement psychiatrique, ou pour leur famille et leurs amis, le contenu du rapport peut éveiller le souvenir d'expériences traumatisantes vécues personnellement ou par leurs proches.

Si vous ou une personne de votre connaissance avez besoin d'aide, veuillez communiquer avec l'un des services suivants :

Si vous éprouvez des difficultés et que vous avez besoin de quelqu'un à qui parler, de l'aide est disponible 24/7. Appelez gratuitement la **Ligne d'aide en santé mentale et du traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick** au 1 866-355-5550.

211 Nouveau-Brunswick offre des programmes et des services communautaires. Les services sont accessibles par téléphone au 2-1-1, sans frais au 1 855-258-4126, ligne ATS au 1 855-405-7446, par courriel au **211nb@findhelp.ca** ou en ligne à l'adresse <https://nb.211.ca/recherche/>.

La **Ligne d'aide en cas de crise de suicide 9-8-8** est un espace sûr pour parler, 24 heures sur 24, chaque jour de l'année, si vous songez au suicide ou si vous vous inquiétez pour une autre personne. Composez le 9-8-8 par téléphone ou par message texte, ou en ligne à l'adresse <https://988.ca/fr>.

Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être : Les Autochtones qui ont besoin d'aide peuvent aussi contacter la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être et le service de counseling en ligne. Le service est accessible par téléphone au 1 855-242-3310 (sans frais) ou en ligne à l'adresse <https://www.espoirpourlemieuxetre.ca/>.

REMERCIEMENTS

Le Bureau de l'ombud souhaite reconnaître les patients qui obtiennent ou ont obtenu des soins dans les établissements psychiatriques du Nouveau-Brunswick, particulièrement ceux qui ont été placés en contentions. Nous remercions les personnes qui ont pu partager leurs expériences et nous espérons que leur vécu contribuera à des changements systémiques à long terme pour prévenir les torts psychologiques et physiques occasionnés par l'isolement et les autres formes de contention.

Nous reconnaissons également le personnel de première ligne qui offre des soins aux patients en milieu psychiatrique, de même que les gestionnaires et les directeurs de ces établissements. Les questions soulevées dans ce rapport visent les déficiences structurelles et systémiques et ne devraient pas être interprétées comme minimisant leur travail acharné et leur engagement. Nous sommes conscients que travailler dans ce milieu de soin particulier est difficile et exigeant. Nous remercions le Réseau de santé Vitalité, le Réseau de santé Horizon et leurs établissements et unités psychiatriques, ainsi que le ministère de la Santé et le ministère du Développement social pour leur pleine coopération pendant l'enquête et leur réceptivité face à ce rapport.

Merci à l'ensemble du personnel du Bureau de l'ombud pour son dévouement sans faille envers l'équité, la transparence et la responsabilisation au sein du secteur public. Un merci tout particulier à l'équipe d'enquête pour ses efforts inlassables en vue de mener cette enquête à bon port, notamment : Jessica Guérette, directrice des enquêtes; Christine LeBlanc, enquêtrice principale; et Stéphanie Caron, enquêtrice principale.

MESSAGE DE L'OMBUD



Le présent rapport est l'aboutissement d'une enquête sur l'utilisation des mesures de contention dans les établissements psychiatriques du Nouveau-Brunswick. L'enquête a été lancée à la suite de plaintes déposées par ou au nom de patients de l'un de ces établissements. Le fait de connaître les expériences vécues par ces patients m'a mené à vouloir examiner les pratiques en vigueur dans d'autres établissements psychiatriques. D'autant plus que tous les patients ne sont pas en mesure de parler pour eux-mêmes ou d'avoir quelqu'un pour le faire en leur nom.

L'équipe d'enquête de mon bureau a tenu de nombreuses discussions avec les patients ou les membres de leurs familles qui nous ont contactés. Nous avons recueilli et lu des milliers de pages de documents, notes et dossiers de patients, en plus d'avoir visionné environ 950 heures de bandes vidéo. Nous avons tenu plus de 80 rencontres avec des représentants des établissements psychiatriques, des réseaux de santé et des ministères pendant l'enquête. Nous avons visité chaque unité psychiatrique de la province où le personnel nous a partagé les défis auxquels ils sont confrontés au quotidien. L'ensemble de ce travail, en plus d'un examen attentif de tous les renseignements à notre disposition, a contribué aux constatations et aux recommandations présentées dans ce rapport.

J'ai été personnellement perturbée et attristée par le traitement et les conditions de vie que certains patients ont dû endurer. En réfléchissant à tout ce dont j'ai été témoin, je constate qu'il n'y a pas qu'un seul point de défaillance. Il ne s'agit pas simplement de la défaillance d'un établissement en particulier ou d'une poignée d'employés, de la direction ou encore de la culture du milieu de travail. Elle n'est pas due à l'absence de

politiques et de lois, ou à l'inefficacité des systèmes et des protections juridiques. Elle n'est pas attribuable à la géographie, la pandémie ou les décisions des dirigeants politiques et institutionnels d'hier et d'aujourd'hui.

Il s'agit d'une défaillance qui relève d'un système en entier qui est sous pression. C'est aussi l'échec d'une société où les personnes qui souffrent de graves maladies mentales continuent d'être rejetées, marginalisées et incomprises.

Les recommandations contenues dans ce rapport visent à aborder certains changements systémiques nécessaires pour mieux prendre soin de ces personnes.

Toute personne qui se retrouve dans un établissement psychiatrique est l'enfant, la sœur ou le frère, le parent, le membre de la famille, le partenaire ou l'ami de quelqu'un. Chacun et chacune d'entre nous pourrait avoir besoin d'être traité dans l'un de ces établissements à la suite d'une expérience traumatisante. Je suis reconnaissante pour la générosité et le courage des patients qui ont raconté leur histoire et pour leurs familles qui ont défendu leurs intérêts. Ces patients méritent plus que ma propre indignation ou celle des autres. Ils méritent une action concrète. Ils méritent un changement réel et durable.

Marie-France Pelletier

Ombud du Nouveau-Brunswick

SOMMAIRE



L'enquête sur l'utilisation de salles d'isolement et de contentions physiques dans les établissements psychiatriques du Nouveau-Brunswick a été lancée à la suite de plaintes reçues par le Bureau de l'ombud. Entre février 2021 et octobre 2023, le Bureau a reçu 12 plaintes provenant de 11 patients ou des membres de leur famille. Toutes ces plaintes émanaient d'un seul établissement, le Centre Hospitalier Restigouche (CHR). Les patients concernés proviennent de tous les milieux et des quatre coins de la province. Certains ont été admis au CHR pour y subir une évaluation psycholégale dans le cadre d'un procès criminel, alors que d'autres y vivent depuis plusieurs années.

Ce rapport présente les récits fournis par ces personnes au sujet du traitement et des soins reçus. Le Bureau est conscient que certains incidents examinés lors de l'enquête ont donné lieu à des mesures disciplinaires, y compris le congédiement.

En janvier 2023, l'enquête a été élargie afin d'examiner l'utilisation des mesures de contention dans l'ensemble des établissements et unités de psychiatrie de la province. En juillet 2023 et en juin 2024, le ministère de la Santé et le ministère du Développement social ont été inclus dans cette enquête afin d'examiner certains aspects liés aux soins psychiatriques et à la réintégration des patients dans la communauté.

L'enquête a mené à 12 constatations clés découlant des plaintes à l'égard du Centre Hospitalier Restigouche et à huit autres constatations clés concernant l'utilisation de mesures de contention et d'autres enjeux ayant une incidence sur les soins psychiatriques au Nouveau-Brunswick.

En ce qui concerne les plaintes à l'égard du Centre Hospitalier Restigouche, l'ombud a fait les constats suivants :

- Les patients ont passé de longues périodes en contentions.
- Le personnel disposait de directives insuffisantes à savoir quand retirer les contentions.
- Les techniques de désescalade utilisées pour éviter d'avoir à utiliser des mesures de contention étaient inadéquates.
- Des techniques de recours à la force inadéquates ont été utilisées.
- Certaines ordonnances de contention n'étaient pas suffisamment documentées dans les dossiers des patients.
- L'évaluation et le suivi des patients en contentions étaient insuffisants et non conformes à la politique.
- Il n'y avait aucun moyen efficace pour les patients en contention de demander de l'aide.
- De nombreux patients en salle d'isolement sont devenus désorientés quant au temps.
- Les patients en salle d'isolement ont été laissés dans de mauvaises conditions sanitaires.
- Certains patients avaient de la difficulté à manger leurs repas lorsqu'ils étaient en contentions.
- Il y avait des cas où les rapports d'incident ne concordaient pas avec ce qui a été observé dans les séquences vidéo.
- Les possibilités de réintégration dans la communauté des patients de longue durée étaient insuffisantes.

SOMMAIRE

En ce qui a trait à l'utilisation des mesures de contention en milieu psychiatrique, l'ombud a fait les constats suivants :

- Le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon ont tous deux mis en place des politiques relatives à l'emploi de mesures de contention, avec quelques similitudes et divergences notées.
- Ni l'une ni l'autre des régions régionales de la santé n'a mis en place un système pour surveiller l'utilisation des mesures de contention dans leurs établissements.
- La possibilité pour les patients en contention de communiquer avec le personnel varie d'un établissement à l'autre.
- La disponibilité et la fonctionnalité des salles d'isolement ainsi que la capacité de vidéosurveillance varient d'un établissement à l'autre.

L'enquête a également révélé d'autres enjeux ayant une incidence sur la qualité des soins dans les établissements psychiatriques de la province.

L'ombud a fait les constats suivants :

- L'infrastructure et la conception physique, notamment les aires récréatives et les caractéristiques de sécurité, ne sont pas aussi fonctionnelles dans certaines unités psychiatriques que dans d'autres.
- Certains établissements ne disposent pas d'espaces réservés aux patients mineurs.
- La disponibilité de personnel et de professionnels de la santé spécialisés pose des défis.
- Il y a des retards dans les placements communautaires et une pénurie d'options de logement pour les patients prêts à réintégrer la communauté.

À la lumière de ces constats, l'ombud présente 21 recommandations dans sept catégories portant sur **la réforme du droit, la réforme des politiques, les pratiques de soins, la surveillance et la conformité, la formation, l'infrastructure et la collaboration à l'échelle du système.**

RÉFORME DU DROIT

L'ombud recommande que la *Loi sur la santé mentale* soit modifiée pour renforcer l'objectif de réduire au minimum l'utilisation de mesures de contention et inclure des exigences relatives à la mesure, à la consignation, à la surveillance et à la production de rapports sur l'utilisation de mesures de contention chez des patients psychiatriques.

RÉFORME DES POLITIQUES

L'ombud recommande que plusieurs politiques (mesures de contention, recours à la force, utilisation de cagoules anti-crachats, codes blancs/incidents entourant les patients) soient examinées et mises à jour afin de fournir au personnel des directives, des normes et des attentes claires en ce qui concerne les soins aux patients psychiatriques.

PRATIQUES DE SOINS

L'ombud recommande la collaboration entre les régions régionales de la santé et les fournisseurs de soins pour étudier des pratiques exemplaires qui favorisent des approches thérapeutiques afin de réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention et le recours à la force envers les patients psychiatriques.

SUIVI ET CONFORMITÉ

L'ombud recommande la mise en place d'un système de surveillance pour les patients en contentions dans tous les établissements et unités psychiatriques, ainsi que d'un mécanisme permanent de vérification interne pour examiner les cas où des patients ont été mis en contentions environnementale ou physique.

FORMATION

L'ombud recommande des cours de formation annuels obligatoires sur les normes de soins pour l'utilisation, l'application et la surveillance des mesures de contention, ainsi que sur les pratiques et techniques exemplaires de recours à la force et de désescalade.

INFRASTRUCTURES ET ÉQUIPEMENTS

L'ombud recommande l'élaboration d'un plan d'infrastructure exhaustif pour les établissements et unités psychiatriques de la province. Plus précisément, l'ombud a recommandé de l'équipement essentiel pour les salles d'isolement, comme un mécanisme fiable permettant aux patients de communiquer avec le personnel, ainsi que des caméras de surveillance dans les aires communes et les salles d'isolement avec des protocoles sur l'utilisation, l'accès, la conservation et l'élimination des séquences de vidéosurveillance. L'ombud a également recommandé que des protocoles et des directives clairs soient élaborés pour les situations où les jeunes doivent être admis à une unité psychiatrique pour adultes.

COLLABORATION À L'ÉCHELLE DU SYSTÈME

L'ombud recommande une collaboration continue aux fins suivantes :

- Le recrutement et le maintien en poste de personnel spécialisé pour répondre aux besoins de la province en matière de soins psychiatriques.
- L'amélioration des placements et mécanismes de soutien communautaires opportuns pour les patients prêts à réintégrer la communauté, y compris un groupe de travail pour aborder les obstacles systémiques et des placements progressifs (modèle de soins par paliers) pour certains patients;
- La mise en place d'un mécanisme de consultation global pour faire le point sur le système de soins de santé mentale de la province et trouver une voie pour aborder les enjeux relevés.

L'ombud surveillera les progrès réalisés dans la mise en œuvre de ses recommandations et publiera des rapports de suivis.

INTRODUCTION



Le présent rapport a été rédigé en trois parties. La première fournit un aperçu général des plaintes individuelles reçues par le Bureau de l'ombud concernant l'utilisation des mesures de contention dans un établissement de soins psychiatriques, le Centre Hospitalier Restigouche, entre février 2021 et octobre 2023. La deuxième partie examine les pratiques relatives à l'utilisation des mesures de contention dans l'ensemble des établissements et unités psychiatriques du Nouveau-Brunswick. Elle recense également d'autres problèmes qui ont eu un impact sur les soins psychiatriques dans la province. Enfin, la troisième partie présente les recommandations pour remédier aux enjeux et renforcer les pratiques exemplaires afin d'encadrer l'usage des mesures de contention et d'assurer la pérennité des soins psychiatriques dans la province.

Afin d'orienter le lecteur, l'information suivante fournit un contexte de base qui lui sera utile pendant sa lecture. Une liste complète des termes utilisés est fournie dans un glossaire à la fin du rapport.

Qu'est-ce qu'une mesure de contention?

Différents types de mesures de contention peuvent être utilisées en milieu psychiatrique, mais notre rapport se concentre sur la contention environnementale et la contention physique/mécanique.

CONTENTION ENVIRONNEMENTALE

« *obstacle ou dispositif qui limite les déplacements du patient et, de ce fait, le confine dans un secteur géographique ou un lieu précis (p. ex. : demi-porte)¹. »*

La seule mesure de contention environnementale abordée dans le cadre de cette enquête est la salle d'isolement, le terme qui est donc utilisé dans ce rapport.

CONTENTION PHYSIQUE

« *Moyens ou méthodes physiques ou mécaniques qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout le corps ou d'une partie du corps.*

- *Contention physique totale (p. ex. poignets, chevilles et abdomen);*
- *Contention physique partielle (p. ex. poignets ou chevilles ou abdomen ou fauteuil avec table et/ou ceinture². »*

1 Tel que défini dans la Politique N° GEN.3.80.15, Contentions, du Réseau de santé Vitalité (2017).

2 *Ibid.*

Dans ce rapport, les termes « contentions » ou « contention(s) physique(s) » sont utilisés pour décrire le matériel qui entrave des parties du corps, comme les poignets, les chevilles ou l'abdomen. Le terme « contentions aux cinq points » décrit une personne qui est soumise à une contention physique totale (les deux poignets, les deux chevilles et l'abdomen sont attachés avec l'équipement). Parallèlement, les termes « contentions aux trois points » ou « contentions aux quatre points » sont utilisés pour décrire les contentions physiques partielles (lorsque des dispositifs de contention physique sont placés sur trois ou quatre parties du corps).

Vue d'ensemble des services de psychiatrie au Nouveau-Brunswick

SERVICES RÉGIONAUX

Les soins psychiatriques sont assurés dans toute la province par huit hôpitaux différents dans les deux réseaux de santé régionaux.

Ces hôpitaux ont des unités psychiatriques offrant des soins psychiatriques aigus (de courte durée) aux adultes qui y sont admis.

SERVICES PSYCHIATRIQUES RÉGIONAUX AU NOUVEAU-BRUNSWICK		
	Réseau de santé Vitalité <i>Renseignements en date du 31 mars 2025</i>	Réseau de santé Horizon <i>Renseignements en date du 30 juillet 2025</i>
Hôpitaux dotés d'unités psychiatriques	4 ³	4 ⁴
Lits de soins psychiatriques occupés / lits disponibles	46/75	68/81
Patients en attente d'un placement résidentiel communautaire	12	18
Patients psychiatriques jugés inaptes ou en cours d'évaluation	7 <i>(en date du 7 août 2025)</i>	7

SERVICES TERTIAIRES SPÉCIALISÉS

Le **Centre Hospitalier Restigouche (CHR)**, situé à Campbellton, fait partie du Réseau de santé Vitalité. Seul établissement de ce genre au Nouveau-Brunswick, il fournit des services spécialisés en santé mentale à tous les résidents de la province. Il offre des services spécialisés de réadaptation psychiatrique allant de moyen à long terme, des services de consultation et de stabilisation aux personnes qui souffrent de problèmes

psychiatriques complexes ou d'autres maladies connexes, des services de psychiatrie légale (évaluation de l'aptitude à subir un procès et de la responsabilité criminelle), et des soins aux personnes qui ont obtenu un verdict de nonresponsabilité criminelle en raison de troubles mentaux ou qui sont inaptes à subir un procès⁵.

3 Hôpital régional d'Edmundston, Hôpital régional de Campbellton, Hôpital régional Chaleur, Centre Hospitalier universitaire Dr. G.-L. Dumont.

4 Hôpital régional de Miramichi, Hôpital de Moncton, Hôpital régional de Saint John, Hôpital Dr-Everett-Chalmers.

5 <https://vitalitenb.ca/fr/services-et-emplacement/trouver-un-point-de-service/centre-hospitalier-restigouche>

INTRODUCTION

Centracare, situé à Saint John, fait partie du Réseau de santé Horizon. Il offre des services de traitement et de réadaptation spécialisés aux patients atteints de troubles psychiatriques de moyenne ou de longue durée qui sont difficiles à gérer⁶.

SOINS PSYCHIATRIQUES TERTIAIRES SPÉCIALISÉS AU NOUVEAU- BRUNSWICK		
	Centre Hospitalier Restigouche <i>Renseignements en date du 31 mars 2025</i>	Centracare <i>Renseignements en date du 23 juillet 2025</i>
Lits de soins psychiatriques occupés / lits disponibles	82/100	25/28
Patients en attente d'un placement résidentiel/ communautaire	26	12
Patients psychiatriques jugés inaptes ou en cours d'évaluation	21	24

6 <https://horizonnb.ca/fr/services/services-de-traitement-des-dependances-et-de-sante-mentale/services-aux-adultes/centracare/>

PARTIE I

PLAINTES CONCERNANT L'UTILISATION DE MESURES DE CONTENTION AU CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE



Contexte

Entre février et mai 2021, le Bureau a reçu trois plaintes de personnes ou de membres de leur famille alléguant de mauvais traitements, de mauvais soins médicaux ou de mauvaises conditions de vie dans une salle d'isolement ou en contentions au CHR. L'ombud précédent a donc décidé d'entreprendre une enquête par rapport à ces plaintes en mai 2021. Pendant l'enquête, le Bureau a reçu neuf autres plaintes provenant de huit personnes, de septembre 2021 à octobre 2023. En juin 2022, l'ombud actuelle a élargi l'enquête pour y inclure les autres plaintes reçues concernant l'utilisation de mesures de contention au CHR.

LES UNITÉS DU CHR ET LEUR FONCTIONNEMENT

À titre d'information, le CHR a une capacité actuelle de 100 lits pour prodiguer des soins de psychiatrie tertiaire spécialisés dans la province. Le CHR est constitué de cinq unités de soins différentes, chacune ayant sa spécialisation.

La plupart des plaintes que nous avons examinées concernaient des patients hospitalisés dans l'unité F1 ou D1 pendant les incidents en question. Deux patients étaient logés dans les unités B2 et C1, et une autre dans l'unité D2.

DESCRIPTION DES UNITÉS DU CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE		
Unité	Capacité	Spécialisation
F1	20 lits	Psychiatrie légale (évaluation) : Les évaluations ordonnées par un tribunal ⁷ pour déterminer si un accusé est apte à subir son procès sont effectuées dans cette unité.
D1	20 lits	Psychiatrie légale (stabilisation) : Les patients dans cette unité ont été jugés non responsables criminellement et inaptes à subir un procès. La commission de recours (ci-après la « commission ») ⁸ peut ordonner le traitement et elle déterminera si le patient peut avoir son congé avec ou sans conditions. La commission peut également décider de garder le patient à l'hôpital pour y subir d'autres traitements jusqu'à ce qu'elle juge que le patient ne représente plus un risque pour la sécurité du public. Si le patient ne respecte pas les conditions imposées, il est ramené dans cette unité aux fins de stabilisation.

7 Évaluations prévues au paragraphe 16(1) du *Code criminel*.

8 Commission de recours désigne une commission constituée en application de l'article 30 de la *Loi sur la santé mentale*, c. M-10

D2	20 lits	Psychiatrie légale (réadaptation) : Les patients dans cette unité reçoivent des soins médicaux et thérapeutiques en fonction de leurs besoins. Ils peuvent jouir de plus de privilèges, avec l'approbation de la commission. L'objectif est de réadapter les patients et de les transférer dans l'unité B2, pour que commence la planification de leur réintégration dans la communauté.
B2	20 lits	Transition vers la communauté : Les patients dans cette unité continuent de recevoir des soins et du soutien, alors qu'ils s'adaptent à un milieu qui les prépare à réintégrer la communauté.
C1	20 lits	Soins de psychiatrie tertiaire (réadaptation continue) : Les patients qui ont des troubles psychiatriques complexes allant de l'autisme aux problèmes psychogériatriques et autres reçoivent des soins et un traitement de longue durée dans cette unité.

Certaines unités sont équipées de systèmes de sécurité plus robustes que d'autres en raison des patients qui y sont traités. Chaque unité compte un poste infirmier adjacent à la salle commune de l'unité, qui est habituellement meublée d'un téléviseur, de tables et de chaises. Certaines ont aussi une cuisinette. Les salles communes peuvent être utilisées par les patients à des moments précis de la journée, selon l'horaire de l'unité ou du patient.

Les repas sont servis à la même heure chaque jour et les patients doivent observer une période de calme jusqu'en milieu d'après-midi. Certains patients participent à des activités planifiées, selon leur situation. Ils peuvent notamment utiliser le gymnase de l'établissement, aller prendre un café en dehors de leur unité avec ou sans accompagnateur, regarder la télévision dans la salle commune de leur unité ou passer du temps dans l'espace extérieur sécurisé.

Les chambres des patients sont réparties en groupes le long des couloirs. Des portes séparent chaque groupe de la salle commune, et elles peuvent être verrouillées pour diverses raisons, y compris pour des raisons de sécurité. Chaque chambre est équipée d'un lit et d'une toilette; le personnel peut aussi verrouiller les portes au besoin.

SALLES D'ISOLEMENT

Le CHR possède des salles d'isolement qui sont utilisées pour isoler les personnes en crise. La plupart des salles d'isolement au CHR sont des pièces vides, verrouillées

et meublées de lits institutionnels équipés d'équipement de contention. Les fenêtres givrées laissent passer la lumière naturelle. L'éclairage fluorescent au plafond peut être allumé ou fermé de l'extérieur de la pièce. Il n'y a ni toilette ni lavabo. Les salles sont équipées d'une caméra qui enregistre les images et le son pour permettre au personnel de surveiller le patient par vidéosurveillance. Aucune sonnette d'appel ou d'intercom n'est à la disposition des patients. On demande habituellement aux patients de faire des signes de la main devant la caméra s'ils ont besoin d'aide.

Résumé des plaintes

Un document d'accompagnement à ce rapport partage les expériences de certains des individus qui ont été placés en contentions pendant leur admission pour des soins psychiatriques au CHR entre février 2021 et octobre 2023..

CHRONOLOGIE DES PLAINTES

Certaines personnes risquent de trouver les situations décrites ci-dessous perturbantes. Les noms des personnes ont été changés pour protéger leur identité.

- Février 2021 : Jonathan a été admis à plusieurs reprises au CHR au fil des années. Le Bureau a reçu une plainte d'un membre de sa famille, indiquant que Jonathan avait été mis en isolement et en contentions pendant une longue période, sans intervention appropriée, alors qu'il était dans l'unité B2.

- Mars 2021 : Isabelle a été patiente au CHR pendant plus de 20 ans. Un membre de sa famille a déposé une plainte concernant sa santé physique et le temps passé en contentions dans l'unité C1. Cette personne était préoccupée par les problèmes respiratoires dont souffrait Isabelle depuis quelques mois et par la détérioration rapide de son état de santé physique et mentale. Elle précisait que le CHR n'avait pas donné suite à sa demande de seconde évaluation médicale pour Isabelle. Elle pensait qu'Isabelle était en contention physique la majorité du temps et qu'Isabelle n'avait pas souvent la possibilité de marcher un peu. Selon la personne qui a communiqué avec nous, ce manque de mobilité pouvait peut-être expliquer les problèmes de santé physique d'Isabelle.
- Mai 2021 : Hugo a été admis au CHR dans le cadre d'une évaluation ordonnée par la cour. Il a communiqué avec le Bureau pour déposer une plainte à propos du temps qu'il a passé en salle d'isolement et en contentions dans les unités F1 et D1. Il disait avoir été souvent placé en salle d'isolement, avec et sans contentions, et que le personnel ne répondait pas à ses besoins, au point qu'il avait dû uriner et déféquer sur le plancher.
- Septembre 2021 : Linda a été admise au CHR dans le cadre d'une évaluation ordonnée par la cour. Elle a déposé une plainte à propos du temps passé en isolement pendant son séjour à l'unité F1. Linda a déclaré qu'elle avait été laissée dans la salle d'isolement pendant de longues périodes sans pouvoir aller aux toilettes, l'obligeant à uriner et déféquer sur le plancher.
- Octobre 2021 et novembre 2022 : Nicole était une patiente du CHR depuis quelque temps quand elle a communiqué avec le Bureau à propos du temps passé en isolement et en contentions pendant qu'elle était dans l'unité D1. Nicole a déposé deux plaintes. Dans la première, elle affirmait qu'elle avait été laissée en contentions aux cinq points toute la nuit, sans couverture et sans aucune intervention directe du personnel. Un an plus tard, Nicole a déposé une autre plainte au Bureau qui a été considérée comme mineure. Durant la conversation, elle a mentionné au passage qu'elle avait récemment été placée dans la salle d'isolement. Elle a affirmé que le personnel avait utilisé une force excessive; qu'il n'avait pas répondu à ses besoins de base, y compris le besoin d'uriner; qu'aucune surveillance n'avait été exercée pendant qu'elle était dans la salle d'isolement lorsqu'elle s'était blessée et que le personnel n'avait pas évalué sa blessure; et qu'elle avait été privée de sa médication régulière.
- Décembre 2021 : Francine a été admise au CHR dans le cadre d'une évaluation ordonnée par la cour. Elle était logée dans l'unité F1. Nous avons pris connaissance du fait qu'elle avait été en contention sans intervention appropriée et laissée dans son urine pendant une longue période.
- Février 2022 : Simon a été admis au CHR dans le cadre d'une évaluation ordonnée par la cour. Il a communiqué avec le Bureau pour se plaindre du fait qu'il avait été placé en contentions aux cinq points dans une salle d'isolement dans l'unité F1 d'environ 8 h à environ 13 h le lendemain.
- Juin 2022 : David a été admis au CHR dans le cadre d'une évaluation ordonnée par la cour. Il a communiqué avec le Bureau après avoir quitté le CHR pour nous faire part de son expérience dans la salle d'isolement dans l'unité F1. Dans sa plainte, il a fait quatre allégations : qu'on lui avait refusé une évaluation de son état de santé physique; qu'il avait passé de longues périodes en contentions aux cinq points sans les interventions requises, qu'il avait dû uriner et déféquer sur le plancher parce que le personnel n'avait pas donné suite à ses demandes d'aller aux toilettes ou de prendre une douche; que le personnel avait utilisé une force excessive (on lui avait fait une prise de tête).
- Août 2022 : Adam était en placement non volontaire au CHR, sous l'autorité de la commission de recours. Il a déposé une plainte concernant le temps passé dans une salle d'isolement dans l'unité F1 quand il y a été admis. Il allègue avoir été agressé sexuellement par des membres du personnel qui ont baissé son pantalon alors qu'il était en contentions dans la salle d'isolement et qui bavardaient comme si cela n'avait pas d'importance (en français, une langue qu'il ne parle pas) pendant l'intervention. Il s'était senti très

mal à l'aise parce qu'il croyait que le personnel se moquait de lui. Il affirmait avoir été en isolement pendant ce qui lui a paru être une semaine et en contentions pendant une période qu'il estime à trois jours. Il affirmait qu'il avait été obligé d'uriner et de déféquer sur le plancher de la salle d'isolement puisque le personnel ne l'avait pas amené aux toilettes.

- Novembre 2022 : Nicholas a été admis au CHR dans le cadre d'une évaluation ordonnée par la cour. Plusieurs jours après son séjour en salle d'isolement, Nicholas a communiqué avec le Bureau pour faire part de ses préoccupations concernant son traitement durant cette période dans l'unité F1. Il reconnaissait que son comportement dans l'unité méritait une conséquence, mais selon lui, ses gestes ne justifiaient pas d'être placé en contentions étant donné qu'il n'était pas agressif et qu'il n'avait pas d'antécédent d'automutilation. Dans sa plainte, Nicholas affirmait qu'il avait été immobilisé physiquement dès son arrivée dans la salle d'isolement sans raison valable et que les membres du personnel avaient utilisé une force excessive pour le faire entrer dans la salle. Il affirmait notamment avoir été poussé brutalement contre le mur; avoir passé près de trois heures en contentions à l'intérieur de la salle; s'être vu refuser ses demandes d'utiliser la toilette, l'obligeant à uriner sur le plancher; et qu'on aurait aussi refusé de le laisser lire les rapports d'incident, comme il le demandait.
- Octobre 2023 : Emma a communiqué avec le Bureau le lendemain de sa sortie de la salle d'isolement où elle affirmait avoir passé quatre jours; avoir été placé en contentions pendant près de huit heures; s'être vu refuser l'accès aux toilettes pendant cette période; et où elle exprimait aussi ses préoccupations quant à la force utilisée contre elle par le personnel répondant à un code blanc⁹ particulier pendant cette période. Elle affirmait également que des membres du personnel lui avaient tiré les cheveux et frappé la tête contre le plancher pendant l'intervention et que ses blessures n'avaient pas été examinées par un médecin par la suite.

Interactions avec le CHR et le Réseau de santé Vitalité

Pendant l'enquête, le Bureau a eu des communications régulières avec les responsables du CHR et du Réseau de santé Vitalité. Ils ont toujours été réceptifs aux interventions et ont pleinement coopéré avec le Bureau. Ils ont répondu rapidement et de façon détaillée aux nombreuses demandes d'informations et de documents.

Compte tenu du nombre de plaintes reçues, de la quantité importante de renseignements à examiner et, surtout, de la gravité de certaines des déficiences observées sur les bandes vidéo et dans l'examen des documents, il était impératif de partager régulièrement les observations avec la direction du CHR. En d'autres termes, nous ne voulions pas attendre la fin de l'enquête pour que certains problèmes soient traités. En conséquence, la direction du CHR a pris des mesures pour aborder des problèmes précis en temps réel, tout en travaillant à la conception de stratégies à plus long terme pour s'attaquer à certains problèmes chroniques.

SÉANCE D'INFORMATION OFFICIELLE AVEC LE RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET LE CHR – SEPTEMBRE 2022

L'ombud et l'équipe d'enquête ont rencontré la présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité et d'autres membres de l'équipe de leadership du Réseau ainsi que les responsables du CHR à Campbellton pour se renseigner sur leur établissement et faire part des premières observations à la lumière des plaintes examinées jusque-là.

Après cette rencontre, la présidente-directrice générale du Réseau de santé Vitalité a transmis une liste des mesures qui seraient prises immédiatement pour garantir la sécurité et le bien-être des patients mis en

⁹ Un « code blanc » est déclenché quand l'aide d'une équipe d'intervention est requise pour désamorcer une situation impliquant un patient violent ou agressif (la définition complète est fournie à l'annexe 3).

isolement et en contentions. Cette liste contenait les mesures suivantes :

- Les interventions « code blanc », la mise en salle d'isolement ou l'utilisation de contentions physiques doivent être signalées à la directrice du CHR sept jours sur sept, 24 heures sur 24.
- L'équipe de leadership doit surveiller les pratiques de contention pour vérifier qu'elles sont utilisées de manière appropriée et faire des recommandations en ce sens.
- Un membre de l'équipe de leadership doit visionner tous les enregistrements vidéo de chaque patient mis en isolement et en contentions.
- On a annoncé aux psychiatres que l'équipe de leadership pouvait leur demander de se présenter au chevet du patient pour l'évaluer et faire des recommandations.
- Les gestes et traitements non conformes aux politiques et procédures de la régie de la santé seront traités immédiatement.

Le Réseau de santé Vitalité a également partagé des stratégies dans le cadre de son plan pour régler les problèmes cernés et minimiser l'utilisation de la salle d'isolement et des contentions. Voici un résumé de ces stratégies :

- Vérifier que le personnel connaît la mission et les valeurs de l'organisation ainsi que sa philosophie en matière de soins.
- Recueillir des données afin d'identifier les tendances dans toutes les unités de soins pour aider à établir les cibles et faire état des améliorations.
- Créer un environnement où les politiques, procédures et pratiques en matière de soins tiennent compte des traumatismes, avec une compréhension des effets biologiques, psychologiques et sociaux des traumatismes et de la violence humaine.
- Réduire le recours à l'isolement et aux contentions en intégrant une panoplie d'outils et d'évaluations au plan de traitement de chaque patient.

- Veiller à ce que le réseau de soutien du patient soit engagé et inclus dans le plan de soins et le rétablissement du patient pour aider l'organisation à réduire l'utilisation de l'isolement et des pratiques de contention.
- Réduire au minimum le recours à l'isolement et à la contention en utilisant les données et informations acquises grâce à l'analyse vigoureuse de ces événements et pour servir de base aux politiques et procédures.

SÉANCE D'INFORMATION OFFICIELLE AVEC LE CHR – MARS 2023

L'équipe d'enquête a rencontré les responsables du CHR pour leur faire part d'observations préliminaires concernant les plaintes sous enquête à ce moment.

Après la rencontre, le directeur des services psychiatriques et médico-légaux tertiaires du CHR a rédigé une note administrative à l'intention des gestionnaires et superviseurs du CHR décrivant des mesures supplémentaires exigées :

- Les patients mis en isolement et en contentions doivent être observés de façon continue (face à face).
- L'observation continue sera assurée par un membre de l'équipe de soins de l'unité, sauf durant le quart de nuit où le personnel peut être restreint à deux personnes toute la nuit. Dans ce cas, un autre membre du personnel du CHR sera chargé d'assurer l'observation. Le membre du personnel doit être avec le patient dans la salle d'isolement (p. ex. porte de la salle d'isolement ouverte et membre du personnel dans l'entrée de la pièce).

SÉANCE D'INFORMATION OFFICIELLE AVEC LE CHR – JUIN 2023

L'équipe d'enquête a donné un aperçu de l'enquête à la nouvelle directrice principale et au nouveau vice-président adjoint, Services professionnels, du Réseau de santé Vitalité. Notamment, les constatations concernant les plaintes reçues à ce moment ont été présentées. L'équipe a également exprimé des préoccupations liées aux pratiques d'utilisation de la force et l'usage inapproprié de la cagoule anti-crachats. Certaines des

PARTIE I

améliorations ont été notées dans la fréquence de la surveillance et des évaluations réalisées par le personnel pour mieux répondre aux besoins des patients et se conformer aux exigences des politiques.

Cette rencontre a occasionné un dialogue important et a facilité une transition harmonieuse du dossier avec la nouvelle équipe de leadership du CHR après le départ de l'une des principales personnes-ressources. Ainsi, il a également été possible d'assurer la transparence avec l'équipe de direction du CHR avant que l'ombud communique une mise à jour de l'enquête et de nouvelles constatations à la présidente-directrice générale.

SÉANCE D'INFORMATION OFFICIELLE AVEC LE CHR – AVRIL 2024

En janvier 2024, l'équipe d'enquête a discuté des observations avec le CHR concernant la dernière plainte reçue par le Bureau en octobre 2023 qui portait sur le temps passé en isolement et en contentions.

La rencontre visait aussi à s'assurer que le CHR fournissait à la personne plaignante autochtone le soutien culturel dont elle avait besoin. Une autre question importante à résoudre portait sur le besoin d'éducation et de formation supplémentaires sur l'utilisation de la force et les techniques de désescalade dans les petits espaces comme les salles d'isolement.

SÉANCE D'INFORMATION OFFICIELLE AVEC LE RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET LE CHR – NOVEMBRE 2024

L'ombud et son équipe d'enquête ont rencontré le vice-président adjoint, Services professionnels, le directeur médical et le gestionnaire régional, Services professionnels de Vitalité ainsi que plusieurs membres de l'équipe de gestion du CHR. L'équipe de gestion du CHR a fourni une mise à jour détaillée des initiatives menées à bien et en cours afin d'améliorer la qualité des soins au CHR.

RÉSUMÉ DES MESURES PRISES PAR LE CHR EN DATE DE NOVEMBRE 2024

Systèmes informatiques	Tableau de bord général Système de gestion permettant de suivre le processus d'embauche, la présence du personnel, les accidents de travail, les congés de maladie, les heures supplémentaires, les incidents, les évaluations, le pourcentage de réadmission et le pourcentage de transfert dans la communauté.
	Système de gestion quotidienne de l'isolement et de la contention Système de gestion qui permet de suivre l'utilisation des mesures de contention et qui calcule en temps réel, pour chaque patient, le temps passé en isolement et/ou en contentions.
	Système de gestion quotidienne des évaluations psycholégales Système de gestion pour garantir que les rapports aux tribunaux sont préparés dans les délais impartis.

RÉSUMÉ DES MESURES PRISES PAR LE CHR EN DATE DE NOVEMBRE 2024	
Amélioration de l'expérience	<p>Comité des Aigles Comité créé en octobre 2023 pour donner aux patients la possibilité de se faire entendre. La direction du CHR consultera le comité sur différentes décisions susceptibles de toucher les membres ou leurs pairs.</p>
	<p>Salle de purification par la fumée Initiative du Comité des Aigles en collaboration avec les Premières Nations.</p>
	<p>Salles de traitement sensoriel Introduites par l'ergothérapeute et maintenant disponibles dans toutes les unités, sauf l'unité F1.</p>
Capacité	<p>Création de nouveaux postes Quatre nouveaux rôles : une ressource infirmière en sécurité clinique qui fournit un soutien additionnel à l'équipe du CHR en situation de crise; une ressource infirmière en traitement des dépendances qui offre de l'aide aux personnes qui veulent se défaire de leurs dépendances; une infirmière clinicienne spécialisée qui aide dans les cas complexes; un professionnel chargé d'éduquer les collègues du réseau sur la stigmatisation structurelle.</p>
	<p>Soins spécialisés – analyse appliquée du comportement Comme ces ressources ne sont pas disponibles dans l'établissement, le CHR a jugé nécessaire d'acheter des services pour répondre aux besoins des personnes qui ont des retards neurodéveloppementaux ou des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme.</p>
Communication et réseautage	<p>Rencontres avec les médias En 2024 et 2025, le CHR a parlé avec différents organes de presse pour expliquer ses défis et discuter de ses objectifs, soit réussir la réintégration des patients dans la communauté et éliminer la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui ont des troubles mentaux ou psychiatriques ou qui ont été hospitalisées au CHR dans le cadre de leur traitement</p>
	<p>Conférences d'experts – International Association of Forensic Mental Health Services À l'automne 2024, l'équipe de gestion du CHR a assisté à une formation professionnelle internationale.</p>

RÉSUMÉ DES INITIATIVES PRÉVUES PAR LE CHR	
Systèmes informatiques	<p>Gestion des recommandations Système de surveillance des données nouvellement créé pour gérer les recommandations et leur mise en œuvre.</p>
Réduire l'utilisation de la contention mécanique	<p>Retrait des lits de contention Les lits de contention ont été retirés de deux unités différentes pour permettre aux patients de choisir la salle qu'ils préfèrent (dans la mesure du possible). Cela peut atténuer les sentiments négatifs associés à la possibilité d'une contention.</p>
	<p>Révision de la politique sur les contentions Projet prévoyant de nombreuses initiatives pour améliorer l'utilisation des mesures de contention en milieu psychiatrique ou hospitalier.</p>

RÉSUMÉ DES INITIATIVES PRÉVUES PAR LE CHR	
Amélioration de l'expérience	<p>Initiatives de sensibilisation des employés L'équipe de gestion du CHR organise des réunions trimestrielles avec les employés pour partager les réussites et les nouvelles initiatives. Elle a aussi installé des écrans dans les postes infirmiers pour afficher l'information pertinente et remercier les employés qui contribuent au soin des patients de manière positive.</p>
	<p>Pair aidant et partenaire-patient Le pair aidant est généralement un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou qu'il a vécu une problématique liée à la santé mentale ou à la dépendance¹⁰. Le partenaire-patient est une personne qui a déjà été un patient à un moment de sa vie et qui peut maintenant partager son vécu.</p>
	<p>Milieu sécuritaire L'équipe de gestion du CHR veut accroître la sécurité du milieu en retirant les produits du tabac, en verrouillant l'entrée principale et en étudiant la possibilité d'installer un système de détection des armes et de se procurer de nouveaux équipements pour transporter les patients en crise de manière sécuritaire.</p>
	<p>Activités thérapeutiques et de loisirs Puisque le CHR a constaté que les patients risquent moins d'éprouver des difficultés lorsqu'ils sont occupés, Vitalité a créé huit nouveaux postes pour coordonner des activités destinées aux patients de l'établissement.</p>
Capacité	<p>Formation du personnel L'équipe de gestion du CHR veut offrir une formation plus poussée aux employés, notamment sur les soins tenant compte des traumatismes et le modèle clinique <i>Safewards</i>, et augmenter la participation aux formations déjà offertes.</p>
	<p>Consultation pour une culture axée sur le rétablissement La direction du CHR a l'intention de consulter un professionnel qui a réussi à apporter des changements substantiels dans un autre établissement pour les individus souffrant de maladies mentales afin de réorienter la culture du CHR vers le rétablissement.</p>
Communication et réseautage	<p>Partenariats Le CHR souhaite créer des partenariats avec des professionnels qui œuvrent dans le même domaine au Canada.</p>

10 <https://cmhanb.ca/fr/soutien-par-les-pairs/>

À la suite de la réunion de novembre 2024 et en réponse aux constatations préliminaires, la présidente-directrice générale, a écrit à l'ombud en janvier 2025 pour souligner que l'approche collaborative avait aidé Vitalité et le CHR à mettre en place des mesures préventives pour atténuer les risques de voir des situations similaires se produire à l'avenir. La présidente-directrice générale a assuré à l'ombud que des directives avaient été communiquées au personnel du CHR de tous les niveaux, y compris l'équipe médicale, sur l'importance de respecter la Politique de contentions et que toute violation pouvait donner lieu à des mesures disciplinaires, y compris le licenciement.

Voici d'autres initiatives mises en place :

- Examen complet de la Politique n° GEN.3.80.15 : Contentions (« Politique de contentions ») au sein du Réseau de santé Vitalité. Un groupe de travail a été créé à l'automne 2023 et chargé de mettre à jour la politique pour tous les secteurs, y compris la psychiatrie et les soins de longue durée, en s'inspirant des pratiques exemplaires.
- Une demande budgétaire a été formulée afin de créer un poste de responsable de la surveillance systémique de l'utilisation des mesures de contention à Vitalité et de l'amélioration continue concernant la sécurité des patients, des visiteurs et des employés.
- La mise en œuvre d'un système de surveillance en temps réel de l'utilisation des mesures de contention et de l'isolement pour toutes les unités de soins et d'évaluation. Ce tableau de bord en temps réel, qui fait partie des exigences en matière de surveillance, permet au personnel de vérifier que l'isolement et les mesures de contention sont utilisés pendant le moins de temps possible.
- Un rappel a été envoyé aux psychiatres par écrit et discuté pendant une réunion pour leur rappeler que la pratique de prescrire l'application de contentions *pro re nata* (PRN)¹¹ n'est ni acceptable ni conforme à la Politique de contentions de Vitalité. Le non-respect de la politique et des procédures applicables peut donner lieu à des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au licenciement.

En janvier 2025, le CHR a partagé plusieurs statistiques illustrant les progrès documentés au cours des derniers mois, notamment :

- Une diminution de 13% de l'utilisation des salles d'isolement de 2023 à 2024.
- Une diminution de 48% de l'utilisation de la contention physique de 2023 à 2024.
- Amélioration de 15 % de la qualité des interventions du personnel lors des codes blancs, ce qui a réduit le recours aux méthodes de contrôle ou de contention au profit de l'application de techniques de désamorçage conformes à la formation du personnel.
- Un lit d'isolement a été retiré d'une salle d'isolement au CHR, l'objectif étant de poursuivre ces changements.
- Augmentation de l'utilisation de leur propre chambre plutôt que des salles d'isolement pour isoler des patients agités lors d'un code blanc. Cette pratique permet au patient de demeurer dans un lieu confortable et qu'il connaît bien, lui donnant accès à une toilette et aux objets anti-stress qu'il possède, ce qui favorise un désamorçage plus efficace.

11 Pro re nata (PRN) est une locution latine signifiant « au besoin ».

Survol des rapports antérieurs concernant le CHR

► RAPPORTS RACINE¹² ET LAPIERRE, 2017

En 2017, le Réseau de santé Vitalité a confié à des experts-conseils le mandat de réaliser deux examens distincts afin d'évaluer la qualité des soins et des services au CHR à la suite des préoccupations exprimées par des personnes, des organisations et les tribunaux.

Les préoccupations portaient sur l'absentéisme, le traitement des patients et le nombre de blessures subies par le personnel aux mains des patients.

Le Dr Simon Racine a publié son rapport en mars 2017 et formulé 30 recommandations afin d'améliorer la culture et les services au CHR.

Le même mois, le Dr Patrick Lapière a fait un audit des dossiers relatifs à la psychiatrie légale de 2015 à 2017. Il a effectué une inspection aléatoire afin d'évaluer la qualité des soins cliniques prodigués aux patients en hospitalisation de courte durée et de longue durée au CHR et a découvert la preuve de pratiques négligentes. Son rapport contient 14 recommandations. Il n'a pas été rendu public.

► RAPPORT ÉCHEC À PROTÉGER¹³ – BUREAU DE L'OMBUD, 2019

Le Bureau a publié un rapport d'enquête intitulé *Échec à protéger* en 2019. Ce rapport examinait les soins prodigués aux patients du CHR et la conduite du personnel lors des interventions « code blanc ». Il a aussi conclu que des patients avaient été victimes de négligence, de violence verbale et de l'utilisation d'une force excessive par le personnel.

Le rapport aborde également la question de la pénurie chronique de personnel, qui se traduit par des ratios personnel/patient affectant la qualité des soins prodigués aux patients. Dans certains cas, ce ratio était dangereusement faible et il mettait en danger la sécurité des patients et du personnel.

Le rapport contient huit recommandations pour améliorer la formation du personnel, réduire le nombre de services offerts au CHR et poursuivre l'évaluation de l'établissement par des experts externes. Après la publication du rapport, le CHR a réduit le nombre de ses unités opérationnelles, qui sont passées de sept à cinq. Le CHR a continué d'être aux prises avec des problèmes de personnel et d'autres difficultés.

► RAPPORT WEBER¹⁴, 2019

En réponse au rapport *Échec à protéger*, le ministre de la Santé a retenu les services de la firme Conseil WebX pour surveiller et évaluer les services au CHR et au Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins complexes (CE). Ce rapport, terminé en avril 2019, contient des recommandations précises pour améliorer la sécurité et les services au CHR.

12 Dr Simon Racine, Centre Hospitalier Restigouche, Rapport sur l'organisation et le fonctionnement, Confidentiel – Avis au PDG, (Simon Racine MD, Consultant, mars 2017).

13 Rapport du Bureau de l'ombud, *Échec à protéger*, février 2019.

14 George Weber, *Centre Hospitalier Restigouche du Nouveau-Brunswick et Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins, avril 2019*

Principales constatations

Même si Vitalité et le CHR ont démontré leur engagement à régler bon nombre des enjeux soulevés par l'enquête, il est important d'être conscient du fait que le CHR a été confronté à de multiples défis pendant plusieurs années et que de nombreux rapports ont été publiés pour tenter d'aborder ces défis.

Dans cette optique, la bonne foi ne suffit pas à elle seule à assurer un changement véritable et durable. L'ombud formule 12 principales constatations découlant de l'enquête sur les plaintes liées au CHR. Tel qu'on le verra dans la partie II de ce rapport, certaines de ces constatations principales ne sont pas uniques au CHR. Certaines difficultés identifiées trouvent leur écho dans l'ensemble du système de soins psychiatriques. Ainsi, dans la partie III du rapport, l'ombud formule donc des recommandations pour aborder les enjeux particuliers liés aux plaintes impliquant le CHR ainsi que pour le système de soins psychiatriques dans son ensemble.

Les 12 principales constatations sont les suivantes :

1. Longues périodes en isolement ou en contentions

À maintes reprises, des patients ont été mis en isolement ou en contentions pendant de longues périodes, bien au-delà de l'intention de la politique en vigueur. Dans certains cas, il n'a pas été démontré que l'utilisation des contentions respectait les dispositions de la politique existante, compte tenu du comportement des patients et de leur coopération apparente lors de ces incidents.

2. Absence de directives sur le retrait de la contention

La politique en vigueur met l'accent sur les conditions qui entourent le moment où l'on peut utiliser des mesures de contention, mais fournit peu de directives sur leur retrait. Pendant l'enquête, il a été constaté que des membres du personnel disaient à certains patients qu'ils n'étaient pas autorisés à retirer les contentions, même si le patient semblait calme.

3. Utilisation insuffisante des techniques de désescalade

L'enquête a révélé que des efforts insuffisants ont été faits pour utiliser les techniques de désescalade ou pour explorer des solutions de rechange à la contention afin de calmer des patients agités. Cette situation a donné lieu à l'utilisation de mesures de contention, de la force ou, dans certains cas, de ces deux interventions. Par conséquent, des patients ont parfois été privés de leur droit au traitement le moins intrusif et le moins restrictif adapté à leur situation.

4. Utilisation inadéquate des techniques de recours à la force, notamment les cagoules anti-crachats

L'enquête a révélé que les interventions « code blanc » au CHR étaient le plus souvent la première réaction à un comportement de non-conformité, bruyant et perturbateur, et non pas une mesure de dernier recours, comme l'exige la politique. Nous reconnaissons que certaines situations nécessitent l'utilisation de la force. Les directives concernant ce type d'intervention sont décrites dans la politique du Réseau de santé Vitalité sur le code blanc¹⁵ qui précise que ces interventions ne doivent être utilisées que lorsque les techniques de désescalade verbale ont échoué.

Dans de nombreuses plaintes, on affirme que la force a été utilisée alors que le patient était en contentions, occasionnant de la difficulté à respirer dans certains cas. Dans plusieurs cas, l'utilisation de la force sur ces patients ne semblait pas nécessaire ou proportionnelle à la menace qu'ils représentaient, particulièrement le fait d'appliquer une pression et de couvrir le visage avec les mains, une couverture ou une cagoule anti-crachats alors qu'ils étaient en contentions aux cinq points.

Des inquiétudes ont également été soulevées par rapport aux techniques où le personnel exerce une pression ou une force sur le cou d'un patient. Dans certaines situations, on peut observer le personnel appliquer une pression sur le cou d'un patient, ainsi que sur la tête d'un autre patient lors d'une autre intervention.

15 Réseau de santé Vitalité - Centre Hospitalier Restigouche, Manuel de gestion des mesures d'urgence : Politique N°: MUR.4.10 41 Code blanc-personne violente (2023).

5. Documentation insuffisante des ordonnances de contention

En examinant les dossiers des patients au cours de l'enquête, il semble que certains renseignements devant être documentés ne se trouvaient pas toujours dans les dossiers des patients. Cela a engendré d'importantes lacunes au moment d'analyser si les politiques ont été respectées. Par exemple, la Politique de contentions de Vitalité permet l'utilisation de mesures de contention lors d'une intervention urgente pour un « patient dont le comportement constitue un danger grave et imminent pour lui-même ou pour autrui et qui constitue un motif suffisant pour agir sans ordonnance médicale ni consentements préalables. » La politique exige également l'obtention d'une ordonnance médicale auprès d'un médecin dès que possible (dans les 24 heures suivantes) lorsque des mesures de contention sont utilisées comme intervention d'urgence. Cette ordonnance doit être renouvelée toutes les 24 heures si les contentions sont maintenues. Il faut aussi aviser le plus proche parent ou le représentant légal du patient.

Si un patient nécessite une intervention planifiée d'utilisation de mesures de contention, la politique indique que l'application des contentions doit être prescrite par un médecin. Dans ces cas, la Politique de contention exige qu'une ordonnance médicale soit placée au dossier du patient. L'ordonnance doit préciser le type de de contention autorisé, le comportement pouvant justifier l'utilisation et la période durant laquelle elle est prescrite. Une ordonnance médicale ne peut pas simplement autoriser l'utilisation de mesures de contention au besoin, sans fournir plus de détails. Elles doivent également être « réévaluées et renouvelées tous les sept jours ». Il faut obtenir le consentement du patient, de son plus proche parent ou de son représentant légal pour faire des interventions planifiées incluant des mesures de contention. S'il est impossible d'obtenir ce consentement, un formulaire de décharge de responsabilité sera plutôt signé par le patient, son plus proche parent ou son représentant légal.

On constate des exemples de documentation insuffisante dans le cas d'Isabelle. Les ordonnances de contention pendant une longue période ne fournissaient pas de précisions sur le comportement ou les circonstances autorisant leur retrait. Cela n'était peut-être pas l'intention visée, mais avec le temps, il semble que l'utilisation des mesures de contention soit devenue la norme pour gérer les circonstances complexes d'Isabelle.

Dans le cas de Emma, il y avait des ordonnances de « contention au besoin pour la sécurité » ou « contentions PRN » [TRADUCTION] (contentions au besoin) durant la période de quatre jours examinée. Il semble que ces ordonnances, à leur tour, déléguaient au personnel de l'unité la décision d'utiliser les mesures de contention. Aucune évaluation en personne par des professionnels de la santé n'a été observée pendant cette période malgré les nombreuses tentatives d'automutilation de la part de la patiente. Les dirigeants de Vitalité ont reconnu que la pratique consistant à fournir des ordonnances médicales « au besoin » pour l'utilisation de contentions n'est pas conforme à la sa politique sur les mesures de contention.

6. Évaluation et surveillance insuffisantes des patients

Selon la Politique de contentions de Vitalité, une surveillance des patients en contentions doit être effectuée toutes les 15 minutes pendant la première heure et une fois l'heure par la suite. Des vérifications de routine doivent être faites toutes les deux heures pour permettre au patient d'aller aux toilettes, vérifier les points de pression causés par les contentions et retirer les contentions pour permettre les mouvements.

Les vérifications de routine n'ont pas eu lieu aux intervalles précisés par la politique quand les patients étaient mis en isolement ou en contentions physiques. De telles vérifications comprennent entre autres :

- Offrir à boire et à manger.
- Donner aux patients la possibilité d'aller aux toilettes.
- Vérifier le serrement de chaque contention, l'intégrité de la peau, la coloration des membres.
- Vérifier qu'on peut retirer les contentions au patient pour lui permettre de bouger ses membres régulièrement.
- Répondre aux demandes d'aide des patients.

7. Absence de mécanismes efficaces permettant aux patients de demander de l'aide

L'enquête a révélé que de multiples demandes d'aide des patients placés en salle d'isolement avec ou sans contentions sont restées sans réponse. On disait aux patients de faire des gestes devant la caméra s'ils avaient besoin d'aide, étant donné qu'il n'y avait pas de système de communication ou de sonnette d'appel à l'intérieur des salles d'isolement. Cela posait un problème, surtout quand les patients devaient aller aux toilettes.

Sur les enregistrements vidéo visionnés, on peut voir des patients demander régulièrement de l'aide, en vain, en employant différents moyens, notamment :

- Faire des gestes et des signes devant la caméra pendant de longs moments.
- Cogner sur la fenêtre de la porte de leur salle d'isolement.
- Frapper sur la porte.
- Donner des coups de pied sur la porte.
- Crier à l'aide.
- Écrire « Aidez-moi » [TRADUCTION] avec des morceaux de verres de styromousse.
- Écrire des messages et les tenir devant la caméra : « À l'aide! », « Besoin de faire caca » [TRADUCTION].
- Écrire « Aidez-moi » [TRADUCTION] sur le matelas avec de l'eau.

8. Désorientation temporelle

De nombreux patients en isolement sont devenus désorientés quant au temps. Ils n'avaient aucun moyen de savoir combien de temps ils avaient passé en salle d'isolement ou en contentions puisqu'ils n'avaient pas accès à une horloge ou un calendrier. Lors de nos conversations avec les plaignants à propos du temps passé en isolement et en contentions, ceux-ci ont souvent dit que cette période leur avait semblé durer des jours, mais qu'ils ne pouvaient préciser une durée exacte. Par exemple, Adam avait sous-estimé le temps qu'il avait passé dans la salle d'isolement et en contentions physiques. Il croyait que c'était une semaine, alors qu'en réalité il s'agissait de 12 jours.

9. Mauvaises conditions sanitaires dans les salles d'isolement

Des patients ont été observés devoir uriner ou déféquer sur le plancher de la salle d'isolement, dans des tasses ou dans des taies d'oreiller parce que le personnel ne les laissait pas sortir pour aller aux toilettes. Souvent, ils n'avaient pas la possibilité de se laver de manière appropriée (mains ou corps). Dans bien des cas, ces matières n'ont pas été nettoyées dans un délai raisonnable.

10. Difficulté à consommer les repas

De nombreux patients ont été laissés en contention physique pendant les heures de repas et ont souvent dû manger alors qu'ils étaient encore partiellement attachés à des lits dans les salles d'isolement, parfois avec une seule main libre. Certains patients en contentions mangeaient lorsque partiellement couchés, ce qui peut être dangereux.

11. Rapports d'incident contradictoires

Dans certains cas, les principaux détails liés aux incidents visionnés sur les bandes vidéo n'avaient pas été notés dans les rapports d'incident ou les dossiers des patients. Cela s'explique peut-être par le fait que l'on confie la rédaction des rapports d'incident à un membre de l'équipe d'intervention, au lieu de demander à chaque membre de cette équipe de rédiger son propre compte-rendu. L'absence de détails nuit au partage d'information essentielle entre les différents travailleurs de la santé qui s'occupent du patient. En milieu correctionnel, par exemple, tous les membres du personnel qui interviennent lors d'un incident doivent rédiger un rapport d'incident.

12. Possibilités insuffisantes de réintégration dans la communauté des patients de longue durée

Il n'y avait pas assez de ressources appropriées pour répondre aux meilleurs intérêts des individus aux besoins complexes en communauté. Bien que cela ne se limite pas aux patients du CHR, le cas d'Isabelle fournit un exemple probant des effets de l'hospitalisation à long terme de personnes ayant des besoins complexes. Même si Isabelle bénéficiait des visites de sa famille qui lui procuraient un certain sentiment d'appartenance à une communauté en dehors du CHR, cela n'est pas nécessairement le cas pour d'autres patients psychiatriques à long terme. L'absence de visites en communauté et l'isolement dans la chambre ou l'unité peuvent nuire à la santé, au bien-être et aux efforts de réintégration.

PARTIE II

UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION ET AUTRES PROBLÈMES TOUCHANT LES SOINS PSYCHIATRIQUES AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Contexte

Pendant l'enquête sur les plaintes impliquant le Centre Hospitalier Restigouche, l'ombud a décidé d'étudier de façon plus large les pratiques relatives à l'utilisation des mesures de contention dans l'ensemble des établissements et unités psychiatriques de la province. Le Bureau de l'ombud a été informé des problèmes au CHR après avoir été contacté par des patients ou des membres de leur famille. Cependant, qu'en est-il des autres patients psychiatriques non verbaux et sans personne pour parler en leur nom? Qu'en est-il des patients dans les établissements où le Bureau n'est pas une ressource bien connue?

Il était important de savoir si les établissements et unités psychiatriques de la province étaient confrontés aux mêmes problèmes que le CHR relativement à l'utilisation des mesures de contention. Même si ces établissements avaient chacun leur propre lot de défis, il y avait une toile commune d'enjeux sous-jacents qui, sans être toujours liés directement à l'utilisation des mesures de contention, exercent une pression sur la capacité d'offrir les meilleurs soins psychiatriques possible dans la province.

Chronologie de l'élargissement de l'enquête

- Janvier 2023 : Lettre d'avis d'enquête au Réseau de santé Horizon sur l'utilisation de mesures de contention environnementale et physique sur des patients nécessitant des soins psychiatriques dans toutes les unités psychiatriques.
- Janvier 2023 : Lettre d'avis d'enquête au Réseau de santé Vitalité sur l'utilisation de mesures de contention environnementale et physique sur des patients nécessitant des soins psychiatriques dans toutes les unités psychiatriques (pas seulement le CHR).
- Juillet 2023 : Lettre d'avis d'enquête au ministère de la Santé sur l'utilisation de mesures de contention environnementale et physique/mécanique sur des patients nécessitant des soins psychiatriques.
- Juin 2024 : Lettre d'avis d'enquête au ministère du Développement social concernant le placement communautaire des patients hospitalisés en milieu psychiatrique pendant de longues périodes.

Interactions avec les réseaux de santé et les ministères

RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON ET RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Après avoir envoyé les lettres d'avis d'enquête en janvier 2023, l'équipe d'enquête a eu une série d'échanges avec les deux régies régionales de la santé (RRS), notamment pour analyser les renseignements sur leurs politiques, pratiques et normes relatives à l'utilisation des mesures de contention.

Lors d'une rencontre avec les deux RRS en mars 2023, les RRS ont expliqué qu'elles devaient compiler et soumettre à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) le nombre de patients en contentions pendant les 72 heures suivant leur admission dans leurs établissements. Cependant, il n'y a aucun système de suivi pour les patients en contentions après cette période de 72 heures.

Étant donné l'absence de mécanisme de suivi, les RRS ont accepté, pour les besoins de notre enquête, de recueillir des données dans un tableau manuel de vérification et d'envoyer un échantillon basé sur dix dossiers de patients choisis au hasard dans chaque unité psychiatrique pour adultes.

Les données recueillies par les RRS entre mars et août 2023 ont révélé la nature complexe des problèmes qui surviennent quand on s'occupe des personnes qui ont de graves troubles du développement, des déficiences intellectuelles, une capacité limitée de communiquer ou des comportements très difficiles, notamment :

- Agression verbale : crier, menacer le personnel, verbaliser l'intention de se blesser ou de blesser autrui.
- Agression physique : cogner ou donner des coups de poing sur les murs, donner des coups de pied dans les portes, lancer ou briser des objets, détruire des biens, essayer d'agresser le personnel.

Il y avait de multiples dossiers où des patients amenés aux urgences avaient des comportements agressifs nécessitant l'application de dispositifs de contention pour leur sécurité et celle d'autrui. La nature complexe de ces situations fait ressortir l'importance des efforts et des ressources pour soutenir le personnel qui s'occupe de ces cas, et de l'éducation spécialisée continue pour gérer efficacement ces comportements difficiles.

L'équipe d'enquête a également fait état de préoccupations concernant les jeunes admis dans les unités psychiatriques pour adultes, puisque cela risque de les exposer à un langage inapproprié et des comportements agressifs. On accroît aussi le risque que les périodes d'isolement se prolongent afin d'éviter qu'ils soient en contact avec des patients adultes et exposés à d'autres facteurs environnementaux qui ne conviennent pas aux jeunes. Les notes du personnel clinique expriment la nécessité de protocoles assortis de lignes directrices claires pour gérer les adolescents admis dans des unités psychiatriques pour adultes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

En juillet 2023, une lettre d'avis d'enquête a été envoyée au ministère de la Santé. Dans cet avis, le Bureau faisait part de certaines observations faites à cette date et demandait plus d'information sur les efforts menés par le Ministère dans différents domaines. L'équipe d'enquête a rencontré les représentants du Ministère en août 2023, et ces derniers lui ont fourni la documentation en octobre et novembre 2023.

Parmi les enjeux examinés figuraient les efforts menés par le Ministère pour appuyer le Réseau de santé Vitalité et le CHR dans la mise en œuvre des recommandations du rapport Weber de 2019. Le Ministère a expliqué qu'il se concentrait sur le développement du modèle de soins par palier 2.0, un effort commun du ministère de la Santé et des deux RRS visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale et de traitement des dépendances par la mise en œuvre d'une thérapie à séance unique (« une séance à la fois ») dans la communauté¹⁶.

16 Source fournie par le ministère de la Santé : *Implementing One-at-a-Time Therapy in community addiction and mental health centres* [Mise en œuvre d'une thérapie unique dans les centres communautaires de toxicomanie et de santé mentale]

Le ministère de la Santé a fourni des documents qui expliquent le travail réalisé après la création d'une nouvelle division axée sur le recrutement et la rétention du personnel en santé, qui travaille en collaboration avec les RRS, le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et le ministère du Développement social.

Par ailleurs, le ministère de la Santé a parlé des efforts interministériels menés afin de donner priorité à la réintégration des patients dans la communauté afin de réduire l'impact des hospitalisations de longue durée. Le Ministère a expliqué les difficultés liées à l'obtention de placements communautaires pour les patients hospitalisés. Il a confirmé que des représentants se réunissaient régulièrement avec leurs homologues du ministère du Développement social pour discuter des cas complexes.

Pour ce qui est des évaluations psycho-légales, ils ont indiqué qu'un psychiatre avait été embauché comme médecin fonctionnaire à la Direction des services de traitement des dépendances et de la santé mentale. Entre autres, ce poste a permis de cibler l'amélioration de la surveillance et le contrôle de la qualité des évaluations psycho-légales au Nouveau-Brunswick. Cela a permis au Ministère de diriger des initiatives et de travailler avec ses partenaires gouvernementaux en formant un comité directeur provincial qui réunit les RRS, les professionnels de la psychiatrie, le ministère de la Justice et de la Sécurité publique et les procureurs de la Couronne. Ce groupe coopère dans la recherche de façon à aider les tribunaux à gérer les cas mettant en cause des personnes ayant des maladies mentales ou des problèmes de consommation. Le comité directeur examine aussi les options relatives à un cadre provincial pour guider le travail de psychiatrie légale mené dans la province.

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

En juin 2024, une lettre d'avis d'enquête a été envoyée au ministère du Développement social pour obtenir de l'information afin de mieux comprendre de quelle manière il appuyait les efforts visant à héberger les patients qui ont des besoins complexes et qui sont prêts à recevoir leur congé des RRS. Pour les besoins de

l'enquête, l'accent a été mis sur les patients hospitalisés dans des unités psychiatriques pendant de longues périodes en raison du manque de possibilités de placement communautaire.

Plus précisément, l'information suivante était demandée : les stratégies interministérielles en place, le processus entrepris actuellement quand le ministère du Développement social est informé par une RRS qu'un patient est prêt à réintégrer la communauté, le nombre de patients ayant des besoins complexes en attente d'un placement communautaire ainsi que la durée de leur attente. Nous avons en outre demandé de l'information sur le nombre de foyers de soins ou de foyers de soins spéciaux qui conviennent aux personnes ayant des besoins complexes ainsi que sur les soins de répit à la disposition des foyers de soins spéciaux et foyers de soins quand ces personnes ne vont pas bien et doivent être stabilisées.

Le ministère du Développement social a fourni des renseignements sur les stratégies interministérielles visant à privilégier la réintégration des patients psychiatriques dans la communauté pour minimiser les effets de l'hospitalisation de longue durée. Le Ministère a confirmé ce qui suit :

- Il participe à une initiative dirigée par le Réseau de santé Vitalité pour élaborer des lignes directrices visant à faciliter la planification de la transition, à favoriser la collaboration entre les partenaires et à combler les lacunes.
- Il fait partie du Comité provincial de soutien intégré qui fournit des conseils et du soutien dans plusieurs ministères.
- Il appuie le Plan d'action interministériel visant les dépendances et la santé 2021-2025 du ministère de la Santé.
- Il organise régulièrement des réunions avec le CHR et Centracare pour comprendre les besoins de certaines personnes.

En ce qui concerne le processus entrepris par le ministère du Développement social pour les patients psychiatriques prêts à obtenir leur congé des RRS,

PARTIE II

le Ministère a expliqué qu'il amorce la collecte de renseignement dès qu'il est informé par une RRS qu'un patient est prêt à obtenir son congé. Il a expliqué que plus les besoins sont complexes, plus il est difficile de trouver un placement qui convient. Néanmoins, il examine des solutions de rechange, par exemple en élargissant la recherche à d'autres régions de la province ou en offrant de la formation pour les placements existants.

Le Ministère a expliqué que les congés ont une meilleure chance de réussir quand les patients sont jumelés à un clinicien en santé communautaire et

quand les fournisseurs de services, dont le ministère du Développement social, les Services communautaires de santé mentale, les RRS et les autres ministères concernés collaborent.

En juillet 2024, le ministère a indiqué qu'il y avait 23 adultes dans des hôpitaux et 44 au CHR ou Centracare qui attendaient un placement communautaire. Le temps d'attente de ces patients variait d'une semaine à plus de deux ans. Le tableau suivant fournit une mise à jour des données visant le nombre de patients et le temps d'attente pour les patients pour un placement communautaire.

TEMPS D'ATTENTE POUR LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES QUI ATTENDENT UN PLACEMENT COMMUNAUTAIRE — MARS 2025

Source : ministère du Développement social

Les données sont approximatives en fonction d'un suivi manuel

Établissement ou hôpital	Nombre de clients	Temps d'attente
Centre Hospitalier Restigouche	22	17 patients: 1 mois à 2 ans 4 patients: 5 à 7 ans 1 patient: 11 ans
Centracare	11	1 mois à 2 ans
Bathurst	1	4 mois
Campbellton	1	1 an
Edmundston	1	2 ans
Fredericton	1	2 ans
Miramichi	2	6 mois et 10 mois
Moncton	3	1 mois à 1 an
Saint John	11	1 semaine à 4 ans

Le ministère du Développement social a mentionné qu'il n'a pas de liste d'attente particulière pour les établissements résidentiels pour adultes ou les placements communautaires. Il axe ses efforts sur les besoins individuels et les placements disponibles à ce moment. Ce processus est différent du processus d'admission des pensionnaires dans les foyers de soins, qui est prescrit par la *Loi sur les foyers de soins* et ses règlements.

En juillet 2024, le Ministère a fait savoir que, dans la province, 104 lits étaient disponibles dans cinq foyers de soins aménagés dans des unités conçues pour des personnes ayant de longs antécédents de maladie mentale, de démence ou d'autres troubles chroniques et dont l'état est bien maintenu ou stabilisé. Il a également indiqué qu'en date de juin 2024, 645 lits étaient disponibles dans des établissements résidentiels pour adultes, communément appelés foyers de soins

spéciaux, au Nouveau-Brunswick. Le problème, c'est que certains de ces établissements ont de la place, mais refusent les patients ayant des besoins complexes.

Par ailleurs, les représentants ont expliqué que les établissements résidentiels pour adultes et les agences de services privées peuvent refuser une admission. Les raisons du refus sont souvent liées aux facteurs suivants : les patients ont des comportements agressifs; l'établissement croit que les soins requis dépassent les compétences du personnel; l'établissement craint de ne pas obtenir un soutien suffisant des ministères; parfois, le patient ou son tuteur légal refuse le placement proposé.

En ce qui a trait aux ressources disponibles en communauté pour offrir du soutien et un répit aux établissements résidentiels pour adultes, aux foyers de soins et aux agences de services, les représentants du ministère du Développement social ont expliqué qu'on dispose de ressources limitées pour fournir des soins de répit quand un patient a des comportements agressifs. Toutes les mesures sont étudiées pour stabiliser le patient avant de l'envoyer à une RRS, et aucune protection normalisée n'est en place pour réduire le risque de perdre le placement pendant que le patient est traité à l'hôpital.

Le ministère du Développement social a fait état des efforts suivants pour créer plus de possibilités de placement :

- Collaboration avec le ministère de la Santé afin d'élaborer un modèle de consultation clinique pour accroître le soutien clinique et la formation à l'intention des fournisseurs de services ou du personnel soignant.
- Recensement des lacunes et des possibilités avec le ministère de la Santé.
- Collaboration avec d'autres ministères pour étudier la possibilité d'élaborer un cadre de collaboration pour la planification intégrée des soins.
- Examen d'un modèle de financement potentiel (*per diem*), différent du modèle actuel.
- Surveillance du modèle pilote de résidences communautaires actuellement en place, qui mise sur

un partenariat avec les Services communautaires de santé mentale et une intervention accrue du ministère du Développement social.

- Engagement préliminaire auprès des partenaires communautaires afin de générer des propositions de partenariats pour offrir un soutien résidentiel aux patients qui ont des déficiences intellectuelles et des troubles mentaux concomitants.
- Étudier les solutions permettant d'accroître la capacité et les soutiens offerts aux exploitants d'établissements.

Visites de l'ensemble des établissements et unités psychiatriques du Nouveau-Brunswick

Dans le cadre de l'enquête, l'ombud a demandé à l'équipe d'enquête d'enrichir l'information recueillie jusqu'à date en visitant chaque établissement et unité psychiatrique des réseaux de santé Vitalité et Horizon. L'équipe a apprécié l'accueil qu'on lui a fait, ainsi que l'occasion d'avoir de réelles discussions avec le personnel de différents niveaux sur les activités de leur unité respective. Pendant chaque visite, il était évident que le personnel rencontré avait une véritable passion pour son travail et voulait d'abord et avant tout agir dans l'intérêt de ses patients. Malgré les défis, les membres du personnel ont fait preuve d'une grande ingéniosité pour trouver des solutions et surmonter les obstacles dans la prestation de services à leurs patients.

Principales constatations – Enjeux liés à l'utilisation des mesures de contention en milieu psychiatrique

1. Politiques sur les mesures de contention

Chaque RRS a adopté sa propre politique sur l'utilisation des mesures de contention dans ses établissements, y compris les unités psychiatriques. Comme le montre le tableau ci-dessous, les politiques diffèrent à certains égards, même si elles ont des dispositions semblables en ce qui concerne les évaluations de patients.

POLITIQUES ET DISPOSITIONS	RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ	RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON
<p>Politique sur les moyens de contention</p>	<p>La Politique sur les contentions¹⁷ régit l'utilisation de la contention dans toutes les unités psychiatriques, y compris le CHR.</p>	<p>La Politique sur la contrainte minimale¹⁸ régit l'utilisation des mesures de contention dans toutes les unités de soins infirmiers aux patients et unités psychiatriques, y compris Centracare. Elle précise également que les</p> <p><i>« unités spécialisées (p. ex. psychiatrie) peuvent avoir leurs propres politiques, mais ces politiques doivent être compatibles avec l'intention de cette politique régionale ».</i></p> <p>[TRADUCTION]</p>
<p>Fréquence des évaluations par le personnel des patients en contentions</p>	<p><i>« À l'installation si possible et au besoin : vérification de la TA (tension artérielle), du pouls et de la respiration. »</i></p> <p><i>« Toutes les 15 minutes pendant la première heure puis chaque heure par la suite : état de conscience/mental, comportement/ problème observé, coloration des membres/ relâchement des contentions au besoin. »</i></p> <p><i>« Chaque heure et au besoin : position adéquate de la contention, besoin d'hydratation, intégrité de la peau, maintien de l'amplitude des mouvements. »</i></p> <p><i>« Toutes les 2 heures : besoin d'alimentation, besoin d'élimination, retrait de la contention pendant une durée minimale de 10 minutes et assistance avec les exercices passifs/ actifs »</i></p> <p>Les critères précités concernent les interventions d'urgence; il y a de légères différences en ce qui concerne les interventions planifiées.</p> <p>Il n'y a pas de disposition sur les soins d'observation continue, mais la politique indique qu'une <i>« surveillance plus fréquente peut être indiquée selon l'évaluation clinique ou selon la demande précisée dans les ordonnances médicales »</i>.</p>	<p>Toutes les 15 minutes <i>« jusqu'à ce que le patient soit calmé »</i> et toutes les 30 minutes <i>« jusqu'à ce que la contention soit terminée : niveau de conscience, respiration, comportement »</i>. [TRADUCTION]</p> <p>Toutes les deux heures pour <i>« – tous les moyens de contention : intégrité de la peau, toilette offerte, nourriture offerte, amplitude de mouvement/changement de position... Les contentions sont retirées pendant au moins dix minutes toutes les deux heures pour permettre au patient de marcher, d'aller aux toilettes, de faire de l'exercice et pour d'autres soins. »</i> [TRADUCTION]</p> <p>La politique ne fait aucune distinction entre l'utilisation des moyens de contention d'urgence ou planifiée.</p> <p>La politique précise que :</p> <p><i>« l'utilisation d'un dispositif de contention à cinq points nécessite l'observation constante du patient »</i>. [TRADUCTION]</p>

17 Politique N° GEN.3.80.15, Contentions (2017).

18 Politique HHN-PC-010, Least Restraint [Contrainte minimale] (2021).

POLITIQUES ET DISPOSITIONS	RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ	RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON
<p>Politique sur l'utilisation des cagoules anti-crachats (aussi appelés capuches de protection faciale)</p>	<p>Les politiques actuelles ne font aucune mention de ces dispositifs, mais leur utilisation a été observée lors des incidents décrits dans notre rapport.</p> <p>Il n'est pas clair quelle formation est exigée pour le personnel autorisé à utiliser ce dispositif.</p>	<p>La Politique sur les capuches de protection faciale¹⁹ régit l'utilisation de ces dispositifs, en précisant que seul le personnel de sécurité est autorisé à les appliquer, que le personnel doit demander à la personne au comportement agressif d'arrêter de cracher et qu'il doit obtenir l'autorisation de l'équipe clinique avant d'utiliser ce dispositif sur le patient. De plus, le personnel doit retirer le dispositif dès qu'il semble causer une détresse physique au patient.</p> <p>Tous les agents de sécurité doivent regarder la vidéo de formation et lire la politique pendant leur orientation initiale, puis deux fois par année.</p>

2. Surveillance de l'utilisation des mesures de contention

Vitalité et Horizon ont tous deux expliqué qu'aucun de leurs établissements n'avait de système (informatique ou manuel) pour faire le suivi de l'utilisation des mesures de contention. Il faudrait donc réaliser un audit des dossiers pour recueillir une partie des données demandées par l'ombud relativement aux tendances statistiques sur l'utilisation des mesures de contention. Cette lacune dans la collecte de données est préoccupante, parce que cela signifie qu'il y a très peu d'activités de surveillance pour contrôler ou examiner leur utilisation après ces interventions.

En réponse à notre enquête, le CHR a informé le Bureau qu'il avait créé un « tableau de bord en direct » que le personnel doit remplir quand un patient est mis en contentions et placé ou non en salle d'isolement. Cet outil électronique documente automatiquement l'heure d'application des mesures de contention. Le champ change automatiquement de couleur après un intervalle de temps précis, ce qui indique à l'équipe de gestion qu'elle doit faire un suivi auprès de l'unité concernée. Ce tableau de bord est accessible à distance et sur place par

l'équipe de gestion du CHR et les autres membres de l'équipe désignés.

En dépit des politiques en place, il ne semble pas y avoir de mécanisme cohérent pour déclencher un examen des violations des politiques en milieu institutionnel. La direction de ces établissements pourrait tirer avantage de processus internes d'assurance-qualité qui recense les cas de violation des politiques pour garantir que des mesures correctives sont prises avant que des plaintes soient déposées. L'audit aléatoire des dossiers de patients pourrait aussi faire office de système d'alerte rapide. Pendant notre enquête, Vitalité a amorcé un audit et un processus d'examen fondés sur les plaintes afin de vérifier si les patients qui ont déposé des plaintes pour violation de politiques reçoivent depuis des soins appropriés.

3. Communication avec les patients en contentions et évaluation de leur état

Les pratiques en matière de communication varient elles aussi dans le système. Certaines salles d'isolement, notamment au CHR, n'ont aucun système de communication. Dans certains établissements, les salles d'isolement sont équipées

19 Politique HHN-SA-038, Protective Face Hood [Capuche de protection faciale] (2019).

de dispositifs de communication fixés au mur (sonnettes d'appel ou intercoms) qui permettent au personnel de communiquer avec le patient. Même s'ils ont accès à un intercom, des membres du personnel de l'Hôpital régional de Campbellton ont dit qu'ils n'utilisaient jamais ce système parce qu'ils craignaient que le fait d'entendre des voix sans voir la personne qui leur parle pourrait engendrer de la détresse chez le patient déjà agité.

L'évaluation des patients en contentions variait entre les établissements. Dans certaines unités, un membre du personnel reste dans la salle avec le patient en contentions, tandis que d'autres unités surveillent le patient par caméra ou effectuent des visites de vérification toutes les 15 minutes.

4. Salles d'isolement

Certaines différences ont été relevées dans la disponibilité ou les fonctionnalités des salles d'isolement des unités psychiatriques.

Par exemple, l'Hôpital régional d'Edmundston n'a aucune salle d'isolement réservée à cette fin.

Les salles d'isolement de l'Hôpital régional de Miramichi sont les seules à être équipées d'une toilette, y compris d'une douche, que les patients peuvent utiliser sans l'aide du personnel.

La capacité de surveillance vidéo variait d'un établissement à l'autre. Les salles d'isolement à l'Hôpital régional Chaleur ne sont pas équipées de caméra de surveillance vidéo et de multiples systèmes ne conservent pas les bandes vidéo. Les aires communes de l'Hôpital régional de Miramichi ne sont pas dotées d'un système de vidéosurveillance, mais ces zones sont visibles du poste infirmier.

Principales constatations – Enjeux affectant la qualité des soins en milieu psychiatrique

DÉFIS PARTICULIERS DES ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS

1. *Infrastructure et conception physique des unités psychiatriques*

Même si certains établissements et unités psychiatriques ont des espaces plus fonctionnels que d'autres, nos visites ont révélé plusieurs incohérences, même au sein de la même RRS. La configuration des unités variait énormément, tout comme les mesures de sécurité, l'accès aux programmes et d'autres types d'infrastructure (p. ex. loisirs).

L'aménagement de certaines unités offrait suffisamment d'espace aux patients pour socialiser et faire des activités en dehors de leur chambre, tandis que d'autres étaient très petites, compte tenu du nombre de patients pris en charge lors de notre visite. C'était le cas notamment du Centre hospitalier universitaire D'-Georges-L.-Dumont.

Ces différences peuvent nuire à la capacité d'appliquer un cadre provincial qui répond aux besoins des patients soignés.

2. *Cohabitation de jeunes et d'adultes dans certaines unités*

L'espace réservé aux patients psychiatriques mineurs varie entre les régions. Beaucoup d'hôpitaux ont des sections spéciales à l'intérieur des unités pour adultes pour garder les adolescents dans des lieux séparés, ou carrément dans des unités distinctes. Cependant, certains hôpitaux n'ont pas d'espace réservé aux jeunes. Ces derniers sont donc placés dans les unités pour adultes et accompagnés d'un soignant personnel. L'absence d'espace réservé aux patients mineurs est inquiétante, compte tenu des risques associés au partage des lieux par des jeunes et des adultes, surtout dans les aires d'isolement.

DÉFIS POUR L'ENSEMBLE DU SYSTÈME

3. *Disponibilité de personnel spécialisé*

Dans chaque établissement, le personnel a décrit les défis posés par le nombre de personnel disponible. Ces défis sont semblables à ceux qui touchent le système de santé dans son ensemble. La difficulté du recrutement et de la rétention de professionnels de la santé s'accroît quand on veut qu'ils soient formés et qualifiés pour travailler dans un milieu psychiatrique spécialisé.

4. *Délais dans les placements communautaires et rareté des options de logement*

Dans la majorité des unités psychiatriques, le personnel a indiqué que certains patients étaient en attente d'un placement communautaire depuis un an ou plus. Il a expliqué que souvent, si aucun placement n'est trouvé, le ministère du Développement social ferme le dossier du patient. Ainsi, les ressources ne cherchent plus activement un placement pour le patient. La surpopulation des unités psychiatriques peut causer des problèmes dans le reste de l'hôpital quand les patients qui attendent d'être admis en psychiatrie occupent de l'espace dans les salles d'urgence.

Les délais liés aux placements communautaires sont causés en partie par l'insuffisance de logements (privés et publics) en communauté, particulièrement pour les patients ayant des troubles du développement. Ce manque de logements donne souvent lieu à une hospitalisation prolongée dans les unités psychiatriques même quand le patient est stabilisé et qu'il a obtenu son congé médical. Ces patients peuvent alors régresser et développer des comportements problématiques, qui doivent alors être stabilisés avant leur départ.

Plusieurs représentants des RRS ont expliqué que les salles d'urgence et les hôpitaux admettent souvent des patients psychiatriques qui ont des problèmes de comportement complexes et qui se montrent agressifs parce que leur soignant ou leur placement communautaire ne sont plus en mesure de s'occuper d'eux. Cette situation s'explique par la rareté des placements communautaires et des ressources spécialisées.

Le manque de placements communautaires a créé un effet d'embouteillage dans le système de santé. Les responsables ont expliqué que les patients ayant de graves troubles du développement, des déficiences intellectuelles et une capacité limitée à communiquer requièrent souvent des services et des soutiens différents qui sont difficiles d'accès, particulièrement en dehors des hôpitaux. Selon eux, une réponse coordonnée est nécessaire pour garantir la réussite du placement communautaire de ces patients complexes, accompagnée de protocoles clairs qui favorisent un modèle de transition progressive. Il est aussi important d'établir un modèle préventif pour garantir que ces patients, quand ils sont en crise, ont accès à une intervention clinique rapide dans la collectivité dès que leur état commence à se détériorer.

PARTIE III

RECOMMANDATIONS



Notre enquête sur l'utilisation des mesures de contention dans les établissements psychiatriques a porté l'ombud à formuler des observations sur les améliorations qui s'imposent pour réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention conformément à la *Loi sur la santé mentale*. Pendant l'enquête, il est devenu évident que de nombreux enjeux nuisent au bon fonctionnement des établissements psychiatriques et entraînent des répercussions sur la qualité des soins reçus par les patients, non seulement dans ces établissements, mais aussi lorsqu'ils se préparent à réintégrer leurs communautés.

Cette partie du rapport recense les domaines où l'ombud recommande des améliorations et définit une démarche pour poursuivre l'examen de l'état des services et des soins de santé mentale dans leur ensemble.

Réforme du droit

Au Canada, l'objectif incontesté est de limiter l'utilisation des mesures de contention au strict minimum, voire d'éliminer leur utilisation là où c'est possible. Cela étant, la Cour suprême du Canada a reconnu un droit et un devoir de restreindre une personne prise en charge dans des situations d'urgence pour protéger cette personne ou autrui²⁰. Les tribunaux ont également examiné les répercussions pour les patients en placement involontaire par rapport à leurs droits garantis par la Charte. Ils ont confirmé que les restrictions aux droits fondamentaux relatifs à la vie,

la liberté et la sécurité de la personne sont parfois justifiées²¹. Ce droit et ce devoir en *common law* sont maintenant inscrits dans les lois sur la santé mentale respectives de chaque province et territoire du Canada.

Les dispositions de la *Loi sur la santé mentale* du Nouveau-Brunswick par rapport aux « restrictions » des patients en placement involontaire fournissent des paramètres utiles sur les situations justifiant l'utilisation de mesures de contention²² et créent l'obligation implicite de documenter l'utilisation de ces mesures dans le dossier du patient²³. L'article portant sur les fins de la *Loi* traite de la nécessité de prévoir les restrictions, soins et traitements qui sont « les moins contraignants et les moins envahissants en vue de la réalisation des fins²⁴ ». Il s'agit d'une norme que l'on retrouve dans les dispositions législatives partout au pays.

Même si les dispositions législatives du Nouveau-Brunswick comportent plus d'exigences et d'orientations que celles de certaines autres provinces et territoires, elle reste en deçà des lois en vigueur dans beaucoup d'autres d'entre eux (Québec, Ontario, Manitoba, Alberta, Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut).

Par exemple, les lois sur la santé mentale de plusieurs provinces et territoires définissent ou expliquent ce qu'on entend par l'utilisation des mesures de contention. Cette pratique comprend le recours au minimum de force, de moyens mécaniques ou de substances chimiques (comme des médicaments)

20 *Wellesley Hospital c. Lawson*, 1977 CanLII 29 (CSC), [1978] 1 RCS 893

21 *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 RCS 519, 107 DLR (4th) 342; *Conway c. Fleming*, 1999 CanLII 19907 (ONSC)

22 Par exemple : al. 1.1(c), 7.1(4)c) de la *Loi sur la santé mentale* et par. 5(1) du Règlement 94-33 ; *Règlement général — Loi sur la santé mentale*

23 Voir par. 16.1(1)

24 Voir al. 1.1(c) de la *Loi sur la santé mentale*

afin de prévenir les torts occasionnés à soi-même ou à autrui et, dans certains cas, elle est circonscrite en fonction de l'utilisation de la force ou le contrôle²⁵.

Quelques provinces et territoires exigent que certains détails par rapport à l'utilisation de méthodes de contention envers un patient soient consignés dans le dossier du patient, notamment le type de méthode utilisé (dont la médication, le dosage et la fréquence), la durée de l'utilisation des contentions et une description du comportement du patient nécessitant l'utilisation des contentions²⁶. Puisque les patients ont le droit de consulter leur dossier, ils ont aussi le droit de savoir quelles mesures de contention ont été utilisées pendant leur prise en charge et d'en connaître les raisons.

La loi québécoise est unique au pays, car elle exige que chaque établissement de santé adopte un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles. Les établissements de santé doivent aussi informer les patients de leurs protocoles et ils doivent évaluer annuellement l'utilisation des mesures de contrôle²⁷. Ces obligations législatives au Québec vont plus loin que celles du Nouveau-Brunswick, car elles exigent l'évaluation, le suivi et la production de rapports sur les efforts déployés pour limiter le recours à toutes les formes de contrôle en milieu hospitalier, et particulièrement en milieu de soins psychiatriques.

Si les autres provinces et territoires du Canada n'ont pas tous ajouté une disposition qui définit l'objet visé par leurs lois sur la santé mentale, certains ont adopté des préambules ou des dispositions qui traitent du droit à la dignité, du respect, de l'autodétermination, de l'autonomie, de la sécurité culturelle, de l'égalité de traitement, et des autres droits fondamentaux des patients²⁸.

Il serait possible d'améliorer certaines parties de la *Loi sur la santé mentale* par rapport aux lois correspondantes en vigueur ailleurs au pays en ajoutant :

- Une définition claire de ce que l'on entend par « restrictions » (mesures de contention) et ce qui les caractérisent.
- L'obligation de consigner certains renseignements sur l'utilisation des contentions dans le dossier du patient.
- Des protocoles sur l'utilisation ou l'application de mesures de contention sur les patients en placement involontaire dans les établissements psychiatriques, en plus d'exigences de formation et de sensibilisation, et des processus d'examen pour évaluer l'utilisation de mesures de contention sur ces patients.
- Une disposition plus ferme décrivant l'objet visé par la *Loi* qui traite des droits du patient à la dignité, au respect, à l'autodétermination, à l'autonomie, à la sécurité culturelle, à l'égalité de traitement et autres droits fondamentaux.

Recommandation 1

AUTORITÉ PUBLIQUE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Rédiger et présenter des modifications à la *Loi sur la santé mentale*, s'inspirant des pratiques exemplaires dans les provinces et territoires chefs de file en la matière, pour réaffirmer l'objectif de diminuer l'utilisation des mesures de contrôle restrictives dans le domaine des soins psychiatriques, ainsi que d'exiger que l'utilisation des mesures de contention envers les patients psychiatriques soit mesurée, documentée, et qu'elle fasse l'objet de suivis et de rapports.

25 Voir *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario, LRO 1990, c M.7, par. 1(1); *Loi sur la santé mentale* du Manitoba, CPLM c M110, art. 1; *Mental Health Act* de l'Alberta, RSA 2000, c M-13, art. 30; *Loi sur la santé mentale* du Yukon, LRY 2002, c 150, par. 18(1); *Loi sur la santé mentale* des Territoires du Nord-Ouest, LRTN-O 1988, c M-10, art. 95; *Loi sur la santé mentale*, du Nunavut, LRTN-O (Nu) 2021 c 21, par. 2(4).

26 Voir *Loi sur la santé mentale* du Manitoba, CPLM c M110, par. 29(4); *Loi sur la santé mentale*, du Yukon, LRY 2002, c 150, par.18(2) et 18(3).

27 Voir la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* du Québec, chapitre G-1.021, article 397.

28 Voir, par exemple, *Involuntary Psychiatric Treatment Act* de la Nouvelle-Écosse, NS 2005, c 42, par. 2(1); *Loi sur la santé mentale*, du Yukon, LRY 2002, c 150, préambule; *Loi sur la santé mentale*, des Territoires du Nord-Ouest, SNWT 1988, c M-10, par. 3.1(2); *Loi sur la santé mentale* du Nunavut, SNWT-Nu 2021 c 21, art. 1.

Réforme des politiques

POLITIQUES SUR LES MESURES DE CONTRÔLE

Il faudra mettre à jour les politiques et les procédures actuelles afin de les aligner sur les nouvelles dispositions de la *Loi* visant à encadrer et à réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention et d'assurer l'application de ces dispositions. En prenant appui sur les nombreux aspects essentiels des politiques actuelles chez Vitalité et Horizon, les nouvelles politiques de réduction au minimum de l'utilisation des mesures de contrôle dans les unités de soins psychiatriques pourraient comprendre les éléments suivants :

- Normes en matière de durée maximale de l'isolement et de la mise en contention physique du patient avant la réévaluation obligatoire de ces mesures.
- Normes en matière de durée maximale de l'isolement et/ou de la mise en contention physique du patient avant qu'il soit vu par un membre du personnel médical.
- Normes en matière de vérifications de routine de la santé et du bien-être des patients en contention.
- Critères spécifiques précis pour guider l'imposition de mesures de contention et faciliter leur retrait,

par exemple par la création d'un processus pour garantir que le personnel peut obtenir rapidement les autorisations nécessaires quand il détermine que le patient est calme et qu'il n'a plus besoin d'être maîtrisé (ou pour permettre au personnel soignant de prendre la décision de retirer les contentions et de demander l'autorisation plus tard, comme c'est le cas pour l'application des contentions).

- Directives précisant que l'application de mesures de contention physique ou environnementale ne doit pas nuire aux soins médicaux réguliers, au repos, aux repas et à l'hygiène du patient, y compris ses besoins d'élimination.
- Détails sur l'information à consigner dans le dossier du patient, y compris le fait que le patient a été informé, en termes faciles à comprendre, de la raison de l'utilisation des mesures de contention et des conditions nécessaires à leur retrait.

Les politiques de réduction au minimum de l'utilisation des mesures de contention devraient être diffusées auprès du personnel, des professionnels de la santé, des patients, des membres de leur famille et de leurs représentants légaux.

Recommandation 2

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Mettre à jour les politiques sur les mesures de contention pour les harmoniser avec les nouvelles exigences de la *Loi sur la santé mentale* et pour fournir des directives et des attentes claires concernant les normes d'application, d'utilisation et de retrait des mesures de contention.

POLITIQUES SUR L'UTILISATION DE LA FORCE ET DES CAGOULES ANTI-CRACHATS

Lorsque le recours à la force est requis, les employés doivent avoir des directives suffisamment précises pour avoir l'assurance d'utiliser ces techniques en posant un risque minimal pour la santé et le bien-être du patient. Cela vaut aussi pour l'utilisation de la cagoule anti-crachats lors d'une intervention avec un patient. Selon la politique actuelle, l'utilisation de la force, y compris des cagoules anti-crachats, est une technique d'intervention à utiliser seulement en cas d'échec des tactiques de désescalade. L'enquête a relevé de nombreux cas où la nécessité et la proportionnalité de la force étaient contestables compte tenu du comportement du patient.

Il faudrait revoir complètement l'utilisation des cagoules anti-crachats comme technique d'intervention. Par exemple, les Services pour adultes mis sous garde du ministère de la Justice et de la Sécurité publique ont aboli l'utilisation des cagoules anti-crachats dans les établissements correctionnels provinciaux. Le Réseau de santé Vitalité a indiqué qu'il mène des recherches et examine sa politique, notamment pour déterminer s'il doit continuer d'autoriser l'utilisation de ces cagoules.

Recommandation 3

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Revoir leurs politiques et normes en matière d'utilisation de la force pour garantir que les bonnes techniques sont clairement définies, y compris en précisant les circonstances qui exigent l'usage des techniques de recours à la force.

Recommandation 4

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Examiner l'utilisation des cagoules anti-crachats pour déterminer si leur utilisation doit être maintenue et, le cas échéant, élaborer des orientations générales afin d'assurer que les bonnes techniques sont clairement définies, y compris en précisant les circonstances qui exigent l'utilisation de la cagoule anti-crachats.

POLITIQUES SUR LE CODE BLANC OU LES RAPPORTS D'INCIDENTS

Selon la politique de Vitalité sur le « code blanc », un rapport d'incident est rédigé par une seule personne. Ainsi, la plupart des rapports d'incidents du CHR examinés pendant l'enquête avaient été préparés par un seul des membres du personnel ayant intervenu lors de l'incident en question. Tel qu'indiqué précédemment, c'est ce qui explique que les rapports d'incidents étaient parfois incomplets.

La politique d'Horizon visant les rapports d'incidents mettant en cause des patients ou d'autres personnes précise que le premier témoin d'un incident rédigera le rapport d'incident²⁹.

Le rapport d'incident doit fournir au minimum l'information suivante :

- Noms de tous les participants et témoins de l'incident.
- Détails de l'incident, y compris l'heure et le lieu.
- Le rôle qu'a joué le rédacteur ainsi que son implication et ses gestes lors de l'incident.
- Actes posés par le patient ayant nécessité l'utilisation de la force.
- Efforts de désamorçage déployés.
- Blessures et traitement des personnes en cause, s'il y a lieu.

Recommandation 5

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Revoir les politiques concernant le code blanc ou les rapports d'incident impliquant un patient pour exiger que tous les membres du personnel ayant pris part à l'intervention rédigent un rapport. Cette nouvelle politique devrait permettre aux patients qui le peuvent de faire une déclaration sur leur perception de l'incident, à verser à leur dossier. La politique devrait aussi préciser l'information à fournir dans le rapport d'incident.

Recommandation 6

AUTORITÉ PUBLIQUE : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Au Centre Hospitalier Restigouche, reprendre la pratique exigeant que tous les membres du personnel ayant intervenu lors d'un incident impliquant un patient rédigent un rapport dès que possible après l'incident et que ces rapports soient versés au dossier du patient.

Pratiques de soins

Les pratiques exemplaires en matière de santé mentale et de psychiatrie évoluent constamment. Pour offrir les meilleurs soins possible aux patients vulnérables, il faut promouvoir une culture d'amélioration continue et l'adoption de nouvelles approches.

SOLUTIONS DE REMPLACEMENT À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION

On pourrait étudier plus à fond et mettre en œuvre des approches thérapeutiques visant à réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention, notamment :

- Essayer de rediriger l'énergie du patient vers d'autres tâches qui lui plaisent.

29 Politique HHN-SA-016, Patient/Non-Patient Incident Reporting [Rapports d'incidents mettant en cause des patients ou d'autres personnes] (2020).

- Essayer de se remettre en rapport et de communiquer avec le patient pour savoir ce qu'il ressent et ce qui pourrait être fait pour améliorer sa situation.
- Déterminer les environnements thérapeutiques que le patient aime et les intégrer dans son plan de soins personnalisé, par exemple en trouvant des techniques efficaces de redirection.
- Utiliser d'autres outils moins restrictifs pour atténuer les craintes liées à la sécurité engendrées par le comportement du patient. Si le patient refuse ces outils, on peut s'efforcer de manière constante et régulière de les introduire dans sa routine.

Recommandation 7

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Collaborer avec des fournisseurs de soins de divers secteurs pour étudier et recommander des pratiques exemplaires qui favorisent des approches thérapeutiques afin de réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention et le recours à la force envers les patients psychiatriques.

Suivi et conformité

Des pratiques efficaces de suivi et de conformité sont essentielles pour améliorer la qualité des soins et garantir la sécurité et le respect des normes. La mise en œuvre d'une approche à l'échelle du système peut faire en sorte que les pratiques exemplaires sont partagées entre les hôpitaux, peu importe la régie de la santé dont ils relèvent. Il est important d'avoir des mécanismes de responsabilité clairs pour vérifier si les normes et les politiques sont respectées. Il est ainsi également possible de déterminer les secteurs nécessitant une formation plus poussée et les changements requis afin de promouvoir des pratiques favorisant un milieu d'aide, de sécurité et de dignité.

SYSTÈME DE SURVEILLANCE DES CONTENTIONS

L'une des améliorations les plus pressantes est une meilleure application des tâches de suivi déjà exigées par les différentes politiques sur les mesures de contention. Tel qu'indiqué précédemment, le CHR a créé un tableau de bord « en direct » qui enregistre l'information sur chaque patient mis en contention, la date et l'heure de l'application des contentions et de leur retrait. Il indique aussi si un code blanc a été déclenché et s'il y a des blessures à signaler. Le système de suivi électronique suit l'information en temps réel et peut être examiné par l'équipe de direction. Ces données devraient être enregistrées et suivies à l'échelle provinciale.

Recommandation 8

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Créer et mettre en œuvre un système de suivi des patients en contentions dans l'ensemble des établissements et unités psychiatriques.

PROCESSUS D'AUDIT ET DE GESTION DU RISQUE

Les patients psychiatriques, surtout ceux qui reçoivent des soins tertiaires de longue durée, sont particulièrement vulnérables puisqu'ils ne sont pas nécessairement capables d'affirmer leurs droits et n'ont peut-être pas de proches pour défendre leurs intérêts. L'augmentation des audits et l'amélioration des processus de gestion du risque dans ce secteur sont des éléments importants pour protéger ces patients.

En plus des vérifications de dossiers aléatoires, les processus devraient inclure une liste d'éléments ou de

cas précis qui déclenchent automatiquement un audit interne, notamment les situations suivantes :

- Un patient passe 24 heures consécutives ou plus en salle d'isolement.
- Un patient passe 12 heures consécutives ou plus en contentions physiques.
- Une plainte a été formulée par un patient, un membre de sa famille, un membre du personnel ou une autre partie concernée à propos du temps passé par ce patient en isolement ou sous contention.

Recommandation 9

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Élaborer et mettre en œuvre un mécanisme d'audit interne permanent pour examiner les situations où des patients sont mis en contention environnementale ou physique, y compris l'obligation de mener des vérifications de dossier aléatoires et d'enquêtes sur les plaintes.

Formation

Des protections juridiques solides ainsi que des politiques complètes vont de pair afin d'assurer la qualité des soins. Ni l'une ni l'autre ne seront efficaces sans un engagement à soutenir les fournisseurs de soins

en leur offrant des possibilités de formation continue pour assimiler les exigences de la loi et des politiques et les nouvelles méthodes de travail.

Recommandation 10

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Élaborer une formation annuelle obligatoire sur les normes de soins en matière d'utilisation, d'application et de suivi des mesures de contention en milieu de soins psychiatriques pour tout membre du personnel appelé à appliquer ou effectuer un suivi par rapport à l'utilisation des mesures de contention.

Recommandation 11

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Élaborer une formation annuelle obligatoire sur les techniques et pratiques exemplaires d'utilisation de la force et de désescalade en milieu de soins psychiatriques pour tout membre du personnel appelé à prendre part à une intervention « code blanc ».

Infrastructures et équipements

Pour assurer aux patients des soins adéquats et une bonne qualité de vie, les fournisseurs de soins doivent avoir à leur disposition les infrastructures et les équipements appropriés. L'enquête a permis de noter des infrastructures et des équipements qui seraient nécessaires pour améliorer la prestation des services aux patients.

CONFIGURATION DES UNITÉS

Les visites effectuées pendant l'enquête ont révélé que les unités psychiatriques de la province ont des aménagements très différents, ce qui joue sur certains services connexes offerts aux patients. Dans certaines unités, il y avait suffisamment d'espace pour des activités récréatives, des salles de traitement sensoriel, des espaces verts à l'extérieur, etc. Ces services

connexes peuvent soutenir les efforts de stabilisation du patient et son éventuel retour dans la communauté. D'autres unités étaient très petites et bondées, compte tenu du nombre de patients pris en charge.

Il faudrait élaborer un plan d'infrastructure pour déterminer :

- L'état actuel des unités et établissements psychiatriques.
- Des normes minimales en matière d'infrastructures, d'équipements et de services disponibles.
- Les écarts entre l'état actuel et l'état souhaité.
- Un plan d'investissement pour s'attaquer aux disparités.

Recommandation 12

AUTORITÉ PUBLIQUE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Élaborer un plan d'infrastructure pour les établissements et unités psychiatriques de la province, en concertation avec le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon.

SALLES D'ISOLEMENT

Les dimensions, l'aménagement et l'équipement des salles d'isolement varient dans la province. Bien que ces disparités puissent être abordées par l'entremise d'un plan d'infrastructure provincial, il faut aussi s'attarder plus urgemment à mettre en place des dispositifs pour communiquer avec les patients. L'enquête a révélé plusieurs cas où les patients ne pouvaient pas attirer l'attention du personnel, ce qui a occasionné un stress et des risques supplémentaires pour le patient.

L'absence d'horloge a entraîné des répercussions négatives sur certains patients, qui ont déploré le fait qu'ils avaient perdu la notion du temps et n'avaient aucun moyen de savoir combien de temps ils avaient passé en isolement ou en contentions. Enfin, des articles nécessaires à l'hygiène de base, comme des toilettes et des lavabos portatifs, devraient être facilement accessibles dans les salles d'isolement.

Recommandation 13

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Prendre des mesures pour équiper les salles d'isolement d'un système fiable permettant aux patients de communiquer avec le personnel, d'horloges adaptées aux sensibilités sensorielles et d'articles d'hygiène essentiels.

CAPACITÉ ET PROTOCOLE DE VIDÉOSURVEILLANCE

L'enquête a révélé des incohérences dans l'utilisation et la disponibilité de caméras vidéo pour surveiller les patients en salle d'isolement. Il est important que le patient mis sous contention en dernier recours soit

surveillé attentivement pour garantir sa sécurité et son bien-être. Même si la surveillance constante de ces patients porte atteinte à leur droit à l'intimité, il est dans leur intérêt que des protections appropriées soient en place en ce qui concerne l'enregistrement, la conservation et la destruction de ces bandes vidéo.

Recommandation 14

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Veiller à ce que les aires communes et les salles d'isolement des unités et établissements psychiatriques soient équipées de caméras de surveillance avec son et d'un dispositif d'enregistrement. Les images en direct captées par ces caméras devraient également être visibles dans les postes infirmiers.

Recommandation 15

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Adopter des protocoles concernant l'utilisation, l'accès, la conservation et la destruction des enregistrements vidéo recueillis.

COHABITATION DE JEUNES ET D'ADULTES

Une autre source de préoccupation vise l'admission de jeunes dans une unité psychiatrique pour adultes afin d'y recevoir des traitements. Souvent, ce genre de placement est attribuable au manque de places réservées aux patients mineurs dans les établissements psychiatriques. Des jeunes patients sont donc parfois placés en salle d'isolement pour leur éviter tout contact avec les patients adultes.

Les améliorations requises pour garantir la séparation des patients adolescents et des patients adultes pourraient être considérables. Entre-temps, il serait bon d'avoir des alternatives sur le plan des soins aux patients afin d'atténuer les risques des jeunes patients, y compris des lignes directrices et des protocoles clairs pour gérer les situations où la seule option possible est d'admettre un jeune dans une unité psychiatrique pour adultes.

Recommandation 16

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Élaborer des lignes directrices et des protocoles clairs traitant des situations où des jeunes doivent être admis dans des unités psychiatriques pour adultes. Ces protocoles devraient également énoncer les conditions autorisant ces admissions, le seuil de tolérance étant qu'il s'agisse de la « seule solution possible ».

Collaboration à l'échelle du système

Les défis décrits dans ce rapport montrent bien qu'une entité ne peut pas, à elle seule, régler les problèmes touchant le système au complet. Pour y arriver, il faudra former des partenariats entre différents ministères, organismes, agences et ressources communautaires. Les soins psychiatriques n'ont pas été épargnés par la pénurie de personnel qui sévit dans le système de santé et qui touche aussi bien les soins en milieu hospitalier que les placements de réintégration dans la communauté.

RECRUTEMENT ET RÉTENTION DU PERSONNEL SPÉCIALISÉ

Tel que mentionné plus tôt, le ministère de la Santé travaille en collaboration avec les deux RRS, le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et le ministère du Développement social pour aborder les enjeux de recrutement et de rétention du personnel. Bien que des initiatives de recrutement et de rétention de professionnels de la santé soient déjà en cours, il faudra déployer des efforts supplémentaires pour recruter du personnel spécialisé afin de répondre aux besoins de la province en matière de soins psychiatriques.

Recommandation 17

AUTORITÉ PUBLIQUE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Continuer à coordonner les efforts de rétention et de recrutement avec le ministère du Développement social, le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et les régies régionales de la santé afin de recruter et de maintenir en poste du personnel spécialisé en soins psychiatriques dans les établissements et dans la communauté.

RÉINTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ

Tel que l'illustre le récit d'Isabelle et les quelques décennies de sa vie qu'elle a passées au CHR, il faut trouver de meilleures solutions pour aider à la réintégration en temps voulu des personnes ayant des besoins complexes. Par exemple, le ministère de la Santé et le ministère du Développement social mentionnent la mise en œuvre d'un modèle de soins par palier pour ces patients, puisqu'il semble manquer un niveau de soins entre l'établissement psychiatrique et le placement communautaire. Ce modèle permettrait aux patients qui en ont besoin de poursuivre leur traitement pendant qu'on amorce le processus de réintégration pour qu'ils puissent quitter le système hospitalier lorsqu'ils sont prêts à le faire.

Il est également important de continuer à tenir compte des meilleurs intérêts du patient et l'apport de sa famille tout au long de ce processus de réintégration. Pouvoir compter sur des soutiens désignés et l'aide de cliniciens experts afin de trouver un placement communautaire efficace, doter les fournisseurs des ressources nécessaires et accroître le nombre de logements disponibles (publics et privés) sont des éléments indispensables pour fournir aux personnes les solutions de placement correspondant le mieux à leurs besoins.

Des équipes régionales chargées d'élaborer des plans de soins individuels pour les personnes aux besoins complexes sont en place depuis plus de 15 ans. Alors que ces équipes élaborent des plans de soins individuels, elles sont souvent confrontées à des obstacles systémiques à la réintégration, qu'elles ne peuvent régler qu'au cas par cas, ou même parfois qu'elles ne peuvent carrément pas régler. Pendant ce temps, les causes profondes de ces obstacles systémiques persistent et continuent d'entraver la réintégration de manière répétée.

PARTIE III

Toutes les autorités publiques en cause dans cette enquête ont exprimé leur frustration face à certains de ces obstacles (dispositions législatives, politiques, budgets, ressources humaines, etc.). Le temps est venu pour les autorités publiques de travailler ensemble de manière concrète afin d'éliminer ces obstacles systémiques une fois pour toutes, et pas seulement au cas par cas.

Un groupe de travail interministériel pourrait servir à effectuer un examen complet des Plans de soins interministériels : Lignes directrices et normes afin d'évaluer l'efficacité et d'aborder les problèmes systémiques qui sont apparus au cours de la période

de mise en œuvre. L'examen devrait inclure les commentaires de tous les ministères participants, des régies régionales de la santé, des fournisseurs de services de première ligne et des personnes directement touchées. À la lumière des constatations, un plan d'action devrait être élaboré et mis en œuvre pour relever les défis cernés, simplifier les processus et renforcer la collaboration interministérielle, dans le but d'assurer des réponses rapides, coordonnées et durables aux besoins sociaux et de santé complexes des adultes nécessitant un soutien psychiatrique. Les mesures devraient viser à éliminer les obstacles systémiques communs de façon définitive.

Recommandation 18

AUTORITÉS PUBLIQUES : MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Mettre sur pied un groupe de travail conjoint chargé de cerner les obstacles systémiques au placement et à la réintégration des patients dans la communauté en temps opportun et d'une manière centrée sur le patient.

Recommandation 19

AUTORITÉS PUBLIQUES : MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Créer une base de données unifiée et partagée pour répertorier les mécanismes de soutien communautaires accessibles et les options de placement privilégiant les patients qui risquent d'être hospitalisés pendant une longue période de façon à veiller à ce que personne ne soit exclu des possibilités de placement.

Recommandation 20

AUTORITÉS PUBLIQUES : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Concevoir et mettre en œuvre un modèle de soins par palier dans chaque région qui vise à faciliter la réintégration dans la communauté des patients admissibles, en collaboration avec les régies régionales de la santé.

L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

Si au départ cette enquête devait porter sur les pratiques relatives à l'utilisation des mesures de contention en soins de psychiatrie au Nouveau-Brunswick, un lot d'enjeux sous-jacents semblaient survenir à chaque tournant, de sorte qu'ils étaient trop nombreux pour aborder d'un seul coup. Il est donc devenu évident qu'un bilan de fond du système de santé mentale dans son ensemble était de mise afin de trouver la piste à suivre pour aborder la multitude d'enjeux soulevés.

La tâche devenait donc de trouver la forme que pourrait prendre un tel examen. L'option recommandée s'inspire du concept des états généraux, qui tire ses origines en France, mais qui est aujourd'hui utilisé dans les régions francophones et acadiennes du Canada pour repenser les différents enjeux communautaires dans une perspective plus large.

Le but des états généraux est de faire la lumière sur l'état actuel d'une situation particulière et de trouver des solutions possibles pour entraîner des changements positifs afin d'améliorer cette situation. Il s'agit d'une démarche collective qui mobilise un éventail d'intervenants ainsi que le public afin d'examiner chaque aspect d'un sujet, de réfléchir et de concevoir ensemble une vision commune et partagée. Plus qu'une simple consultation publique, c'est une tribune qui fait appel aux intervenants pour concevoir des solutions en leur donnant une meilleure idée des défis relevés par d'autres, et pas seulement leurs propres défis.

Cette approche semble la mieux adaptée au travail à accomplir. Ce modèle de consultation pourrait commencer par l'organisation d'une série de tables sectorielles pour discuter de certains thèmes concernant l'état du système de santé mentale dans la province. Certains thèmes pourraient comprendre :

- Soutiens communautaires : disponibilité des programmes et des services à l'échelle de la province; logement; soins de répit.
- Judiciarisation de la santé mentale : taux d'incarcération; évaluations psycho-légales; tribunaux en santé mentale.
- Dépendances : s'attaquer aux causes profondes; disponibilité des ressources; approches alternatives en matière de traitement.
- Adultes sous protection : processus de nomination de représentants légaux; rôle du curateur public; rôle des défenseurs des droits des patients psychiatriques.
- Désigmatisation : comment changer la perception que la société a des personnes souffrant de maladies mentales et de dépendances et des établissements qui les prennent en charge.
- Tenir compte des besoins différents : Autochtones, jeunes et aînés, notamment.

À l'issue de ces consultations, les tables sectorielles seraient convoquées à un sommet provincial sur la santé mentale pour faire part de leurs discussions et des pistes de solutions qu'elles ont trouvées afin d'améliorer les soins en santé mentale selon les thèmes examinés.

PARTIE III

Le sommet sur la santé mentale permettrait de rassembler ce qui a été appris, de déterminer les domaines qui font l'objet d'un consensus et de voir où il faut travailler davantage. Il déboucherait non pas sur un simple plan de travail gouvernemental, mais plutôt sur un appel à l'action lancé à tous ceux qui ont un intérêt et un rôle à jouer envers l'avenir du système de soins de santé mentale de la province : le système de santé, les foyers de soins, les organisations

communautaires et sans but lucratif, les fournisseurs de soins de santé, les associations professionnelles, les syndicats, les employeurs, les gouvernements locaux, les entreprises et les organisations de développement économique, le système judiciaire, la police, les établissements correctionnels, le système d'éducation et d'enseignement post-secondaire, les patients et leur famille ou système de soutien et le public en général.

Recommandation 21

AUTORITÉ PUBLIQUE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Établir un mécanisme de consultation exhaustif sur l'état du système de soins de santé mentale de la province. Ce mécanisme de consultation devrait être doté des ressources nécessaires pour réaliser son travail en deux ans.

ANNEXE 1

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS



L'ombud du Nouveau-Brunswick recommande les mesures suivantes :

Recommandation 1

AUTORITÉ PUBLIQUE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Rédiger et présenter des modifications à la *Loi sur la santé mentale*, s'inspirant des pratiques exemplaires dans les provinces et territoires chefs de file en la matière, pour réaffirmer l'objectif de diminuer l'utilisation des mesures de contrôle restrictives dans le domaine des soins psychiatriques, ainsi que d'exiger que l'utilisation des mesures de contention envers les patients psychiatriques soit mesurée, documentée, et qu'elle fasse l'objet de suivis et de rapports.

Recommandation 2

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Mettre à jour les politiques sur les mesures de contention pour les harmoniser avec les nouvelles exigences de la *Loi sur la santé mentale* et pour fournir des directives et des attentes claires concernant les normes d'application, d'utilisation et de retrait des mesures de contention.

Recommandation 3

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Revoir leurs politiques et normes en matière d'utilisation de la force pour garantir que les bonnes techniques sont clairement définies, y compris en précisant les circonstances qui exigent l'usage des techniques de recours à la force.

Recommandation 4

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Examiner l'utilisation des cagoules anti-crachats pour déterminer si leur utilisation doit être maintenue et, le cas échéant, élaborer des orientations générales afin d'assurer que les bonnes techniques sont clairement définies, y compris en précisant les circonstances qui exigent l'utilisation de la cagoule anti-crachats.

Recommandation 5

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Revoir les politiques concernant le code blanc ou les rapports d'incident impliquant un patient pour exiger que tous les membres du personnel ayant pris part à l'intervention rédigent un rapport. Cette nouvelle politique devrait permettre aux patients qui le peuvent de faire une déclaration sur leur perception de l'incident, à verser à leur dossier. La politique devrait aussi préciser l'information à fournir dans le rapport d'incident.

Recommandation 6

AUTORITÉ PUBLIQUE : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ

Au Centre Hospitalier Restigouche, reprendre la pratique exigeant que tous les membres du personnel ayant intervenu lors d'un incident impliquant un patient rédigent un rapport dès que possible après l'incident et que ces rapports soient versés au dossier du patient.

Recommandation 7

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Collaborer avec des fournisseurs de soins de divers secteurs pour étudier et recommander des pratiques exemplaires qui favorisent des approches thérapeutiques afin de réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention et le recours à la force envers les patients psychiatriques.

Recommandation 8

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Créer et mettre en œuvre un système de suivi des patients en contentions dans l'ensemble des établissements et unités psychiatriques.

Recommandation 9

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Élaborer et mettre en œuvre un mécanisme d'audit interne permanent pour examiner les situations où des patients sont mis en contention environnementale ou physique, y compris l'obligation de mener des vérifications de dossier aléatoires et d'enquêtes sur les plaintes.

Recommandation 10

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Élaborer une formation annuelle obligatoire sur les normes de soins en matière d'utilisation, d'application et de suivi des mesures de contention en milieu de soins psychiatriques pour tout membre du personnel appelé à appliquer ou effectuer un suivi par rapport à l'utilisation des mesures de contention.

Recommandation 11

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Élaborer une formation annuelle obligatoire sur les techniques et pratiques exemplaires d'utilisation de la force et de désescalade en milieu de soins psychiatriques pour tout membre du personnel appelé à prendre part à une intervention « code blanc ».

Recommandation 12

AUTORITÉ PUBLIQUE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Élaborer un plan d'infrastructure pour les établissements et unités psychiatriques de la province, en concertation avec le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon.

Recommandation 13

AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON

Prendre des mesures pour équiper les salles d'isolement d'un système fiable permettant aux patients de communiquer avec le personnel, d'horloges adaptées aux sensibilités sensorielles et d'articles d'hygiène essentiels.

Recommandation 14**AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON**

Veiller à ce que les aires communes et les salles d'isolement des unités et établissements psychiatriques soient équipées de caméras de surveillance avec son et d'un dispositif d'enregistrement. Les images en direct captées par ces caméras devraient également être visibles dans les postes infirmiers.

Recommandation 15**AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON**

Adopter des protocoles concernant l'utilisation, l'accès, la conservation et la destruction des enregistrements vidéo recueillis.

Recommandation 16**AUTORITÉS PUBLIQUES : RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON**

Élaborer des lignes directrices et des protocoles clairs traitant des situations où des jeunes doivent être admis dans des unités psychiatriques pour adultes. Ces protocoles devraient également énoncer les conditions autorisant ces admissions, le seuil de tolérance étant qu'il s'agisse de la « seule solution possible ».

Recommandation 17**AUTORITÉ PUBLIQUE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

Continuer à coordonner les efforts de rétention et de recrutement avec le ministère du Développement social, le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et les régies régionales de la santé afin de recruter et de maintenir en poste du personnel spécialisé en soins psychiatriques dans les établissements et dans la communauté.

Recommandation 18**AUTORITÉS PUBLIQUES : MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

Mettre sur pied un groupe de travail conjoint chargé de cerner les obstacles systémiques au placement et à la réintégration des patients dans la communauté en temps opportun et d'une manière centrée sur le patient.

Recommandation 19**AUTORITÉS PUBLIQUES : MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ, RÉSEAU DE SANTÉ VITALITÉ ET RÉSEAU DE SANTÉ HORIZON**

Créer une base de données unifiée et partagée pour répertorier les mécanismes de soutien communautaires accessibles et les options de placement privilégiant les patients qui risquent d'être hospitalisés pendant une longue période de façon à veiller à ce que personne ne soit exclu des possibilités de placement.

Recommandation 20**AUTORITÉS PUBLIQUES : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL**

Concevoir et mettre en œuvre un modèle de soins par palier dans chaque région qui vise à faciliter la réintégration dans la communauté des patients admissibles, en collaboration avec les régies régionales de la santé.

Recommandation 21**AUTORITÉ PUBLIQUE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

Établir un mécanisme de consultation exhaustif sur l'état du système de soins de santé mentale de la province. Ce mécanisme de consultation devrait être doté des ressources nécessaires pour réaliser son travail en deux ans.

Suivi des recommandations

L'ombud du Nouveau-Brunswick demande que, d'ici le 1^{er} décembre 2025, les autorités publiques fournissent chacune un plan de travail décrivant comment elles entendent donner suite aux recommandations les concernant ainsi que l'échéancier proposé pour leur mise en œuvre.

ANNEXE 2

RÉPONSE PRÉLIMINAIRE DES AUTORITÉS PUBLIQUES AUX RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION	AUTORITÉ PUBLIQUE	RÉPONSE PRÉLIMINAIRE
RECOMMANDATION 1 Rédiger et présenter des modifications à la <i>Loi sur la santé mentale</i> , s'inspirant des pratiques exemplaires dans les provinces et territoires chefs de file en la matière, pour réaffirmer l'objectif de diminuer l'utilisation des mesures de contrôle restrictives dans le domaine des soins psychiatriques, ainsi que d'exiger que l'utilisation des mesures de contention envers les patients psychiatriques soit mesurée, documentée, et qu'elle fasse l'objet de suivis et de rapports.	Ministère de la Santé	Accepte
RECOMMANDATION 2 Mettre à jour les politiques sur les mesures de contention pour les harmoniser avec les nouvelles exigences de la <i>Loi sur la santé mentale</i> et pour fournir des directives et des attentes claires concernant les normes d'application, d'utilisation et de retrait des mesures de contention.	Réseau de santé Vitalité	Accepte : La politique encadrant l'utilisation des mesures de contrôle est en cours de révision.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.

RECOMMANDATION	AUTORITÉ PUBLIQUE	RÉPONSE PRÉLIMINAIRE
<p>RECOMMANDATION 3</p> <p>Revoir leurs politiques et normes en matière d'utilisation de la force pour garantir que les bonnes techniques sont clairement définies, y compris en précisant les circonstances qui exigent l'usage des techniques de recours à la force.</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : La politique du code blanc est en cours de révision.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
<p>RECOMMANDATION 4</p> <p>Examiner l'utilisation des cagoules anti-crachats pour déterminer si leur utilisation doit être maintenue et, le cas échéant, élaborer des orientations générales afin d'assurer que les bonnes techniques sont clairement définies, y compris en précisant les circonstances qui exigent l'utilisation de la cagoule anti-crachats.</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Cette pratique est actuellement en révision afin d'en évaluer la pertinence et de définir des lignes directrices claires.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
<p>RECOMMANDATION 5</p> <p>Revoir les politiques concernant le code blanc ou les rapports d'incident impliquant un patient pour exiger que tous les membres du personnel ayant pris part à l'intervention rédigent un rapport. Cette nouvelle politique devrait permettre aux patients qui le peuvent de faire une déclaration sur leur perception de l'incident, à verser à leur dossier. La politique devrait aussi préciser l'information à fournir dans le rapport d'incident.</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité révisera ses pratiques de documentation afin de s'assurer que les incidents soient consignés de manière complète.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
<p>RECOMMANDATION 6</p> <p>Au Centre Hospitalier Restigouche, reprendre la pratique exigeant que tous les membres du personnel ayant intervenu lors d'un incident impliquant un patient rédigent un rapport dès que possible après l'incident et que ces rapports soient versés au dossier du patient.</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité révisera ses pratiques de documentation afin de s'assurer que les incidents soient consignés de manière complète.

RECOMMANDATION	AUTORITÉ PUBLIQUE	RÉPONSE PRÉLIMINAIRE
RECOMMANDATION 7 Collaborer avec des fournisseurs de soins de divers secteurs pour étudier et recommander des pratiques exemplaires qui favorisent des approches thérapeutiques afin de réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention et le recours à la force envers les patients psychiatriques.	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité collaborera avec le Réseau de santé Horizon pour échanger sur les meilleures pratiques et réduire le recours aux mesures de contrôle.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
RECOMMANDATION 8 Créer et mettre en œuvre un système de suivi des patients en contentions dans l'ensemble des établissements et unités psychiatriques.	Réseau de santé Vitalité	Accepte : La nouvelle politique des mesures de contrôle encadrera le monitoring des contentions.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
RECOMMANDATION 9 Élaborer et mettre en œuvre un mécanisme d'audit interne permanent pour examiner les situations où des patients sont mis en contention environnementale ou physique, y compris l'obligation de mener des vérifications de dossier aléatoires et d'enquêtes sur les plaintes.	Réseau de santé Vitalité	Accepte : La nouvelle politique des mesures de contrôle guidera le mécanisme d'audit.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
RECOMMANDATION 10 Élaborer une formation annuelle obligatoire sur les normes de soins en matière d'utilisation, d'application et de suivi des mesures de contention en milieu de soins psychiatriques pour tout membre du personnel appelé à appliquer ou effectuer un suivi par rapport à l'utilisation des mesures de contention.	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité examinera le programme de formation actuel et la fréquence des formations afin de se conformer à cette recommandation.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.

RECOMMANDATION	AUTORITÉ PUBLIQUE	RÉPONSE PRÉLIMINAIRE
<p>RECOMMANDATION 11</p> <p>Élaborer une formation annuelle obligatoire sur les techniques et pratiques exemplaires d'utilisation de la force et de désescalade en milieu de soins psychiatriques pour tout membre du personnel appelé à prendre part à une intervention « code blanc ».</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité examinera le programme de formation actuel et la fréquence des formations afin de se conformer à cette recommandation.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
<p>RECOMMANDATION 12</p> <p>Élaborer un plan d'infrastructure pour les établissements et unités psychiatriques de la province, en concertation avec le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon.</p>	Ministère de la Santé	Accepte
<p>RECOMMANDATION 13</p> <p>Prendre des mesures pour équiper les salles d'isolement d'un système fiable permettant aux patients de communiquer avec le personnel, d'horloges adaptées aux sensibilités sensorielles et d'articles d'hygiène essentiels.</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité, en collaboration avec le ministère de la Santé, établira un plan visant à équiper la salle d'isolement d'un système de communication.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
<p>RECOMMANDATION 14</p> <p>Veiller à ce que les aires communes et les salles d'isolement des unités et établissements psychiatriques soient équipées de caméras de surveillance avec son et d'un dispositif d'enregistrement. Les images en direct captées par ces caméras devraient également être visibles dans les postes infirmiers.</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité établira un plan pour garantir un système de surveillance approprié.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.

RECOMMANDATION	AUTORITÉ PUBLIQUE	RÉPONSE PRÉLIMINAIRE
<p>RECOMMANDATION 15</p> <p>Adopter des protocoles concernant l'utilisation, l'accès, la conservation et la destruction des enregistrements vidéo recueillis.</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité établira examine actuellement le protocole de visionnement, de stockage et de partage des séquences vidéo.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
<p>RECOMMANDATION 16</p> <p>Élaborer des lignes directrices et des protocoles clairs traitant des situations où des jeunes doivent être admis dans des unités psychiatriques pour adultes. Ces protocoles devraient également énoncer les conditions autorisant ces admissions, le seuil de tolérance étant qu'il s'agisse de la « seule solution possible ».</p>	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité évaluera le protocole existant.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.
<p>RECOMMANDATION 17</p> <p>Continuer à coordonner les efforts de rétention et de recrutement avec le ministère du Développement social, le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail et les régies régionales de la santé afin de recruter et de maintenir en poste du personnel spécialisé en soins psychiatriques dans les établissements et dans la communauté.</p>	Ministère de la Santé	Accepte

RECOMMANDATION	AUTORITÉ PUBLIQUE	RÉPONSE PRÉLIMINAIRE
<p>RECOMMANDATION 18</p> <p>Mettre sur pied un groupe de travail conjoint chargé de cerner les obstacles systémiques au placement et à la réintégration des patients dans la communauté en temps opportun et d'une manière centrée sur le patient.</p>	Ministère du Développement social	Accepte : DS travaillera avec Santé au sein d'un groupe de travail pour éliminer les obstacles systémiques, notamment l'élaboration et la mise en œuvre continues d'un modèle de soins collaboratifs avec accès à des équipes de consultation clinique, au besoin.
	Ministère de la Santé	Accepte
<p>RECOMMANDATION 19</p> <p>Créer une base de données unifiée et partagée pour répertorier les mécanismes de soutien communautaires accessibles et les options de placement privilégiant les patients qui risquent d'être hospitalisés pendant une longue période de façon à veiller à ce que personne ne soit exclu des possibilités de placement.</p>	Ministère du Développement social	Accepte : DS travaillera avec Santé et les RRS pour explorer la faisabilité des solutions techniques existantes et répondre aux exigences nécessaires en matière d'échange d'information.
	Ministère de la Santé	Accepte
	Réseau de santé Vitalité	Accepte : Le Réseau de santé Vitalité continuera à collaborer avec le ministère de la Santé et le ministère du Développement social en matière de placement communautaire.
	Réseau de santé Horizon	Accepte : Horizon entreprendra un examen approfondi menant à l'élaboration d'un plan d'action pour apporter les révisions nécessaires aux programmes.

RECOMMANDATION	AUTORITÉ PUBLIQUE	RÉPONSE PRÉLIMINAIRE
<p>RECOMMANDATION 20</p> <p>Concevoir et mettre en œuvre un modèle de soins par palier dans chaque région qui vise à faciliter la réintégration dans la communauté des patients admissibles, en collaboration avec les régies régionales de la santé.</p>	Ministère de la Santé	Accepte
	Ministère du Développement social	Accepte : DS a déterminé le besoin d'un pont dédié dans le continuum de logement entre les séjours à l'hôpital et les options de logement appropriées. Il devrait s'agir d'une approche progressive. Il faudrait des soutiens de santé intensifs et DS pourrait jouer un rôle clé pour s'assurer que des modèles alternatifs aux foyers de soins spéciaux actuels sont disponibles pour soutenir ces clients lorsqu'ils ont connu une période de stabilisation.
<p>RECOMMANDATION 21</p> <p>Établir un mécanisme de consultation exhaustif sur l'état du système de soins de santé mentale de la province. Ce mécanisme de consultation devrait être doté des ressources nécessaires pour réaliser son travail en deux ans.</p>	Ministère de la Santé	Accepte

ANNEXE 3

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS ET DES TERMES UTILISÉS



ABRÉVIATION OU TERME	DÉFINITION
BUREAU	Bureau de l'ombud du Nouveau-Brunswick
CAGOULE ANTI-CRACHATS	Capuchon en filet ou en tissu spécialement conçu pour être placé sur la tête d'une personne qui crache ou menace de cracher sur le personnel. Le matériau dissuade la personne de cracher ou de mordre, mais il est suffisamment mince pour lui permettre de respirer librement et de communiquer. ³⁰ [TRADUCTION]
CHR	Centre Hospitalier Restigouche
CODE BLANC	Le code blanc est déclenché quand l'aide d'une équipe d'intervention est requise pour désamorcer une situation mettant en cause un patient violent ou agressif. Par exemple, si un patient a un comportement agressif susceptible de présenter un risque pour sa sécurité ou celle d'autrui. L'équipe d'intervention peut aussi devoir utiliser la force, mais on s'attend à ce qu'elle utilise la quantité de force minimale nécessaire pour obtenir la conformité et le contrôle du patient ³¹ .
COMMISSION DE RECOURS	Désigne une commission de recours constituée en application de l'article 30 de la <i>Loi sur la santé mentale</i> .
CONTENTION(S)	<p>Le terme « contention » comprend les méthodes employées qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation sous toute forme, que ce soit physique, chimique ou environnementale.³²</p> <p>Contention environnementale (salle d'isolement) Tout obstacle ou dispositif qui limite les déplacements du patient et, de ce fait, le confine dans un secteur géographique ou un lieu précis (p. ex. demi-porte).³³</p>

30 Politique HHN-SA-038, Protective Face Hood [Capuche de protection faciale] du Réseau de santé Horizon, (2019).

31 Réseau de santé Vitalité - Centre Hospitalier Restigouche, Manuel de gestion des mesures d'urgence : Politique N°: MUR.4.10 41 Code blanc-personne violente (2023).

32 Politique N° GEN.3.80.15, Contentions, du Réseau de santé Vitalité (2017).

33 *Ibid.*

CONTENTION(S)	<p>Une salle d'isolement est une forme de contention environnementale qui se définit comme une salle isolée du reste de la population générale, où une personne est habituellement placée contre son gré. La salle d'isolement est généralement munie d'une porte verrouillable, d'une petite fenêtre, d'une caméra de surveillance au plafond et d'un lit fixé au plancher.</p> <p>Contention physique Moyens ou méthodes physiques ou mécaniques qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout le corps ou d'une partie du corps :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contention physique totale (p. ex. poignets, chevilles et abdomen); • Contention physique partielle (p. ex. poignets ou chevilles ou abdomen ou fauteuil avec table et/ou ceinture.³⁴ <p>Contentions à cinq points</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisé pour décrire une personne retenue par l'équipement à cinq points différents du corps (les deux poignets, les deux chevilles et la taille). Il s'agit du niveau maximal de contention physique. <p>Contentions à quatre points</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisé pour décrire un patient retenu à quatre endroits différents du corps. Ce niveau de contention peut être volontaire ou non volontaire (par exemple si le patient réussit à se libérer de l'une des contentions). <p>Contentions à trois points</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisé pour décrire un patient retenu à trois endroits différents du corps. Par exemple, une cheville, un poignet et la taille. <p>Contentions à deux points</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisé pour décrire un patient retenu à deux endroits différents du corps. Par exemple, une cheville et un poignet.
DÉVELOPPEMENT SOCIAL	Ministère du Développement social
HORIZON	Réseau de santé Horizon

³⁴ *Ibid.*

INTERVENTIONS	<p>Intervention planifiée Intervention prévue au plan de soins d'un patient avec une contention faisant l'objet d'une ordonnance médicale qui en autorise l'utilisation, décrit le contexte qui y donne lieu et pour laquelle un consentement a été préalablement obtenu du patient ou de son représentant légal.³⁵</p> <p>Intervention d'urgence Utilisation non planifiée d'une contention sur le patient dont le comportement présente un danger grave et imminent pour lui-même ou pour autrui et qui constitue un motif suffisant pour agir sans ordonnance médicale ni consentement préalables.³⁶</p>
POINT DE PRESSION	<p>Un point de pression est une zone du corps sensible à la pression, tel que : un point spécifique du corps qui, lorsque pressé, provoque une douleur.³⁷</p> <p>[TRADUCTION]</p>
PRN	<p><i>Pro re nata</i> est une locution latine signifiant « au besoin ».</p>
RRS	<p>Régie régionale de la santé</p> <p>Le Réseau de santé Horizon et le Réseau de santé Vitalité sont les deux régies régionales de la santé de la province.</p>
SANTÉ	<p>Ministère de la Santé</p>
TACTIQUES DE DÉSESCALADE (DÉSAMORÇAGE)	<p>La fonction première de la désescalade est d'aider la personne en détresse à réduire l'intensité de son comportement problématique rapidement et efficacement, tout en maintenant la sécurité de la personne et celle des autres. Il est important, quand on tente de désamorcer un comportement problématique, de ne pas aggraver la situation par inadvertance en faisant ou en disant quelque chose qui exacerbera le problème.³⁸</p>

35 *Ibid.*

36 *Ibid.*

37 Définition pour l'expression « pressure point » tirée du dictionnaire Merriam-Webster.

38 Maria Ferlick, *De-Escalation Is a Go-To Tactic for Behaviour-Related Incidents: Reducing the intensity of problematic behaviour is a step-by-step process* [La désescalade est une tactique de choix pour les incidents liés au comportement : Réduire l'intensité des comportements problématiques est un processus étape par étape], *Psychology Today* (Février 2022).

TACTIQUES DE DÉSESCALADE (DÉSAMORÇAGE)	<p>La politique sur les contentions³⁹ chez Vitalité fournit une liste de mesures et de techniques d'intervention à titre d'alternatives à la contention. Voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir le contact par un toucher doux/le sourire • Faire des commentaires rassurants • Demander si la personne a faim, soif, chaud ou froid <p>La politique sur la contrainte minimale⁴⁰ chez Horizon décrit l'identification des causes profondes potentielles des comportements tels que la douleur ou l'inconfort, la faim, l'ennui, le besoin d'éliminer, la soif, le besoin d'activité, afin de déterminer les mesures de soins appropriées, y compris la reconnaître et traiter les déclencheurs de l'agitation, de l'agressivité, de l'errance et de la confusion.</p>
UTILISATION DE LA FORCE	<p>L'utilisation de la force est l'application de mesures physiques ou mécaniques pour obliger le patient à obéir.</p>
VITALITÉ	<p>Réseau de santé Vitalité</p>

39 Politique N° GEN.3.80.15, Contentions (2017).

40 Politique HHN-PC-010, Least Restraint [Contrainte minimale] (2021).