

RAPPORT D'INTERVENTION

**Intervention à l'Hôpital du Sacré-Cœur-
de-Montréal**

Québec, le 2 juillet 2025

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).

Le Protecteur du citoyen peut communiquer ce rapport aux instances et aux personnes concernées par l'intervention, 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 le prescrit 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. Enfin, il évalue la mise en œuvre des appels à l'action issus des travaux de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès (commission Viens).

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 entre autres proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives en vue de les améliorer, dans l'intérêt des personnes concernées.

TABLE DES MATIÈRES

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	RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE	4
3.1	Mesures de contrôle	4
3.1.1	Cadre légal et administratif	4
3.1.2	Constats en cours d'enquête et lors de l'analyse des dossiers	5
3.1.3	Contention chimique	6
3.1.4	Contention physique	7
3.1.5	Mesure de dernier recours	7
3.1.6	Contexte d'intervention planifiée	8
3.1.7	Mesure de contrôle en guise de prévention	8
3.1.8	Surveillance	10
3.1.9	Suivi clinique et continuité des soins	10
3.1.10	Tenue de dossier	12
3.1.11	Engagements lors de l'intervention du Protecteur du citoyen	14
3.2	Pratiques apparentées à de la maltraitance envers la personne âgée	14
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. 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 personnes et de leurs droits est au cœur de la mission du Protecteur du citoyen.

1.2 Demande d'intervention

En octobre 2024, le Protecteur du citoyen a reçu des informations selon lesquelles la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers seraient compromises dans diverses unités d'hospitalisation de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, notamment en raison de l'application abusive de mesures de contrôle. Étant donné la nature des allégations et le risque de préjudices, le Protecteur du citoyen a pris la décision d'intervenir.

1.3 Installation visée par l'intervention

L'installation visée par la présente intervention est l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, l'un des quatre hôpitaux qui offrent des services à la population ayant accès au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Elle couvre un territoire comptant près de 440 000 habitants.

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 M^{me} Claudie Morin et M^{me} Julie Nadeau, déléguées aux enquêtes, le mandat de recueillir le témoignage des personnes concernées, le point de vue des instances visées ainsi que toute autre information jugée pertinente. Elles devaient ensuite procéder à l'analyse de la situation et, le cas échéant, proposer des correctifs et une approche favorisant leur mise en œuvre.

2.2 Collecte d'information

Dans le cadre de l'enquête, en vue d'obtenir l'information pertinente et nécessaire à l'intervention, le Protecteur du citoyen a recueilli les commentaires et les observations de différentes personnes, dont les suivantes :

- La commissaire aux plaintes et à la qualité des services;
- Le directeur des soins infirmiers;
- Le directeur adjoint – Évaluation et développement de la pratique professionnelle à la Direction des soins infirmiers;
- Des conseillères cadres à la Direction des soins infirmiers;
- Des chefs de service et divers intervenants;
- Plusieurs personnes hospitalisées et membres de leur famille.

2.3 Documentation consultée

Pour compléter la collecte d'information, outre la législation en vigueur et le dossier médical de 18 usagers et usagères, le Protecteur du citoyen a consulté les documents suivants :

- *Politique d'application exceptionnelle, judiciaire et sécuritaire des mesures de contrôle (contentions, isolement et substances cliniques)* (PO-10-003), CIUSSS NIM, 2020;
- *Procédure d'application exceptionnelle, judiciaire et sécuritaire des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques* (PRO-10-015), CIUSSS NIM, mars 2021;
- *Gestion des troubles du comportement de l'utilisateur atteint d'un traumatisme craniocérébral modéré sévère TCCMG* (PRO-10-020), CIUSSS NIM, juillet 2023;
- *Ordonnance – Gestion du trouble du comportement de la clientèle TCCMG*, CIUSSS NIM, juin 2023;

- Procédure – *Déclaration d'un incident ou d'un accident survenu lors de la prestation de soins et de services* (PRO-16-004), CIUSSS NIM, octobre 2024;
- Procédure – *Administration sécuritaire des médicaments* (PRO-10-011), CIUSSS NIM, novembre 2020;
- *Procédure de mobilité fonctionnelle et/ou marche pour les usagers âgés en milieu hospitalier* (PRO-07-001), CIUSSS NIM, janvier 2019;
- *Procédure sur la prévention des chutes et la réduction de leurs conséquences auprès de la clientèle du CIUSSS NIM* (PRO-11-018), CIUSSS NIM, juillet 2019;
- Règle de soins infirmiers – *Gestion de la douleur* (RSI-10-009), CIUSSS NIM, octobre 2018;
- Règle de soins infirmiers – *Prévention des lésions de pression* (RSI-10-018), CIUSSS NIM, juillet 2022;
- Règle de soins infirmiers – *Suivi clinique des usagers hospitalisés désignés en niveau de soins alternatif (NSA)* (RSI-10-021), CIUSSS NIM, avril 2023;
- Orientations ministérielles : *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et l'isolement*, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), août 2006;
- Orientations ministérielles : *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique*, MSSS, édition révisée, mars 2015;
- Cadre de référence : *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, MSSS, 2011;
- Manuel d'enseignement *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 3^e éd., 2021;
- Manuel d'enseignement *Soins de plaies – Un savoir et une pratique accessibles*, Chenelière Éducation, 2020;
- *Déclaration des incidents et accidents – Lignes directrices*, MSSS, 2020, p. 1 et 3.

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 du Sacré-Cœur-de-Montréal les 22 et 23 octobre 2024. Cette visite n'avait pas été annoncée pour préserver l'authenticité des observations réalisées.

Le Protecteur du citoyen souligne la bonne collaboration de l'établissement et des personnes interpellées dans le cadre de cette visite.

3 RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE

3.1 Mesures de contrôle

3.1.1 Cadre légal et administratif

La loi³ encadre l'utilisation de la force, de l'isolement, de tout moyen mécanique ou de toute substance chimique à titre de mesure de contrôle.

La décision de recourir à une telle mesure doit s'appuyer sur les six principes directeurs énoncés dans les Orientations ministérielles⁴ et repris dans la politique de l'établissement⁵, notamment :

- Être uniquement utilisée comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent pour empêcher la personne de s'infliger des lésions ou d'en infliger à autrui. L'utilisation des mesures de contrôle ne peut être punitive, elle doit être fondée sur des faits et non sur des suppositions ou des craintes des intervenants;
- N'être envisagée qu'en dernier recours. L'utilisation doit être limitée dans le temps et employée lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont échoué;
- Être la moins contraignante possible, pour une durée la plus courte possible et être retirée dès qu'elle ne s'avère plus nécessaire;
- Être appliquée dans le respect, la dignité et la sécurité en assurant le confort de la personne. Elle doit aussi faire l'objet d'une supervision attentive :
 - Respect des droits de la personne, de son intégrité, de ses caractéristiques personnelles et des règles en matière de consentement;
 - Formation du personnel qui applique de telles mesures pour une utilisation sécuritaire et conforme, en tenant compte des besoins individuels de l'usager et de l'usagère;
 - Dispensation des soins de base (hygiène, élimination, alimentation, hydratation et mobilité). Surveillance appropriée et régulière selon les meilleures pratiques;
 - Maintien des communications avec la personne et celle qui la représente, le cas échéant, pour assurer la sécurité tant sur le plan physiologique que sur le plan psychologique;

3. *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. G -1.021, a. 393.

4. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 15 à 17.

5. *Politique sur l'application exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques*, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

- Supervision attentive de l'application de la mesure de contrôle et révision régulière pour limiter les risques d'accident et les possibilités de blessures ou de traumatismes;
- Être balisée par des procédures et contrôlée en vue d'assurer le respect de la politique;
- Faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi par le conseil d'administration du CIUSSS.

Deux contextes peuvent prévaloir lors de l'emploi d'une mesure de contrôle : le contexte d'intervention planifiée et celui de l'intervention non planifiée. Lorsqu'une personne a un comportement susceptible de se répéter et qu'elle présente un danger réel pour elle-même ou pour autrui, l'utilisation des mesures de contrôle doit être planifiée. De plus, elle doit résulter d'une démarche interdisciplinaire suivant laquelle le consentement de la personne ou de son représentant est requis⁶. Seule l'urgence permet de passer outre ce consentement, c'est-à-dire dans un contexte d'intervention non planifiée, notamment lorsque l'utilisateur présente un comportement inhabituel et imprévu qui signale un danger imminent et immédiat.

3.1.2 Constats en cours d'enquête et lors de l'analyse des dossiers

Le Protecteur du citoyen observe que l'application et le suivi des mesures de contrôle ne respectent pas les pratiques attendues. En effet, les mesures ne sont pas utilisées en dernier recours. Au contraire, elles sont promptement appliquées, notamment en prévention d'un comportement à risque ou pour contrer un comportement dérangeant. Or, « en aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'une personne qui a des comportements à risque⁷ ».

Le Protecteur du citoyen est conscient qu'une mesure peut être employée dans un but de contrôle ou à d'autres fins, comme pour soutenir le positionnement d'une personne. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, pour assurer une dispensation de soins sécuritaire, humaine et respectueuse des droits fondamentaux, il importe que l'établissement démontre que les professionnels habilités et les intervenants se sont d'abord interrogés sur les besoins de la personne et les causes sous-jacentes à ses comportements, et que tout a été tenté avant d'en arriver à l'utilisation d'une mesure de contrôle. Si son utilisation devient inévitable, outre l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé (PII), le consentement de la personne ou de celle qui la représente doit impérativement être obtenu. Or, le Protecteur du citoyen a constaté que l'obtention du consentement n'est pas systématique. Dans les rares cas où il est obtenu, l'enquête révèle que le consentement devient une justification à la pérennité de l'application des mesures

6. *Politique sur l'application exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques*, préc., p. 7.

7. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015, p. 5.

de contrôle, sans motif raisonnable ni réévaluation. De plus, le Protecteur du citoyen constate que l'inscription de leur utilisation au registre du CIUSSS est omise, ou encore que les informations inscrites sont inexactes, ce qui est contraire à la politique. Il en résulte que la reddition de compte annuelle, comme exigée dans les orientations ministérielles, est erronée.

3.1.3 Contention chimique

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) définit que la substance chimique est considérée comme une mesure de contrôle lorsqu'elle est administrée dans le but de limiter la capacité d'action d'une personne⁸. Ainsi, pour déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le but poursuivi lors de son application, plutôt que sur le dispositif ou la mesure elle-même.

L'enquête révèle que, selon plusieurs intervenants de l'établissement, l'administration de la médication (Ativan, Haldol, quétiapine, rispéridone), prescrite au besoin ou par une ordonnance collective pour contrer l'agitation d'une personne ou gérer un comportement⁹, ne devrait pas être considérée comme une mesure de contrôle, mais plutôt comme un soin. Le recours à la contention chimique a en effet été observé à maintes reprises au sein de l'installation lorsqu'une personne présente de l'agitation, des comportements anxieux ou même de l'inconfort.

Le Protecteur du citoyen est préoccupé de constater dans différents dossiers que les médecins doivent même prescrire au personnel infirmier d'essayer de répondre aux besoins de base de la personne avant de donner de la médication. Ceux-ci soulignent notamment que les doses multiples d'Haldol et d'Ativan n'aident pas en ce qui concerne l'agressivité. Ils insistent d'ailleurs sur l'importance d'améliorer la non-pharmacologie. Un de ces besoins peut être le soulagement de la douleur ou de l'inconfort. Par exemple, dans un des dossiers analysés, l'Ativan et l'Haldol sont administrés à une personne qui crie, car le personnel n'est pas en mesure de comprendre son besoin en raison d'une barrière linguistique. Il comprend plus tard que le comportement est lié à des douleurs. Plusieurs personnes peuvent en effet avoir de la difficulté à exprimer leur douleur ou leur inconfort, pour différentes raisons. Les personnes ayant un trouble neurocognitif majeur (TNCM) en sont aussi un excellent exemple. Dans ce contexte, il est vrai que certains comportements d'agitation ou d'agressivité peuvent se manifester. Le personnel infirmier, responsable d'évaluer et de faire le suivi de la douleur, doit chercher à comprendre la raison derrière le comportement avant d'appliquer une mesure de contrôle. Comprendre ce qui provoque le comportement d'agitation est essentiel et peut révéler des besoins simples à combler. Par exemple, dans un autre dossier, le

8. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, préc., p. 14.

9. Par exemple, pour la clientèle atteinte d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG) ou celle présentant un épisode de délirium.

personnel comprend, aussi après plusieurs mois, que la conduite agressive de l'usager est due à la faim.

3.1.4 Contention physique

Le MSSS définit la contention physique comme une « mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap¹⁰ ».

Le Protecteur du citoyen observe l'utilisation régulière d'une ceinture abdominale ou pelvienne, de mitaines de protection, de tablette au fauteuil, de ridelles¹¹ et, à l'occasion, d'attache-poignets et d'attache-chevilles. Comme mentionné précédemment, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être limitée aux situations où la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, ce qui, dans la plupart des dossiers consultés, n'est pas le cas. Outre le retrait de ses droits fondamentaux, l'utilisation régulière et répétée de tels dispositifs expose la personne à divers risques psychologiques et physiques.

À cet égard, le Protecteur du citoyen remarque aussi que l'emploi des ridelles n'est pas considéré comme une mesure de contrôle par plusieurs employés, mais plutôt comme une mesure de protection. Or, l'utilisation des ridelles constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour objectif de contraindre la personne à demeurer dans son lit alors qu'elle souhaite se lever¹². De nombreuses études ont montré que lever tous les côtés de lit est une pratique pouvant entraîner des conséquences sur le comportement de la personne, dont l'agitation, la peur, la fuite par le pied du lit ou le délirium. Ces comportements peuvent générer des situations à risque et occasionner des blessures, voire des décès¹³. Ainsi, cette pratique, qui semble généralisée à l'ensemble des unités, est à proscrire. D'ailleurs, dans le cadre de l'analyse, à deux reprises, le Protecteur du citoyen constate que des personnes chutent en passant par-dessus les ridelles de lit, ce qui leur occasionne des blessures importantes, dont une avec impact crânien.

3.1.5 Mesure de dernier recours

Comme mentionné précédemment, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être minimale, exceptionnelle, et la moins contraignante possible. Le personnel ne tient pas compte de cet aspect, puisque, dans certains cas, plusieurs mesures de contrôle sont utilisées simultanément, sans justification. En effet, le Protecteur du citoyen observe l'administration d'une substance chimique, alors que des

10. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, préc., p. 14.

11. Il s'agit d'une mesure de contrôle lorsque tous les côtés du lit sont relevés et que la personne n'y consent pas.

12. *Politique sur l'application exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques*, préc., p. 14.

13. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique*, préc., p. 11.

dispositifs de contention physique demeurent en place. En outre, parfois, une surveillance privée ou la présence de proches au chevet s'ajoute, tandis que la personne est décrite comme calme et qu'il ne s'agit pas d'un contexte d'urgence. Dans ces cas, le Protecteur du citoyen estime que le personnel aurait dû réévaluer la situation et documenter les motifs justifiant le maintien des mesures de contrôle, le cas échéant.

D'autre part, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être de la durée la plus courte possible et être retirée dès qu'elle ne s'avère plus nécessaire. Encore une fois, cette obligation de réévaluation des mesures n'est pas colligée dans les dossiers. D'ailleurs, l'enquête révèle que des personnes sont maintenues sous contention durant plusieurs heures, voire plusieurs jours, et que les notes inscrites par le personnel permettent rarement de connaître le moment du retrait des mesures de contrôle. Parfois même, leur utilisation apparaît dans les notes du médecin sans toutefois apparaître dans celles du personnel infirmier. Le Protecteur du citoyen relève aussi que des membres de l'équipe interdisciplinaire (physiothérapeutes et médecins) soulèvent des doutes sur la pertinence et la nécessité de l'utilisation des mesures de contrôle et demandent précisément que celles-ci soient retirées. Force est de constater que le personnel infirmier ne donne pas toujours suite à ces demandes qui doivent être réitérées, notamment par les médecins.

3.1.6 Contexte d'intervention planifiée

Dans un contexte d'intervention planifiée, la décision doit résulter d'une démarche interdisciplinaire, lorsqu'il a été déterminé que le comportement de la personne peut se répéter et présenter un danger réel pour elle-même ou pour autrui. Outre la consultation de différents professionnels, le PII doit être mis en place et suggérer divers moyens en réponse à un comportement. L'utilisation des mesures de contrôle peut être envisagée en dernier recours, si toutes les mesures de remplacement ont échoué. Ce PII doit être élaboré de concert avec l'équipe interdisciplinaire, la personne et sa famille. Le consentement de l'utilisateur, de l'usagère ou de son représentant est requis.

Dans la majorité des dossiers analysés, il est possible de déterminer que le contexte d'intervention était planifié, puisqu'il y avait une récurrence du comportement perturbateur. Toutefois, aucun PII n'a été mis en place dès le maintien du recours aux mesures de contrôle. En effet, il n'est pas possible de voir que cette utilisation émane d'une démarche multidisciplinaire, ce qui est contraire aux pratiques attendues.

3.1.7 Mesure de contrôle en guise de prévention

Le Protecteur du citoyen constate que les mesures de contrôle semblent régulièrement mises en place en guise de prévention et de solution aux chutes répétitives. Or, le volume de référence pour la pratique infirmière *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* mentionne que le recours à la contention, dont les

ridelles de lit, n'a aucun effet sur les chutes. En réalité, celui-ci augmente le risque de blessures et de lésions ainsi que le déclin fonctionnel¹⁴.

L'établissement dispose pourtant d'une procédure ainsi que des outils cliniques, dont l'*Algorithme de prise en charge des chutes à répétition*. Celui-ci prévoit qu'après au moins deux chutes à l'intérieur de six mois, le personnel doit :

- Mettre en place des mesures préventives personnalisées;
- Planifier une prise en charge interdisciplinaire, incluant notamment le personnel infirmier, le personnel préposé aux bénéficiaires (PAB), le médecin, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, les proches et l'usager, si possible;
- Obtenir un profil des chutes par extraction de données;
- Faire une analyse multifactorielle des chutes en équipe interdisciplinaire;
- Élaborer un PII personnalisé;
- Appliquer le plan et faire un suivi dans les semaines suivantes;
- Mettre à jour le plan thérapeutique infirmier (PTI) afin d'y inscrire les constats et les directives;
- Réévaluer le risque de chute s'il y a changement dans l'état de santé ou dans les facteurs de risque;
- Remplir un rapport AH-223-1¹⁵ conformément aux procédures applicables.

Le Protecteur du citoyen est conscient que, dans certains cas, la mise en place de mesures préventives pour éviter les chutes est complexe. Toutefois, force est de constater, à la lecture des différents dossiers, que le personnel n'applique pas cet algorithme et n'utilise pas les différents outils à sa disposition, notamment le PII et le PTI¹⁶. Ceux-ci faciliteraient la recherche des causes sous-jacentes, l'application de mesures de remplacement et, par le fait même, permettraient une meilleure prise en charge.

En effet, le Protecteur du citoyen note des blessures occasionnées à une personne qui chute à six reprises au cours de son séjour. Les chutes surviennent la plupart du temps dans un contexte lié à l'insatisfaction de ses besoins physiologiques. Or, elle demeure sous mesure de contrôle la majorité de son séjour, sans qu'aucune mesure prévue à l'algorithme ne soit entreprise. Pourtant, l'instauration d'un horaire mictionnel régulier aurait dû être tentée, ce qui aurait aussi contribué à une dispensation des soins plus humaine.

14. Philippe Voyer et coll., *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 3^e éd., Montréal, Pearson ERPI, 2021, p. 394.

15. Rapport de déclaration d'incident ou d'accident.

16. Plan thérapeutique infirmier (PTI). Le PTI est une obligation légale; il est en place dans l'objectif d'établir le profil et les besoins prioritaires de la personne afin d'assurer une meilleure continuité des soins et, par le fait même, des interventions cohérentes.

Le Protecteur du citoyen réitère que les mesures de contrôle ne doivent jamais être considérées comme une solution définitive à un problème.

3.1.8 Surveillance

Lors du recours à un dispositif physique, celui-ci doit être ajusté et adapté à la taille de la personne, et une surveillance étroite doit être effectuée. Or, le Protecteur du citoyen remarque que des personnes parviennent à se défaire de leur contention, notamment en se glissant sous la ceinture abdominale; elles sont trouvées au sol, parfois dans leur urine ou leurs selles.

La politique de l'établissement prévoit les modalités de surveillance afin d'assurer la sécurité de la personne et son confort lors de l'application de mesures de contrôle. Quelle que soit la mesure utilisée, les paramètres de base à surveiller sont entre autres : la satisfaction des besoins physiologiques, l'élimination, la mobilisation, les réactions physiques et psychologiques face à la mesure de contrôle et l'état mental. À ces éléments de base s'ajoutent le type de surveillance établie selon la ou les mesures de contrôle appliquées ainsi que leurs fréquences.

Afin de faciliter ce suivi, il existe un formulaire et le personnel doit y inscrire ses différents constats. Ce formulaire est trouvé dans quelques dossiers, mais il est souvent incomplet, ce qui ne permet pas de s'assurer que l'ensemble des paramètres de surveillance prévus à la politique sont respectés. Le Protecteur du citoyen constate que les notes d'observation du personnel infirmier ne compensent pas cette absence d'information.

Puisqu'une personne sous mesure de contrôle est limitée dans ses mouvements, le personnel doit s'assurer, lors de sa surveillance, de la mobiliser régulièrement afin d'éviter les conséquences liées à l'immobilisation. Ces conséquences peuvent être diverses, allant du déconditionnement au développement de lésions de pression, qui ont d'ailleurs été observées dans cinq dossiers.

Dans la majorité des dossiers audités, il est difficile de conclure que la mobilisation de la personne est planifiée et effectuée régulièrement. Dans l'un d'eux, le médecin demande au personnel de faire marcher la personne ou de l'asseoir au fauteuil, alors que cela fait partie des activités de base ne nécessitant pas de prescription en guise de rappel. Dans le cas d'une autre personne, âgée et vulnérable, l'ergothérapeute observe une lésion de pression et indique dans sa note que l'usagère peut passer jusqu'à quatre jours sans être levée, alors qu'elle n'a aucune restriction médicale. Une autre personne âgée, tout aussi vulnérable, est assise au fauteuil, avec ceinture abdominale, jusqu'à huit heures consécutives.

3.1.9 Suivi clinique et continuité des soins

Lorsque la personne est confinée en raison d'une mesure de contrôle, assurer la réponse à ses besoins de base devient une priorité, ce qui inclut à la fois son hydratation et son besoin d'éliminer.

Le Protecteur du citoyen relève dans plusieurs dossiers des prescriptions médicales destinées au personnel infirmier pour qu'il réponde aux besoins de

base : hydrater la personne, changer la culotte d'incontinence et établir un horaire mictionnel afin d'éviter d'avoir recours aux mesures de contrôle. Dans un cas en particulier, le médecin a réitéré, à sept reprises, par le biais de prescriptions, l'importance d'hydrater la personne.

Il apparaît aussi des lacunes dans le suivi de l'élimination intestinale. Alors qu'un protocole contre la constipation est disponible au dossier et que le personnel répertorie la présence ou l'absence de selle dans un document, il est avéré que, pour deux unités, les médecins ont dû intervenir, par prescriptions, après avoir observé l'absence de selle depuis plus de six jours. Pour l'une des situations, le médecin doit insister, deux jours plus tard, puisque le personnel n'a toujours pas respecté le protocole de constipation.

Il n'est pas habituel qu'un médecin soit dans l'obligation de prescrire des soins de base qui sont sous la responsabilité du personnel infirmier et qui font partie de ses suivis cliniques réguliers. Bien que le personnel PAB contribue à ces soins, il appartient au personnel infirmier de donner des consignes spécifiques visant à répondre aux besoins de la clientèle, notamment de respecter l'horaire mictionnel, de s'assurer que ce soit fait et d'ajouter la documentation au dossier.

Sécurité des soins et services

En vertu de la loi, toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur le plan à la fois spécifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire¹⁷. Afin d'exercer ce droit, une personne doit pouvoir communiquer sans délai avec le personnel en cas de besoin ou d'urgence. Ainsi, le dispositif d'appel doit être laissé en tout temps à la portée de la personne.

Le Protecteur du citoyen constate qu'un médecin rapporte, au personnel soignant, le dysfonctionnement de la cloche d'appel au chevet d'une personne. Dans les jours qui suivent, le personnel infirmier inscrit que cette cloche est laissée à la disposition de la personne. Trois jours plus tard, le médecin souligne que la cloche n'est toujours pas fonctionnelle; il ajoute, dix jours plus tard, que la réparation a eu lieu. Aucune mention en ce sens n'est objectivée dans les notes du personnel infirmier. Cette situation est préoccupante, d'autant plus que cette personne est maintenue sous contention physique. Comme elle est dépendante du personnel pour répondre à ses besoins, l'accès à la cloche d'appel était primordial.

Questionné à ce sujet, l'établissement répond qu'il y a des mesures de vérification pour certains appareils, mais que les dispositifs d'appel n'en font pas partie.

Continuité des soins

Le Protecteur du citoyen est interpellé, lors de sa visite, par la condition d'une personne désinstallée de son lit. Celle-ci porte une sonde urinaire dont l'urine récoltée présente une coloration inquiétante et elle verbalise un inconfort. Le Protecteur du citoyen questionne le personnel infirmier sur place. Celui-ci répond

17. *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, préc., a. 8.

sèchement, semble peu intéressé et aucunement préoccupé par la condition de la personne. Peu de temps suivant son intervention, d'autres membres du personnel replacent la personne dans son lit.

Le Protecteur du citoyen a audité ce dossier. Il constate que l'état de cette personne s'est considérablement détérioré au cours de son séjour à cette unité, alors qu'à son arrivée, elle était stable, ne requerrait plus de soins actifs et attendait une place dans un hébergement de longue durée.

De graves lacunes à l'égard de la continuité des soins sont constatées dans ce dossier, dont les suivantes :

- La sonde urinaire n'a pas été changée selon les bonnes pratiques. Lorsque le changement a eu lieu, elle est décrite comme étant déformée;

Alors que son état est devenu instable et critique :

- L'infirmière du quart de soir note qu'elle n'a pas reçu le rapport de l'infirmière du quart de jour;
- La radiographie pulmonaire prescrite en urgence à 13 h 30 n'a pas été réalisée;
- Le médecin prescrit à 13 h 30 la prise de signes vitaux toutes les heures;
- Il y a prise des signes vitaux à 13 h 40, les résultats sont anormaux;
- À 16 h 30, le médecin constate que les signes vitaux n'ont pas été repris, il le prescrit en urgence;
- L'utilisateur décède quelques heures plus tard.

L'enquête révèle le besoin d'exercer un suivi étroit de la conformité des pratiques et de la qualité des soins infirmiers. En ce sens, l'établissement indique au Protecteur du citoyen que des rappels ont été faits et que d'autres seront réalisés en continu par les gestionnaires et les conseillères en soins infirmiers. De plus, il mentionne que diverses actions sont en cours ou planifiées, mais le Protecteur du citoyen ne dispose pas d'informations additionnelles en ce sens. Ainsi, il est d'avis que des actions prioritaires doivent être déterminées pour favoriser le développement des compétences et de la pratique professionnelle.

3.1.10 Tenue de dossier

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a publié en 2023 une norme d'exercice sur la documentation en soins infirmiers. Cette norme s'applique à l'ensemble des infirmières et infirmiers, quels que soient leur milieu de soins et leur domaine de pratique. Ainsi, le personnel infirmier doit consigner au dossier médical les éléments de sa démarche clinique, y compris un PTI, lorsque requis. Il doit également y inscrire toutes autres informations pertinentes selon l'état de

santé du patient¹⁸, y compris la déclaration des événements indésirables survenus lors de soins et de services (formulaire AH-223-1).

Les notes infirmières consultées ne permettent pas de faire état du jugement clinique et de soutenir l'évaluation infirmière pour certaines décisions, notamment la contention. En effet, la tenue de dossier est inadéquate et, parfois, tout simplement inexistante. Cette situation contrevient aussi à la politique et à la procédure de l'établissement, qui prévoient plutôt que l'ensemble des informations pertinentes doivent être notées au dossier¹⁹.

Le Protecteur du citoyen est informé que le personnel connaît les obligations relatives à la tenue de dossier liées à l'application des mesures de contrôle prévues dans la politique de l'établissement et au cadre de référence ministériel. Il est également informé que des rappels sont souvent faits et que des formations sont disponibles, mais que le personnel soutient ne pas avoir le temps de remplir ces documents.

Certes, des omissions peuvent être liées à l'instabilité au sein des équipes cliniques qui, elle, est fortement liée à la pénurie de personnel. Toutefois, il est indéniable que l'absence de temps souvent citée pour justifier les omissions nommées précédemment ne peut en aucun cas excuser le non-respect des obligations professionnelles, des lois, des politiques ou des normes en vigueur.

Le Protecteur du citoyen est d'avis que la disponibilité d'une information claire et complète sur la démarche clinique réalisée est essentielle pour assurer la qualité et la continuité des soins et services, à plus forte raison en contexte d'instabilité du personnel.

Déclaration des incidents et accidents

Par ailleurs, la LGSSSS²⁰ précise que tout incident ou accident constaté par un membre du personnel doit être déclaré au moyen du formulaire prévu à cet effet, le plus tôt possible après cette constatation. Ce formulaire doit être versé au dossier de la personne. Cette déclaration permet de déterminer et d'analyser les événements évitables afin d'en prévenir la récurrence et, ainsi, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Or, le Protecteur du citoyen constate qu'à plusieurs occasions, le personnel omet d'utiliser le formulaire AH-223-1, notamment lors de chutes entraînant une conséquence physique, lors de l'apparition d'une lésion de pression ou lors de la non-disponibilité de certains médicaments²¹. Dans toutes ces circonstances,

18. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Normes d'exercice – Documentation des soins infirmiers*, 2023, p. 5.

19. *Politique sur l'application exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques. Procédure d'application exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.*

20. *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, préc., a. 392.

21. Fait référence à des événements observés à différentes unités, où il est parfois récurrent d'omettre la distribution de la médication ou de la faire tardivement.

aucune information inscrite au dossier ne permet de savoir si des mesures ont été prises pour que ces situations ne se répètent pas. Ce problème a déjà été signalé à l'établissement dans le cadre d'une enquête précédente, et une recommandation a été formulée.

En janvier 2025, le Protecteur du citoyen a été informé qu'un rappel concernant les modalités de complétion des rapports AH-223-1 a été fait au personnel des trois centres hospitaliers du CIUSSS. Le Protecteur du citoyen est satisfait de ce rappel, mais considère qu'en raison des nombreuses lacunes observées au cours de l'enquête, une vérification de sa complétion par audit de dossiers est nécessaire.

3.1.11 Engagements lors de l'intervention du Protecteur du citoyen

La politique de l'établissement prévoit la réalisation d'audits, minimalement deux fois par année, notamment pour mesurer l'atteinte des cibles et le respect des procédures. L'établissement admet toutefois que cette pratique a été délaissée depuis quelques années.

Le Protecteur du citoyen prend acte que l'établissement a amorcé, suivant la réception de son avis d'intervention, un plan d'amélioration continue, pour l'application des mesures de contrôle qui s'échelonna jusqu'en 2027, ainsi qu'un plan d'action en matière de mesures de contrôle pour la clientèle hospitalisée dans les trois centres hospitaliers de courte durée. Il en résulte notamment des rappels à l'endroit des gestionnaires et du personnel, la création de divers outils d'aide à la décision, des consignes en lien avec la déclaration au registre des mesures de contrôle et la réalisation d'audits de dossiers. Le Protecteur du citoyen y voit la volonté du CIUSSS d'accroître la qualité des soins et des services fournis aux personnes.

Toutefois, les lacunes observées au cours de cette enquête démontrent la nécessité de rehausser et de consolider les compétences du personnel sur différents plans, notamment quant à l'utilisation de mesures de contrôle, de suivis cliniques et de la tenue de dossier. Le Protecteur du citoyen est d'avis que l'établissement doit déterminer les actions à prioriser pour un développement des compétences et de la pratique professionnelle de ses équipes de soins. Il est primordial que des mesures soient prises pour s'assurer que le personnel de chaque quart de travail n'omet pas de respecter ses diverses obligations envers les usagers et usagères, que ce soit en matière de mesures de contrôle ou de la continuité des soins.

3.2 Pratiques apparentées à de la maltraitance envers la personne âgée

La Loi visant à lutter contre la maltraitance²² définit la maltraitance comme « un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une

22. *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, chapitre L-6.3.

relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne ». Il est important de souligner que la définition de maltraitance englobe la notion du geste non intentionnel.

Outre les constats précités liés à l'application abusive des mesures de contrôle, l'enquête du Protecteur du citoyen met aussi en lumière des pratiques qui s'apparentent à de la maltraitance envers les personnes âgées, dont certaines ont un statut NSA²³. Dans 50 % des dossiers analysés, le Protecteur du citoyen constate des situations où des personnes vulnérables, qui souffrent de polypathologies, sont laissées à elles-mêmes, alors qu'elles requièrent de l'aide pour assurer le maintien de leurs acquis et de leur dignité :

- Une personne âgée refuse de faire changer sa culotte de protection souillée et refuse de s'alimenter. Il est alors 9 h du matin. Selon les notes, c'est seulement à 14 h que le personnel avise la personne, alors qu'elle est toujours au lit et sous contention, qu'il va devoir changer sa culotte souillée; il l'installe ensuite au fauteuil avec ceinture abdominale, lui offre de l'eau et de la nourriture. Cette personne sous contention est demeurée au lit avec sa culotte souillée, sans alimentation ni hydratation pendant cinq heures.
- Un médecin note que l'état d'une personne se détériore depuis son admission à l'unité et il insiste sur le fait qu'il est important de la stimuler puisqu'elle ne peut répondre seule à ses besoins de base. Le dossier révèle aussi ceci :
 - Lors d'une visite, un médecin trouve cette personne avec un énorme morceau de fromage dans la bouche, qui est visiblement en place depuis un bon moment. Il s'interroge sur la diète actuelle et demande une évaluation;
 - Lors d'une visite subséquente, un médecin trouve la personne avec plusieurs morceaux de papier dans la bouche. Il constate que le personnel n'a pas retiré le papier qui entoure la paille, bien que la personne ne soit pas en mesure de le faire elle-même;
 - Une infirmière qui prend en charge une patiente pour son quart de jour note qu'elle nettoie le visage de celle-ci vu la présence de nourriture collée de la bouche au nez. Force est de constater que cette personne est demeurée sans soins d'hygiène, possiblement depuis son souper, la veille.

23. Institut canadien d'information sur la santé, *Définitions et lignes directrices pour la désignation des NSA pour les patients hospitalisés en soins de courte durée*. Ottawa, ON, ICIS; 2016, p. 1 : « Le niveau de soins alternatif (NSA) est une classification utilisée [...] lorsque le niveau de soins requis par un patient ne correspond pas au niveau de ressources ou de services dispensés dans le service de soins où il se trouve. »

- Plusieurs dossiers où les soins de bouche ne sont pas réalisés :
 - Un médecin doit prescrire au personnel de procéder à l'hygiène de la bouche deux fois par jour;
 - Un médecin note la présence de muguet; aucun suivi de cette condition ni soin de bouche ne sont objectivés dans les notes du personnel.
- Une personne avec une sonde urinaire s'agite, le personnel lui met des mitaines et lui donne du Tylenol. C'est le médecin qui constate, 45 minutes plus tard, qu'il y a un nœud dans la sonde urinaire, ce qui explique certainement son comportement. De plus, il est noté qu'à plusieurs reprises, elle demande le retrait des contentions et tente aussi de couper celles-ci à l'aide d'un couteau.
- Une personne non voyante, complètement dépendante et sans famille proche, est laissée alitée; le médecin demande à trois reprises de l'installer au fauteuil; ce sera fait six jours plus tard. Au surplus, malgré une demande de la nutritionniste qui suspecte une sous-alimentation, le personnel omet de consigner l'alimentation de celle-ci.

Le Protecteur du citoyen estime que le CIUSSS a la responsabilité d'évaluer en profondeur les pratiques s'apparentant à de la maltraitance dans son établissement. À cet égard, il considère que des activités de formation doivent être fournies au personnel et aux gestionnaires pour leur permettre de mieux repérer toute forme de maltraitance. Il estime que le renforcement des connaissances est l'une des mesures clés pour prévenir et éliminer la maltraitance envers les personnes vulnérables.

4 CONCLUSION

L'intervention du Protecteur du citoyen permet de confirmer les faits allégués dans les signalements. En effet, l'enquête démontre une banalisation de l'utilisation des mesures de contrôle menant à une surutilisation de celles-ci et, selon les témoignages obtenus, cette situation est connue de l'établissement.

Par ailleurs, des lacunes importantes dans la dispensation des soins ont été observées dans plusieurs unités de l'établissement. Le Protecteur du citoyen est conscient que le personnel soignant doit composer avec une charge importante de travail, mais le manque de ressources ne peut en aucun temps justifier des actions qui portent atteinte aux droits fondamentaux des usagers et usagères. Certes, le personnel est responsable du respect de ses obligations professionnelles, mais il importe également que l'établissement mette en place les outils et les conditions nécessaires à la réalisation de celles-ci, étant aussi responsable de la qualité des soins dispensés au sein de ses installations. En effet, il s'agit d'une responsabilité partagée entre le personnel soignant, les gestionnaires et la direction. Plusieurs des pratiques relevées doivent être corrigées et d'autres améliorées sans délai.

5 RECOMMANDATIONS

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen formule les recommandations suivantes au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, pour l'ensemble des unités d'hospitalisation à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal :

R-1 S'assurer que le personnel soignant de chaque quart de travail applique les pratiques attendues auprès des usagers et usagères sous mesure de contrôle physique ou chimique, même en cas de surcharge de travail, et ce, en effectuant des vérifications quotidiennes de la nécessité de leur utilisation et du suivi clinique qui en est fait

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 octobre 2025, que cet objectif a été atteint en lui indiquant le moyen qui a été pris pour le réaliser.

R-2 Procéder à un audit de dossiers, au minimum trois mois après la mise en place de la recommandation R-1, en évaluant chacun des éléments suivants :

- L'obtention du consentement de la personne ou de son représentant;
- La recherche des causes sous-jacentes avant le recours aux mesures de contrôle;
- L'application des mesures de remplacement;
- L'identification selon laquelle la médication est utilisée à titre de contention chimique;
- L'aspect exceptionnel d'une mesure de contrôle, laquelle doit être la moins contraignante possible et utilisée en dernier recours, et seulement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui;
- Le retrait des mesures de contrôle dès que le motif justifiant leur utilisation n'est plus présent;
- La surveillance applicable;
- La réévaluation en équipe interdisciplinaire de la pertinence de maintenir la mesure de contrôle en fonction de l'évolution de la situation clinique;
- La documentation complète associée (dont le plan d'intervention interdisciplinaire et le plan thérapeutique infirmier);
- La déclaration au registre de l'établissement.

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 mars 2026, les résultats détaillés de l'audit portant sur chacun des points cités précédemment, en lui indiquant les mesures qui seront prises pour améliorer la situation advenant des constats insatisfaisants.

R-3 Rappeler à l'ensemble du personnel soignant les conditions lui permettant d'utiliser les ridelles de lit.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 août 2025, que ce rappel a été effectué en lui indiquant le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.

- R-4** Évaluer l'application rigoureuse et l'utilisation par le personnel soignant des outils liés à l'évaluation du risque de chute, dont l'*Algorithme de prise en charge des chutes à répétition* afin d'assurer une prise en charge optimale de l'usager ou de l'usagère et d'éviter une utilisation systématique des mesures de contrôle.

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 octobre 2025, une copie de l'évaluation détaillée qui a été réalisée.

- R-5** Mettre en place une mesure qui permettra de s'assurer, au quotidien, du bon fonctionnement des cloches d'appel pour chaque usager et usagère.

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 août 2025, la mesure qui aura été élaborée pour atteindre à cet objectif.

- R-6** Déterminer les actions prioritaires à réaliser en 2025-2026 pour favoriser le développement des compétences et de la pratique professionnelle au sein des équipes de soins concernant notamment :

- Les responsabilités à l'égard du suivi clinique et de la continuité des soins;
- Les obligations relatives à la tenue de dossier;
- Le plan thérapeutique infirmier;
- Le plan d'intervention interdisciplinaire;
- Le rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1);
- Tout autre outil d'évaluation (dont le risque de chute, le risque de plaie).

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 octobre 2025, les actions retenues pour répondre à cet objectif.

- R-7** Mettre en place l'ensemble des actions retenues à la recommandation R-6 en vue de l'amélioration concrète de la qualité des soins et des services dispensés dans les unités d'hospitalisation.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 mars 2026, que les actions ont été mises en œuvre en lui transmettant toute documentation appuyant leur réalisation.

- R-8** Évaluer, par un audit de dossiers, la présence et la qualité des pratiques professionnelles en lien avec les actions qui ont été retenues en application de la recommandation R-6, en incluant les éléments suivants :

- La qualité du suivi clinique et la continuité des soins;
- La tenue de dossier;
- Le plan thérapeutique infirmier, présent et rempli de façon adéquate;
- Le plan d'intervention interdisciplinaire, si applicable;
- Le rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1), si applicable;
- Tout autre outil d'évaluation (dont le risque de chute, le risque de plaie).

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 août 2026, le résultat détaillé des audits, en lui indiquant les mesures prises pour améliorer la situation advenant des constats insatisfaisants.

- R-9** Rappeler au personnel ses obligations en lien avec *la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.

Confirmer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 août 2025, que ce rappel a été effectué en lui indiquant le moyen qui a été utilisé pour le réaliser.

- R-10** Implanter un programme de formation, pour l'ensemble du personnel soignant et des gestionnaires, sur les meilleures pratiques de prévention, de repérage et d'intervention en matière de maltraitance.

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 30 avril 2026, une copie de ce programme de formation.

6 SUIVIS

Le Protecteur du citoyen demande également au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal – Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal de lui transmettre :

D'ici le 31 août 2025 :

- S-1** Une copie du plan d'amélioration continue pour l'application des mesures de contrôle, en incluant l'échéancier des travaux, mis à jour.

D'ici le 30 avril 2026 :

- S-2** Le résultat des travaux prévus au plan d'amélioration continue pour l'application des mesures de contrôle.

Suivi attendu

Comme le prévoit la Loi sur le Protecteur des usagers, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal doit informer le Protecteur du citoyen, dans un délai de 30 jours de la réception du présent document, de l'acceptation de mettre en œuvre les recommandations qui lui sont adressées, ou encore des motifs pour lesquels il n'entend pas y donner suite.



800, place D'Youville, 19^e étage
Québec (Québec) G1R 3P4

Téléphone : 418 643-2688
Sans frais : 1 800 463-5070
Télécopieur : 1 866 902-7130

protecteurducitoyen.qc.ca
protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca