



PROTECTEUR
DU CITOYEN

RAPPORT D'INTERVENTION

Intervention à l'Hôpital de Sept-Îles

Québec, le 17 janvier 2023

AVIS

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

Ce rapport peut être communiqué par le Protecteur du citoyen aux instances et aux personnes concernées par l'intervention, et ce, conformément à l'article 24 de la *Loi sur le Protecteur des usagers*. De plus, le résultat de l'intervention peut être communiqué à toute autre personne intéressée.

Toutefois, des extraits du document peuvent être masqués conformément à la *Loi sur l'accès*, notamment en vertu des articles 53, 54, 83 et 88 au motif qu'ils contiennent des renseignements personnels concernant des personnes et permettant de les identifier. Ces extraits ne peuvent donc être divulgués sans le consentement des personnes concernées comme prescrit par l'article 59 de la *Loi sur l'accès*.

LA MISSION DU PROTECTEUR DU CITOYEN

Le Protecteur du citoyen veille au respect des droits des personnes en intervenant auprès des ministères et des organismes du gouvernement du Québec ainsi qu'auprès des différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux pour demander des correctifs à des situations qui portent préjudice à une personne ou à un groupe de personnes. Il traite aussi les divulgations d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics et les plaintes en cas de représailles liées à ces divulgations. Désigné par au moins les deux tiers des parlementaires et faisant rapport à l'Assemblée nationale, le Protecteur du citoyen agit en toute indépendance et impartialité, que ses interventions résultent du traitement de plaintes, de signalements ou de divulgations, ou de sa propre initiative.

Le respect des personnes et de leurs droits ainsi que la prévention des préjudices sont au cœur de la mission du Protecteur du citoyen. Son rôle en matière de prévention s'exerce notamment par l'analyse de situations qui engendrent des préjudices pour un nombre important de citoyens et de citoyennes ou qui sont de nature systémique.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, il peut notamment proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives afin de les améliorer dans l'intérêt des personnes concernées.

TABLE DES MATIERES

1	Contexte de l'intervention	1
1.1	<i>Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux</i>	1
1.2	Demande d'intervention	1
1.3	Installation visée par l'intervention	1
2	Conduite de l'intervention.....	2
2.1	Déléguées désignées pour conduire l'enquête	2
2.2	Collecte d'information.....	2
2.3	Documentation consultée	2
2.4	Visite de l'établissement.....	3
3	RÉSultats de l'enquÊte.....	4
3.1	Constats.....	4
3.1.1	Évaluation initiale à l'urgence (triage).....	4
3.1.2	Évaluation de la douleur au triage	6
3.1.3	Surveillance de la salle d'attente.....	7
3.1.4	Réévaluation.....	7
3.1.5	Réorientation.....	8
3.1.6	Surveillance à l'aire des civières	10
3.1.7	Salle d'isolement	10
3.1.8	Autres responsabilités attribuées au personnel de soins	12
3.1.9	Fluidité hospitalière	13
4	Conclusion	16
5	Recommandations	17
6	Suivis.....	19

1 CONTEXTE DE L'INTERVENTION

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

Le Protecteur du citoyen exerce les fonctions prévues à la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*. Cette loi prévoit qu'il doit veiller, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et par toute autre loi¹. En outre, il peut intervenir s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une personne physique ou un groupe de personnes physiques a été lésé par l'acte ou l'omission d'une instance de la santé ou des services sociaux ou peut vraisemblablement l'être².

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

1.2 Demande d'intervention

Le 17 mai 2022, le Protecteur du citoyen a reçu un signalement concernant des lacunes dans la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers et usagères du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord. Étant donné la nature des allégations et le risque de préjudices, le Protecteur du citoyen a décidé d'intervenir.

1.3 Installation visée par l'intervention

L'instance visée par la présente intervention est le CISSS de la Côte-Nord, plus précisément l'Hôpital de Sept-Îles. Celui-ci dessert une population de plus de 57 000 personnes réparties dans différentes municipalités régionales de comté (MRC). L'urgence de cet hôpital est reconnue comme centre de traumatologie secondaire et comporte dix civières autorisées. Des services de première et de deuxième ligne sont offerts, notamment des soins généraux et spécialisés en milieu hospitalier.

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

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

2 CONDUITE DE L'INTERVENTION

2.1 Déléguées désignées pour conduire l'enquête

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés, le Protecteur du citoyen a confié à deux de ses déléguées, soit M^{mes} Claudie Morin et Olivia Linteau, le mandat de recueillir le témoignage des personnes concernées et le point de vue de l'instance impliquée ainsi que toute autre information jugée pertinente en vue de procéder à l'analyse de la situation et, le cas échéant, de proposer des correctifs et une approche favorisant leur mise en œuvre.

2.2 Collecte d'information

Dans le cadre de l'enquête, afin d'obtenir l'information pertinente et nécessaire à l'intervention, les commentaires et les observations des personnes suivantes ont été recueillis :

- La commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Le directeur des services professionnels;
- Le directeur adjoint volet administratif — Soins critiques et blocs opératoires;
- Le directeur adjoint du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées et responsable du soutien à domicile;
- La directrice intérimaire des services multidisciplinaires, qualité, évaluation, performance et éthique;
- La cheffe de l'urgence;
- La cheffe de la radiologie;
- Des membres du personnel soignant (infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires).

2.3 Documentation consultée

Pour compléter la collecte d'information, les documents suivants ont été consultés :

- *La Loi sur les services de santé et les services sociaux;*
- *La Loi sur les infirmières et les infirmiers;*
- *Le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;*
- Le Guide de gestion des urgences, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 2021;
- Le document Désencombrement de l'urgence pour contrer les débordements à l'urgence, MSSS, 2021;

- Les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques, MSSS, 2002;
- Le Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substances chimiques, MSSS, dernière modification : 27 mai 2015;
- La Circulaire 2012-033, Attentes du ministère de la Santé et des Services sociaux envers les agences et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux relativement à la gestion des urgences;
- L'Aide-mémoire — Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement, MSSS, dernière modification : 23 mars 2010;
- Le document Hygiène et salubrité en milieu de soins — Démarche pour le développement de stratégies d'entretien des surfaces, MSSS, 2010;
- L'entente de gestion et d'imputabilité 2021-2022 entre le MSSS et le CISSS de la Côte-Nord, 2021;
- Le document Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence, MSSS, 2021;
- Le document Le triage à l'urgence — Lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2^e éd., 2019;
- Le document Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence — Guide d'implantation, Groupe de travail national sur l'ÉTG, 1998;
- Le Protocole interdisciplinaire sur l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, CISSS de la Côte-Nord, 2017;
- Les Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales — 2^e édition — Répertoire des guides de planification immobilière, MSSS, 2012;
- Le dossier médical de plusieurs usagers et usagères.

2.4 Visite de l'établissement

Afin d'apprécier la situation portée à l'attention du Protecteur du citoyen, les déléguées désignées se sont rendues à l'Hôpital de Sept-Îles, le 12 juillet 2022. Cette visite n'avait pas été annoncée afin de préserver l'authenticité des observations réalisées.

Le Protecteur du citoyen souligne l'excellente collaboration de l'établissement et des personnes interpellées dans le cadre de cette intervention.

3 RESULTATS DE L'ENQUETE

3.1 Constats

3.1.1 Évaluation initiale à l'urgence (triage)

Le triage à l'urgence consiste à :

- Évaluer la condition clinique de la personne;
- Déterminer le niveau de priorité des soins;
- Diriger la personne vers l'aire de traitement ou vers la salle d'attente;
- Ou l'orienter vers une autre ressource.

Le niveau de priorité s'établit selon une classification prédéterminée par *l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ÉTG).

Pour des raisons de sécurité, chaque personne qui se présente à l'urgence pour un problème de santé doit être rapidement évaluée au triage, et ce, avant son inscription à l'urgence.

Délai avant l'évaluation au triage et utilisation de l'horodateur

Le *Guide de gestion des urgences* et l'ÉTG précisent que toutes les personnes doivent être évaluées dans un délai de dix minutes suivant leur arrivée à l'urgence. Ce délai a pour but de permettre au personnel d'identifier rapidement les personnes requérant une intervention urgente. Selon le *Guide de gestion des urgences*, les outils nécessaires doivent être mis en place par l'établissement afin de mesurer ce délai.

Le Protecteur du citoyen est intervenu auprès de l'établissement à ce sujet en 2017 dans le cadre d'une plainte individuelle démontrant qu'aucun moyen, à l'époque, ne permettait de savoir depuis combien de temps les personnes étaient arrivées à l'urgence. Dans ce contexte, une recommandation avait été formulée et un horodateur installé à l'entrée de l'urgence.

Considérant l'importance que revêt le triage, le Protecteur du citoyen a vérifié que cette norme de dix minutes était respectée et a tenu à s'assurer que l'horodateur était utilisé de manière optimale.

Selon l'analyse de dossiers réalisée dans le cadre de ce signalement, le Protecteur du citoyen a observé que la majorité des feuilles de triage n'avait pas d'inscription d'un billet d'horodateur, ce qui ne permet donc pas de connaître l'heure réelle d'arrivée. L'établissement a fait le même constat lors d'un audit de dossiers en juin 2022. L'absence de cette information ne permet donc pas de savoir si la condition des personnes qui se présentent à l'urgence est évaluée dans le délai recommandé.

Selon l'information obtenue, deux éléments expliquent l'absence d'inscription du billet sur la feuille de triage :

- Certaines personnes ne prennent pas de billet à leur arrivée à l'urgence. À ce sujet, l'établissement souhaite informer prochainement les usagers et usagères de l'importance de le faire dès leur arrivée;
- Lorsque le triage débute, il n'est plus possible pour le personnel de numériser le billet obtenu de l'horodateur. La gestionnaire est au courant de ce problème et une demande a été transmise pour en faire l'évaluation.

Cette information manquante est préoccupante. En effet, lorsque la situation l'exige, en contexte de grand achalandage par exemple, si le délai entre l'arrivée d'une personne à l'urgence et son évaluation complète est supérieur à dix minutes, il faut limiter le contact initial à une évaluation plus sommaire d'une durée de moins de deux minutes, appelée « évaluation brève ». Le but est de pouvoir rapidement identifier les personnes qui ont besoin de soins immédiats et dont l'attente serait préjudiciable.

Le Protecteur du citoyen est informé que le personnel infirmier au triage tente de respecter le délai prescrit, mais que c'est parfois impossible en raison de sa charge de travail.

Tel que mentionné, le Protecteur du citoyen est déjà intervenu à ce sujet en 2017. Il avait alors formulé la recommandation suivante : « S'assurer que le personnel infirmier au triage à l'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles procède à l'évaluation initiale dès l'arrivée d'un usager ou dans un délai maximal de dix minutes en instaurant, par exemple, l'évaluation brève, lorsque cela est requis. ». Dans le cadre du suivi d'implantation de cette recommandation, une certaine amélioration avait été constatée. Selon l'information obtenue en mai 2020, le personnel infirmier au triage bénéficiait alors du soutien de l'infirmière clinicienne de l'urgence au besoin. Or, la présente enquête a révélé que ce soutien n'était pas assuré en contexte de grande affluence.

Durée du triage

Le but du triage est notamment de déterminer un niveau de priorité associé à l'état clinique de la personne. Pour ce faire, le personnel infirmier doit recueillir assez d'informations au sujet de la raison de la consultation. Il ne s'agit donc pas de faire une évaluation complète de la personne, mais plutôt d'examiner la condition qui amène celle-ci à se présenter à l'urgence.

D'après les *Lignes directrices* émises par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le triage doit être d'une durée maximale de cinq minutes. Selon les audits de l'établissement et ceux du Protecteur du citoyen, la majorité des triages dépasse cette cible et atteint parfois plus de vingt minutes.

Le Protecteur du citoyen comprend que certaines conditions sont plus complexes et nécessitent une évaluation plus longue, mais estime que cela ne doit pas être le

cas pour une majorité de dossiers. Dès lors, il est important pour l'établissement d'investiguer et de comprendre ce qui explique les évaluations plus longues afin de pouvoir y remédier rapidement.

Somme toute, le Protecteur du citoyen a décelé des lacunes importantes au niveau du triage et il est d'avis que la situation nécessite une analyse et une réflexion soutenue de l'établissement afin que des améliorations notables soient apportées à plusieurs niveaux. Une recommandation en ce sens est formulée à l'établissement (R-1).

3.1.2 Évaluation de la douleur au triage

Selon les *Lignes directrices* de l'OIIQ, l'évaluation de la condition clinique d'une personne exige que le personnel infirmier tienne compte des facteurs suivants :

- Le motif de la consultation;
- Les données subjectives transmises;
- L'évaluation objective liée au motif de la visite;
- Les antécédents;
- Les allergies;
- La médication.

Tous ces éléments lui permettent d'établir le niveau de priorité de soins à accorder à la personne.

Chez les personnes souffrantes, une évaluation quantitative du degré de la douleur s'ajoute, au moyen d'une échelle de douleur reconnue (0 à 10). Ce moyen amène la personne à quantifier l'intensité de sa douleur selon sa propre perception. L'usage continu de cette échelle est une composante importante de l'ÉTG, puisqu'il permet de confirmer une amélioration ou une détérioration de la condition de la personne. En outre, plus la douleur est intense, plus l'intervenant doit tenter d'identifier ou d'exclure un problème sérieux, ce qui peut éventuellement nécessiter un changement de niveau de priorité.

La présente enquête révèle que l'attribution du niveau de priorité et l'évaluation initiale sont conformes aux normes, sauf en ce qui concerne l'évaluation quantitative de la douleur. En effet, dans les dossiers dont les personnes étaient souffrantes au moment du triage, 64 % ne comportaient pas d'évaluation quantitative de la douleur. Cette lacune était déjà connue de l'établissement puisque son propre audit de dossiers en est arrivé à un résultat similaire.

En 2021, le Protecteur du citoyen avait fait une recommandation à ce sujet dans le cadre d'un autre dossier qui visait cet établissement. De la formation pour le personnel infirmier au triage avait alors été offerte ainsi que des rencontres de sensibilisation. Malgré la mise en place de ces mesures, force est de constater que des lacunes demeurent.

De l'avis du Protecteur du citoyen, l'établissement doit fournir un encadrement particulier aux membres du personnel infirmier qui ne respectent pas cet aspect important de l'évaluation au triage. Une recommandation en ce sens est donc formulée (R-2).

3.1.3 Surveillance de la salle d'attente

Selon les *Lignes directrices* de l'OIIQ, l'organisation physique de la salle d'attente et de l'aire de triage doit permettre au personnel infirmier d'effectuer une surveillance visuelle étroite et continue des personnes qui s'y trouvent. Cette surveillance permet notamment de déceler rapidement la détérioration de l'état de santé d'une personne.

La salle d'attente de l'urgence à l'Hôpital de Sept-Îles comporte deux aires distinctes. La première est adjacente à l'aire de triage et aux salles de traitements. La deuxième est située plus loin et est séparée par un mur et un corridor.

Un local est principalement utilisé pour faire le triage. Il comporte une fenêtre donnant sur la première salle d'attente, mais qui est toutefois condamnée pour des raisons de confidentialité. L'emplacement de la deuxième salle d'attente empêche le personnel au triage d'avoir une vue directe sur les lieux.

Pour pallier ce manque de visibilité, le local pour le triage dispose d'un écran sur lequel s'affichent les images transmises par quatre caméras de surveillance. Afin de voir ces images en tout temps, l'écran est divisé en quatre. On y aperçoit l'entrée de l'urgence, le corridor d'accès et les deux salles d'attente.

Lors de sa visite des lieux, le Protecteur du citoyen a constaté que les images de la deuxième salle d'attente ne permettent pas de surveiller efficacement toutes les personnes qui s'y trouvent, en raison de la distance (vue trop éloignée) ou du fait que quelques chaises n'entrent pas dans le champ de vision de la caméra. Cela a été confirmé par les membres du personnel interrogés.

Considérant cette impossibilité de respecter les normes attendues en termes de surveillance de la salle d'attente, une recommandation est formulée (R-3).

L'enquête révèle également que des personnes qui attendent leur prise en charge médicale se rendent à la cafétéria, où il n'y a pas de surveillance possible par le personnel infirmier au triage. Aucune directive ou information sur les risques de cette habitude n'est donnée par le personnel. Puisque le Protecteur du citoyen estime que cette pratique est non sécuritaire, une recommandation est faite à l'établissement (R-4).

3.1.4 Réévaluation

En complément de la surveillance des usagers et usagères dans la salle d'attente, l'état d'une personne doit être réévalué lorsque le délai prévu pour sa prise en charge médicale est échu ou lorsque sa condition se détériore.

L'ÉTG établit une relation entre les besoins de soins de la personne et les délais raisonnables pour donner les soins. Cette échelle comprend cinq niveaux de priorité, soit de P1 (prise en charge immédiate) à P5 (non urgent). Ces délais ne constituent toutefois pas une norme, mais un objectif opérationnel pouvant être affecté par les variations de la demande de soins à l'urgence.

L'état d'une personne pouvant s'améliorer ou se détériorer en attendant la prise en charge médicale, le *Guide de gestion des urgences* précise que des mécanismes de réévaluation doivent être rigoureusement considérés. La réévaluation peut être visuelle ou plus complète, selon la condition de la personne et les éléments de surveillance relevés au moment de l'évaluation initiale. Une telle réévaluation permet d'identifier tout changement de l'état de la personne pendant son attente et d'ajuster, au besoin, son niveau de priorité.

Or, le Protecteur du citoyen a constaté qu'environ le quart seulement des personnes en attente de prise en charge médicale ont bénéficié d'une réévaluation selon les critères prévus à l'ÉTG. À titre d'exemple, une personne de priorité 4 (délai de prise en charge médicale de 60 minutes) a été réévaluée après sept heures d'attente. Une autre personne de priorité 5 (délai de prise en charge médicale de 120 minutes) n'a fait l'objet d'aucune réévaluation en 12 heures d'attente.

L'analyse révèle par ailleurs que lorsque l'état d'une personne demande une attention immédiate, celle-ci est rapidement conduite vers l'aire des civières où son état est adéquatement surveillé en attendant la prise en charge médicale.

Généralement, un seul membre du personnel infirmier est assigné au triage. Bien qu'il n'y ait qu'un local de triage, un deuxième peut être utilisé, au besoin. Selon l'information obtenue, le recours à un ou à une collègue est rarement possible, sauf lors de l'arrivée d'une ambulance, accueillie habituellement par l'assistante supérieure immédiate (ASI).

La priorité étant d'évaluer les nouvelles personnes qui arrivent à l'urgence, les réévaluations sont réalisées seulement si le personnel infirmier en a le temps. Or, selon les constats du Protecteur du citoyen, le personnel est rarement en mesure de le faire, notamment en raison de l'achalandage important ou du nombre restreint d'employés lors de certains quarts de travail, comme celui de nuit.

Tout comme le MSSS et l'OIIQ, le Protecteur du citoyen juge important pour la sécurité des usagers et des usagères que leur état soit réévalué lorsque le délai prévu par l'ÉTG pour la prise en charge médicale est échu. Une recommandation est formulée à ce sujet (R-5).

3.1.5 Réorientation

Lorsqu'une personne se présente à l'urgence avec un problème de santé n'exigeant pas une prise en charge urgente et pouvant être traitée dans une autre ressource que l'urgence, elle est considérée comme pouvant être *réorientable*.

Selon le *Guide de gestion des urgences*, il est alors possible pour le personnel infirmier, à la suite de l'évaluation complète de la personne, de lui suggérer de retourner chez elle et de consulter un médecin de famille, un pharmacien, un dentiste ou les services courants dans un centre local de services communautaires (CLSC). De façon formelle, il est également possible de diriger la personne vers un groupe de médecine familiale (GMF) ou une clinique externe. Cette mesure, appelée réorientation, est reconnue comme une pratique qui permet de diminuer le temps d'attente avant de recevoir des soins et de mieux répondre aux besoins des personnes. Elle est basée sur la notion *du bon patient, au bon endroit, pour les bons soins*.

Le type de clientèle de priorité « non urgente » représente une importante proportion des consultations à l'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles. En effet, selon les dossiers analysés, plusieurs personnes se sont présentées à l'urgence pour des motifs qui les rendaient admissibles à une réorientation : besoin d'une prescription à des fins d'assurances, douleurs à la gorge, symptômes de sinusite, etc. L'enquête révèle qu'un seul GMF offre des plages horaires pour une réorientation formelle. Selon l'information obtenue, elles sont quotidiennement comblées.

Le nombre de plages horaires offertes est considéré insuffisant en comparaison du nombre de personnes qu'il serait possible de réorienter. Cette offre limitée s'explique par la proximité d'un seul GMF. Par ailleurs, la récente mise en place du Guichet d'accès à la première ligne (GAP), qui permet aux personnes qui n'ont pas de médecin de famille d'avoir accès à des services de première ligne en temps opportun et ailleurs qu'à l'urgence, est une alternative prometteuse pour la clientèle *réorientable*. Le Protecteur du citoyen encourage donc l'établissement à promouvoir l'utilisation de la première ligne afin de diminuer les consultations considérées comme non urgentes à l'urgence.

Selon le document *Réorientation de la clientèle ambulatoire non urgente de l'urgence* du MSSS, les établissements doivent encadrer la pratique de la réorientation, notamment en élaborant un algorithme clinique pour définir les critères d'une réorientation sécuritaire. Les exclusions ou les contre-indications à la réorientation ainsi que la notion de consentement libre et éclairé doivent y être incluses.

L'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles ne dispose pas d'un tel outil clinique. L'analyse des dossiers révèle que des personnes qui auraient pu être réorientées en fonction de la raison de leur visite et de leur état clinique ne l'ont pas été. Le Protecteur du citoyen comprend que le personnel infirmier peut décider de ne pas réorienter une personne malgré l'absence de critères de contre-indications. Les témoignages du personnel et l'absence d'explications à cet égard dans les dossiers analysés laissent cependant croire que la réorientation n'est pas optimale et ne permet pas de désencombrer suffisamment l'urgence.

Il est permis de croire qu'à la suite de l'implantation d'un processus de réorientation efficient et accessible, associée à la promotion dans la population

concernant l'utilisation appropriée des ressources de première ligne, la fluidité et l'accessibilité de l'urgence de l'Hôpital Sept-Îles en seraient améliorées. Des recommandations sont donc formulées à l'établissement (R-6 et R-7).

3.1.6 Surveillance à l'aire des civières

Le nombre de civières autorisées à l'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles est de dix. Cette urgence dispose toutefois d'environ vingt-trois civières en cas de dépassement du niveau d'activités. Le poste du personnel infirmier est au centre de cette zone afin de permettre de voir l'ensemble des civières.

Lors de sa visite des lieux, le Protecteur du citoyen a constaté que :

- L'espace est restreint;
- Bien que le poste soit entouré de vitres pour voir les civières, elles sont soit givrées, soit couvertes d'affiches ou encombrées de matériel de soins (meubles de rangement, perches à soluté, etc.);
- À partir du poste, certaines des civières autorisées sont difficilement visibles et certaines ne le sont pas du tout;
- Certaines civières de débordement ne disposent pas de cloche d'appel. Bien que ces civières se trouvent dans un endroit passant et près du poste, il peut y avoir un long délai avant que les usagers et usagères soient vus par le personnel, notamment lorsqu'ils sont occupés à d'autres tâches.

Les personnes qui séjournent à l'urgence ont une condition de santé qui peut être instable et/ou qui peut rapidement se détériorer. L'environnement doit donc permettre au personnel infirmier d'observer les usagers et usagères installés sur une civière et de noter l'évolution de leur condition clinique.

Des travaux d'agrandissement et de réaménagement de l'urgence sont prévus pour fournir des infrastructures plus adéquates, tant pour la clientèle que pour le personnel. Le projet est à l'étape de la planification et devrait se terminer en 2026. L'espace devra être aménagé de façon plus fonctionnelle et sécuritaire.

Puisque la nouvelle salle d'urgence ne sera pas en fonction avant quelques années, le Protecteur du citoyen considère qu'un travail de désencombrement doit être effectué afin d'optimiser la vue sur toutes les civières. Bien que conscient de l'exiguïté de l'urgence, il estime qu'il n'est pas justifié que les vitres du poste du personnel infirmier soient givrées ni couvertes d'affiches. Une recommandation est formulée à l'établissement pour assurer une surveillance sécuritaire des usagers et usagères (R-8).

3.1.7 Salle d'isolement

Le recours à des mesures de contrôle (contention chimique et physique, isolement) ne peut être possible que pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. Puisque leur utilisation porte atteinte aux droits fondamentaux

de la personne, les mesures de contrôle doivent être d'une durée minimale et envisagées en dernier recours, c'est-à-dire lorsque toutes les mesures alternatives ont été tentées. Selon le cadre de référence du MSSS, l'application de mesures de contrôle doit se faire dans « le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive »³.

L'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles dispose d'une salle d'isolement sécuritaire près du poste du personnel infirmier. Le Protecteur du citoyen a constaté que cette salle était souvent utilisée. Il n'est d'ailleurs pas rare que la condition de deux personnes requière son utilisation en même temps. Une priorisation clinique est alors nécessaire.

Les directives encadrant l'utilisation de cette salle figurent au *Protocole interdisciplinaire pour l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement, contention et substances chimiques* du CISSS de la Côte-Nord.

Surveillance

Une obligation de surveillance accrue incombe aux établissements lors de l'utilisation de la salle d'isolement. Selon le cadre de référence du MSSS, le niveau et la fréquence de la surveillance doivent être déterminés en fonction du risque rattaché à la personne, de sa condition clinique et du lieu dans lequel elle se trouve.

Les modalités de surveillance doivent être prévues au protocole de l'établissement. Selon ce protocole, le personnel infirmier est responsable de procéder à l'évaluation initiale et continue de la condition de santé de la personne. Pour ce faire, plusieurs outils et formulaires, disponibles en annexe du protocole, doivent être utilisés. Ces outils concernent entre autres le consentement, le type de surveillance et la fréquence minimale requise.

L'enquête révèle que l'utilisation de ces formulaires n'est pas systématique. En effet, le Protecteur du citoyen a constaté qu'ils étaient absents dans tous les dossiers analysés indiquant le recours à la salle d'isolement. De plus, la majorité de ceux-ci démontre des lacunes, notamment quant à la fréquence de la surveillance et à la vérification des paramètres de surveillance. Par exemple, dans un dossier, alors que la personne était en salle d'isolement, la surveillance a été effectuée aux 30 minutes et à chaque heure. Or, le protocole mentionne que celle-ci doit être faite minimalement aux 15 minutes. En outre, l'état de la personne n'est pas précisé.

Le Protecteur du citoyen est informé que le personnel de l'urgence se fie au fait que la surveillance est parfois effectuée par leurs collègues. Ceux-ci jettent un regard par la fenêtre lors des déplacements. Or, cette responsabilité partagée n'est souvent pas inscrite au dossier, ce qui ne reflète donc pas la surveillance

3. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique, MSSS, 2015, p. 4.

réellement effectuée. De plus, cette façon de faire est aléatoire et comporte des risques, notamment si tout le personnel a une charge de travail élevée et ne circule pas devant la salle d'isolement.

L'utilisation systématique des formulaires permettrait d'assurer une surveillance conforme au protocole de l'établissement. Le Protecteur du citoyen formule une recommandation à ce sujet.

Visibilité des contentions physiques

Le Protecteur du citoyen a constaté que les contentions physiques des membres inférieurs et supérieurs étaient accrochées au mur, près de la porte de la salle d'isolement. Une telle vue sur les contentions peut contribuer à augmenter l'agitation ou la décompensation d'une personne, considérant sa crainte d'y être soumise.

Le Protecteur du citoyen estime que les contentions, qui ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, ne devraient pas être visibles par un usager ou une usagère en situation sensible et dont on souhaite la collaboration. Une recommandation est formulée à cet effet (R-10).

3.1.8 Autres responsabilités attribuées au personnel de soins

Dans le cadre de l'intervention du Protecteur du citoyen, les enjeux de ressources humaines ont été soulevés à maintes reprises par les divers intervenants. Il est permis de croire que le manque de personnel peut entraîner des répercussions sur la qualité des soins et des services offerts.

Désinfection et nettoyage

La pénurie de personnel affecte le service d'hygiène et salubrité de l'hôpital, particulièrement pour le quart de nuit. C'est ainsi qu'il arrive au personnel de soins (préposés aux bénéficiaires ou infirmiers) de procéder au nettoyage et à la désinfection des lieux et des équipements, notamment à la fin du séjour d'une personne.

Contrairement au personnel préposé aux bénéficiaires, le personnel infirmier ne se sent pas toujours outillé pour procéder ainsi à la désinfection requise de façon adéquate et sécuritaire. Il appert en effet qu'avant la pandémie, seul le personnel préposé aux bénéficiaires était responsable des tâches de nettoyage sur le quart de nuit, et formé en conséquence.

Le personnel infirmier, pour sa part, est davantage formé pour le nettoyage et la désinfection des zones fréquemment touchées (high touch) entre chaque usager et usagère, particulièrement au triage, et ce, pour des raisons d'efficacité et de sécurité.

Le document *Hygiène et salubrité en milieu de soins*, élaboré par le MSSS, spécifie que peu importe à qui revient la responsabilité de l'ensemble des activités de nettoyage et de désinfection de diverses surfaces en milieu de soins, la lutte contre la transmission des microorganismes s'intègre dans une stratégie globale de prévention et contrôle des infections (PCI). Chacun est donc appelé à y contribuer.

Ces tâches doivent toutefois être effectuées conformément à certaines normes afin d'être efficaces et de respecter les principes de base en PCI. Le personnel doit donc être informé des différentes étapes, y compris le choix de la fréquence des gestes à poser et les caractéristiques des produits de nettoyage et de désinfection. Le Protecteur du citoyen estime qu'un aide-mémoire accessible au personnel de l'urgence faciliterait ces activités, d'autant plus que le personnel infirmier les effectue de façon occasionnelle (R-11).

Préparation préopératoire

Il est dénoncé au Protecteur du citoyen qu'il revient au personnel infirmier de l'urgence d'effectuer la préparation préopératoire. Ainsi, la personne qui doit subir une chirurgie de façon « semi-urgente » est admise sur une civière à l'urgence, et le personnel doit l'aider à compléter le questionnaire requis, recueillir la signature du consentement et procéder aux autres tâches nécessaires avant la chirurgie.

Le Protecteur du citoyen est informé que des discussions à cet égard sont en cours entre la cheffe de l'urgence et la directrice des soins infirmiers. Considérant que cette préparation préopératoire peut alourdir la tâche du personnel infirmier de l'urgence, le Protecteur du citoyen invite les personnes concernées à poursuivre leur réflexion à cet égard. Une demande de suivi est faite à ce sujet. (S-1).

3.1.9 Fluidité hospitalière

Une bonne fluidité hospitalière est essentielle pour désencombrer l'urgence d'un hôpital, ce qui passe notamment par une meilleure planification de la demande en lits d'hospitalisation. Les gestionnaires doivent donc tenter de diminuer au minimum les variations d'admission et de congé pour permettre un meilleur roulement des usagers et usagères, une diminution de l'annulation des chirurgies électives, etc.

Encombrement à l'urgence

Selon le *Guide de gestion des urgences*, lorsqu'une personne doit être admise sur une unité d'hospitalisation à partir de l'urgence, il doit s'écouler au maximum deux heures entre la demande d'admission, l'assignation d'un lit et le départ de la personne de l'urgence. Selon les statistiques obtenues par l'établissement, ce délai était estimé à 23,9 heures pour l'année 2020-2021 et à 34,9 heures pour l'année 2021-2022. Bien qu'une légère amélioration soit notée pour la moitié de la

période 2022-2023 (20,7 heures), le délai de deux heures est encore largement dépassé, tel qu'en atteste l'enquête du Protecteur du citoyen.

Il faut savoir en effet que, selon l'analyse des dossiers, des personnes passent l'ensemble de leur épisode de soins à l'urgence, alors qu'un lit d'hospitalisation était initialement demandé, mais non disponible. Aménagée pour répondre à des besoins de triage, d'orientation et de stabilisation de l'état de personnes présentant une condition médicale urgente, cette unité ne peut pas être un milieu de soins aigus adéquat.

Chaque urgence doit se conformer au suivi de certains indicateurs de performance touchant les aspects de délais d'accès et de processus. Un de ces indicateurs est la durée moyenne de séjour (DMS) pour les personnes sur civière.

Pour l'année 2021, la DMS sur civière à l'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles était de 22,42 heures. Pour la moitié de l'année 2022, ce délai était de 21,27 heures. Selon l'Entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et le CISSS de la Côte-Nord, l'engagement pour l'année 2021-2022 était de 15 heures et la cible de 2023 est de 13,6 heures. Même en considérant la légère amélioration de la première portion de 2022, ces résultats démontrent que les cibles ne sont pas atteintes et que des actions doivent être prises afin d'améliorer la situation.

Ce manque de fluidité hospitalière se reflète également sur le taux d'occupation à l'urgence. Selon l'information obtenue, les dix civières autorisées à l'urgence sont quotidiennement toutes occupées. En pratique, le nombre de civières peut être augmenté à vingt-trois afin de répondre au taux d'achalandage. Cependant, certaines de ces civières ne disposent pas de rideaux séparateurs ou de cloches d'appel et sont dans un corridor où la circulation est importante.

Comme solution, l'établissement a ouvert une unité de débordement contenant de huit à dix lits en juillet 2022. Étant donné les avantages, il est envisagé de rendre cette unité permanente, une formule qui, de l'avis du Protecteur du citoyen, pourrait améliorer la fluidité hospitalière.

Le *Guide de gestion des urgences* précise les responsabilités des établissements afin de favoriser une gestion optimale des urgences en situation d'encombrement. Pour corriger la situation, l'établissement doit appliquer un plan de gestion du débordement en fonction du niveau d'encombrement constaté. Des actions rapides et un suivi attentif sont requis.

Le Protecteur du citoyen a pris connaissance du plan de désencombrement de l'établissement, dont la dernière révision remonte à 2017. Une révision du plan est en cours, notamment pour y inclure l'unité de débordement. Considérant l'importance que revêt un tel document, le Protecteur du citoyen demande un suivi à ce sujet (S-2).

Niveau de soins alternatifs

L'amélioration de la fluidité hospitalière passe inévitablement par le suivi et la gestion des personnes en niveau de soins alternatifs (NSA). En effet, ces personnes occupent des lits d'hospitalisation destinés à une clientèle nécessitant des soins actifs, alors qu'elles n'en ont plus besoin. Elles utilisent donc des ressources humaines et matérielles qui pourraient servir à désencombrer l'urgence. L'objectif est de maintenir un taux de personnes en NSA à moins de 8 %⁴.

Selon l'information obtenue, il peut y avoir jusqu'à 50 % des lits autorisés au centre hospitalier qui sont occupés par des usagers et usagères en NSA. Ce sont majoritairement des personnes dont le retour à domicile est compromis en raison du manque de services appropriés, ou encore parce qu'elles ne peuvent retourner à domicile et sont en attente d'hébergement.

Dans certaines situations, l'ajout de services à domicile permet à la personne hospitalisée d'obtenir son congé. L'enquête révèle que le service de soutien à domicile (SAD) de la région est activement impliqué et facilite le maintien de personnes dans leur milieu jusqu'à ce que cela ne soit plus possible, évitant ainsi de recourir rapidement à l'hospitalisation. D'ici au printemps prochain, l'établissement prévoit déployer un outil technologique pour optimiser le travail des intervenants et intervenantes du SAD, de façon à améliorer la gestion du temps pour augmenter les visites à domicile. Le Protecteur du citoyen considère que cette solution est intéressante, particulièrement dans un contexte de pénurie de ressources. Afin d'obtenir une confirmation de l'implantation de cet outil, un suivi est demandé (S-3).

Par ailleurs, il arrive que le maintien à domicile ne soit plus sécuritaire et qu'une relocalisation soit nécessaire. L'établissement explique le taux important de personnes en NSA au centre hospitalier par le manque de ressources d'hébergement dans la région, tant privées que publiques.

Le MSSS a récemment autorisé la construction d'une résidence intermédiaire de quinze places à Sept-Îles. Toutefois, aucune compagnie n'a soumissionné pour mener à bien ce projet. Le MSSS, la direction concernée et des soumissionnaires potentiels mènent actuellement une réflexion concertée pour trouver des solutions. Le Protecteur du citoyen souhaite obtenir un suivi de ces échanges (S-4).

Enfin, le Protecteur du citoyen compte s'assurer que la mise en œuvre des mesures énoncées a un impact réel sur l'encombrement à l'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles. Il demande donc un suivi de certains indicateurs de performance (S-5).

4. Entente de gestion et d'imputabilité 2021-2022 entre le MSSS et le CISSS de la Côte-Nord, 2021, p. 15.

4 CONCLUSION

L'enquête du Protecteur du citoyen a révélé des manquements liés à la qualité des soins et des services offerts aux usagers et usagères de l'urgence de l'Hôpital de Sept-Îles. Certaines lacunes au triage l'avaient déjà conduit, dans le passé, à formuler des recommandations.

Par ailleurs, dans le cadre de son enquête, le Protecteur du citoyen a constaté la volonté du personnel et des gestionnaires d'offrir des soins de qualité et d'améliorer la situation. Des changements en ce sens avaient été amorcés par l'établissement avant la visite du Protecteur du citoyen. D'un point de vue organisationnel, ce dernier tient également à souligner la mobilisation et l'implication de différentes directions afin de diminuer l'encombrement à l'urgence. Les recommandations qui suivent s'inscrivent dans une démarche d'amélioration et visent à assurer aux usagers et usagères des soins de qualité dans le respect de leurs droits.

5 RECOMMANDATIONS

Compte tenu de ce qui précède, le Protecteur du citoyen fait les recommandations suivantes au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord – Hôpital de Sept-Îles :

R-1 Répertorier et analyser les causes des lacunes du processus de triage à l'urgence quant aux aspects suivants :

- Utilisation peu efficiente de l'horodateur;
- Faible utilisation de l'évaluation brève;
- Absence de soutien systématique au personnel infirmier au triage en cas de fort achalandage;
- Durée du triage qui excède les cinq minutes prescrites.

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023, les constats de cette analyse exhaustive et les moyens utilisés pour apporter les correctifs requis.

R-2 Prendre les mesures nécessaires pour qu'une évaluation quantitative de la douleur (échelle de 0 à 10) soit effectuée pour toutes les personnes souffrantes qui se présentent à l'urgence, notamment en :

- Effectuant un audit sur l'évaluation de la douleur au triage par le personnel infirmier;
- Rencontrant individuellement les membres du personnel qui n'ont pas procédé à une évaluation quantitative de la douleur, afin de les informer des lacunes constatées;
- Offrant le soutien nécessaire aux membres du personnel concernés pour qu'ils puissent corriger leurs pratiques.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023, que cette recommandation a été réalisée en lui indiquant les mesures prises pour y parvenir.

R-3 S'assurer que le personnel infirmier concerné de l'urgence est en mesure de surveiller en tout temps les personnes dans la salle d'attente, incluant celles qui se trouvent dans la deuxième salle d'attente, afin de noter toute détérioration de leur état, et ce, conformément au *Guide de gestion des urgences*.

Informers le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023 des mesures prises pour réaliser cet objectif.

R-4 S'assurer que les personnes qui attendent une prise en charge médicale à l'urgence soient informées de l'importance de demeurer dans les salles d'attente prévues à cet effet.

Informers le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023, des mesures prises pour réaliser cet objectif.

- R-5** Prendre les mesures nécessaires pour que le personnel infirmier au triage puisse réévaluer, selon les critères prévus à l'ÉTG, l'état des personnes qui attendent une prise en charge médicale.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023, des mesures prises pour réaliser cet objectif.

- R-6** Élaborer un processus de réorientation, incluant la notion de consentement libre et éclairé et l'algorithme clinique visant à prédéfinir les critères d'une réorientation sécuritaire des personnes qui se présentent à l'urgence.

Transmettre au Protecteur du citoyen une copie de ce processus d'ici le 30 mai 2023.

- R-7** Informer le personnel infirmier de l'urgence du processus de réorientation des personnes qui se présentent à l'urgence.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 septembre 2023, que le contenu du processus de réorientation a été expliqué au personnel concerné et lui indiquer le moyen qui a été pris pour ce faire.

- R-8** Maximiser la visibilité des civières à partir du poste du personnel infirmier à l'urgence, notamment en retirant la pellicule de givre et les affiches sur les vitres du poste, et en relocalisant certains équipements qui encombrant la vue.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023, des mesures prises pour réaliser cet objectif.

- R-9** Prendre les mesures nécessaires afin que les personnes placées en isolement à l'urgence soient surveillées conformément au protocole de l'établissement en s'assurant notamment que :

- Les formulaires requis sont adéquatement utilisés;
- Les notes d'observations sont complétées;
- Le personnel infirmier concerné est outillé pour l'application de cette mesure de contrôle.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023, des mesures prises pour réaliser cet objectif.

- R-10** S'assurer que les contentions physiques non utilisées soient gardées à un endroit facilement accessible, tout en s'assurant qu'elles ne peuvent être vues par les usagers et usagères de l'urgence.

Informez le Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023, des mesures prises pour réaliser cet objectif.

R-11 **Élaborer** un aide-mémoire afin de faciliter l'exécution des tâches de nettoyage et de désinfection à l'urgence et le rendre accessible au personnel de soins concerné.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 mai 2023, que cet aide-mémoire a été créé et mis à la disposition du personnel de soins de l'urgence, et lui en transmettre une copie.

6 SUIVIS

Le Protecteur du citoyen demande également au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord – Hôpital de Sept-Îles de lui transmettre les éléments suivants :

D'ici le 30 juin 2023 :

S-1 Le résultat de la réflexion sur la préparation préopératoire la fin de semaine par le personnel infirmier de l'urgence.

S-2 Une copie du *Plan de désencombrement* mis à jour.

S-3 La confirmation de la mise en place de l'outil technologique visant l'optimisation du soutien à domicile et le bilan sur le nombre d'heures de soins offerts.

S-4 Un bilan des différentes démarches liées à la construction d'une résidence intermédiaire à Sept-Îles.

En date du 30 septembre 2023 :

S-5 Les indicateurs de performance suivants :

- La durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence;
- Le délai entre la demande d'hospitalisation et le départ de l'urgence;
- Les statistiques concernant les personnes en niveau de soins alternatifs.

Suivi attendu

Tel que le prévoit la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. P-31.1), le Protecteur du citoyen doit être informé, dans un délai de 30 jours de la réception du présent rapport, de l'acceptation de l'établissement de mettre en œuvre les recommandations qui lui sont adressées ou des motifs pour lesquels il n'entend pas y donner suite.



Bureau de Québec
800, place D'Youville, 19^e étage
Québec (Québec) G1R 3P4
Téléphone : 418 643-2688

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

protecteurducitoyen.qc.ca
Téléphone sans frais : 1 800 463-5070
Télécopieur : 1 866 902-7130
protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca