



PROTECTEUR
DU CITOYEN

RAPPORT D'INTERVENTION

Intervention à l'Hôpital de Hull

Québec, le 8 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).

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. 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 notamment proposer des modifications aux lois, règlements, directives et politiques administratives afin 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	3
3.1	Évaluation de la condition clinique	3
3.1.1	Documentation et collecte de données	3
3.1.2	Gestion des lésions de pression	5
3.1.3	Gestion des chutes	6
3.1.4	Gestion de la douleur	8
3.2	Surveillance des usagers et usagères	9
3.2.1	Cloches d'appel	9
3.2.2	Clientèle en niveau de soins alternatifs	10
3.3	Double vérification indépendante	11
3.4	Prévention et contrôle des infections	12
3.5	Déclaration des incidents et accidents	13
4	CONCLUSION.....	14
5	RECOMMANDATIONS	14
6	SUIVI	16

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

À l'été 2024, le Protecteur du citoyen a été informé que la qualité et la sécurité des soins offerts aux usagers seraient compromises dans diverses unités d'hospitalisation (unités des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e étages) à l'Hôpital de Hull du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais. 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'installation visée par la présente intervention est l'Hôpital de Hull, l'un des sept hôpitaux qui fournissent des services à la population associée au CISSS de l'Outaouais, soit un territoire de près de 430 000 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 deux de ses délégués, soit M^{mes} Claudie Morin et Olivia Linteau, le mandat de recueillir le témoignage des personnes concernées, le point de vue de l'instance visée 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, les déléguées désignées ont recueilli les commentaires et les observations des personnes suivantes :

- La directrice des soins infirmiers;
- La directrice de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique;
- 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 14 usagers et usagères, le Protecteur du citoyen a consulté les documents suivants :

- La *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*;
- La *Loi sur les infirmières et les infirmiers*;
- Le cadre de référence *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, MSSS, 2011;
- Le manuel d'enseignement *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 3^e éd., ERPI, 2021;
- Le manuel d'enseignement *Soins de plaies – Un savoir et une pratique accessibles*, Chenelière Éducation, 2020;
- *Déclaration des incidents et accidents – Lignes directrices*, MSSS, 2020;
- Le document *Documentation des soins infirmiers – Norme d'exercice*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2023;
- Le document *Soins de plaies : évaluation, prise en charge et usage optimal des traitements*, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2024;

- L'outil d'aide à la décision *Soins de plaies – Lésion de pression*, INESSS, 2023;
- Le document *Réduire le risque d'incidents ou d'accidents liés à la médication : les doubles vérifications effectuées de façon indépendante*, l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients, 2005;
- Le document *Principes généraux en soins de la peau et des plaies*, CISSS de l'Outaouais, 2018;
- La règle de soins infirmiers *Dépister et évaluer la douleur*, CISSS de l'Outaouais, 2019;
- Le protocole interdisciplinaire *Prise en charge de la clientèle NSA hospitalisée en attente d'hébergement en RNI ou CHSLD*, CISSS de l'Outaouais, 2023;
- Le *Programme de prévention des chutes*, CISSS de l'Outaouais, 2023;
- La règle de pratique professionnelle *Double vérification indépendante de médicament de niveau d'alerte élevé*, CISSS de l'Outaouais, 2020;
- 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 Hull les 5 et 6 décembre 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 mobilisées dans le cadre de cette visite.

3 RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE

3.1 Évaluation de la condition clinique

3.1.1 Documentation et collecte de données

Admission

La *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII) précise que l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements et à prodiguer les soins et les services dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain et d'offrir le soulagement approprié des symptômes.

L'évaluation de la condition physique de la personne symptomatique constitue l'assise de l'exercice infirmier. Cette activité réservée est essentielle et nécessaire à la détermination des problèmes de santé et des besoins de la personne.

Il importe de personnaliser les suivis, dans le but d'élaborer un plan de surveillance clinique individualisé, débutant par une évaluation initiale complète.

À l'Hôpital de Hull, le document utilisé pour la collecte initiale se nomme *Évaluation initiale et planification de départ*. Cette première collecte permet d'identifier des problèmes ou besoins prioritaires envisageables au cours de l'hospitalisation en vue de faire le suivi approprié. Il est entre autres précisé dans le document que les constats effectués et les directives infirmières associées doivent être inscrits dans le Plan thérapeutique infirmier (PTI).

Suivant l'analyse des dossiers, le Protecteur du citoyen remarque que le formulaire *Évaluation initiale et planification de départ* est rempli seulement pour les usagers et usagères ayant eu une rencontre préopératoire en prévision de leur chirurgie. Tous les autres dossiers audités ne contenaient pas ce formulaire, qui doit pourtant être utilisé pour toute admission, dans un délai maximal de 48 heures.

Selon les informations obtenues, des changements sont en cours en vue d'améliorer le taux de remplissage des documents lors de chaque admission d'usager ou d'usagère. En effet, l'unité du 7^e a procédé en janvier 2025 à l'implantation d'une trousse regroupant une version imprimée de ces divers documents, dont le formulaire *Évaluation initiale et planification de départ*.

Le Protecteur du citoyen appuie cette initiative et souhaite s'assurer de l'implantation efficiente des changements dans les autres unités visées par la présente intervention. Dans le but de s'assurer que ce projet est déployé et efficace, le Protecteur du citoyen formule une recommandation à ce sujet (R-1).

Plan thérapeutique infirmier

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a publié en 2023 une norme d'exercice sur la documentation en soins infirmiers. Cette norme s'applique à l'ensemble du personnel infirmier, quels que soient son milieu de soins et son domaine de pratique³.

Le personnel infirmier détermine et ajuste le PTI à partir de son évaluation clinique. Il dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires de la personne. Il présente les directives infirmières en vue d'assurer son suivi concernant notamment la surveillance clinique, les soins et les traitements.

Le personnel infirmier a l'obligation de rédiger un PTI en vertu de la LII pour tous les usagers et usagères ayant besoin d'un suivi. Il consigne le PTI au dossier de la personne, de manière à organiser les directives infirmières pour qu'elles soient disponibles, facilement repérables et ajustables tout au long du continuum de soins et de services⁴.

3. *Documentation des soins infirmiers – Norme d'exercice*, OIIQ, 2023, p. 5.

4. *Ibid.*

Aucun des dossiers médicaux audités à l'Hôpital de Hull ne comporte de PTI, alors que le remplissage de cet outil aurait été requis dans tous les dossiers. Le Protecteur du citoyen remarque toutefois qu'un plan de soins infirmiers est présent dans les dossiers et fait office d'outil de travail. Selon l'OIIQ, toute information pertinente notée sur un outil de documentation temporaire, comme le plan de soins infirmiers, doit être consignée de façon permanente au dossier. L'utilisation d'outils temporaires doit être réduite au minimum afin de limiter le plus possible la duplication, les erreurs, les omissions et la perte de données.

Le manque de temps ou la quantité de documents à remplir (doublement) est une réalité bien présente du personnel en soins, ce qui explique souvent l'omission de remplir certains documents. Il est évident que la priorité est d'offrir les soins aux usagers et usagères, mais il n'en demeure pas moins que des lacunes graves peuvent survenir lorsque la surveillance et les suivis ne sont pas individualisés. De plus, ces éléments sont, *a posteriori*, la seule indication des décisions cliniques prises par le personnel infirmier.

Selon l'information obtenue, des séances de formation sur les notes au dossier, y compris le remplissage du PTI, sont offertes au personnel infirmier et au personnel infirmier auxiliaire depuis février 2024. Ces séances se poursuivront en 2025. De plus, dans les mois à venir, l'équipe du soutien à la pratique déploiera des interventions afin d'intégrer les acquis des formations reçues.

Bien que différentes mesures, dont des rappels et des formations, sont mises en place pour sensibiliser le personnel à l'importance de remplir le PTI, des lacunes demeurent. Il n'y a pas d'audits ou de vérifications concernant cet aspect spécifique. Pour s'assurer de l'utilisation de l'outil essentiel qu'est le PTI, le Protecteur du citoyen formule une recommandation (R-2).

3.1.2 Gestion des lésions de pression

Les lésions de pression peuvent s'avérer douloureuses et débilitantes, en plus de miner le fonctionnement, la mobilité et la qualité de vie des personnes atteintes. Le personnel infirmier occupe un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité et de l'accès en matière de soins et services.

Contrairement à d'autres types de plaies, les lésions de pression ne sont pas des conséquences de blessure ou de maladie, mais découlent d'un dommage à la peau et aux tissus sous-jacents qui, dans la grande majorité des cas, sont évitables. La documentation de référence souligne que ce type de lésion peut apparaître rapidement, ce qui renforce l'importance des inspections visuelles régulières, du dépistage et, surtout, de la mise en place de mesures préventives.

Afin de répondre à cet objectif, le personnel infirmier dispose de plusieurs outils. Une grille nommée l'échelle de Braden est utilisée pour déterminer le niveau de risque qu'a une personne de développer une lésion (faible, modéré, élevé, très élevé) selon plusieurs facteurs (immobilité, humidité de la peau, etc.).

À l'Hôpital de Hull, il est attendu du personnel infirmier qu'il remplisse cet outil à l'admission d'une personne et, au minimum, lors d'un changement dans son état de santé.

Aucun des dossiers audités ne contenait d'échelle de Braden et trois usagers ont développé une lésion de pression au cours de leur hospitalisation. Dans ces trois situations, il n'a pas été possible de confirmer que des mesures préventives avaient été appliquées, en raison de la documentation incomplète.

Selon l'information obtenue, l'échelle de Braden fait partie de la trousse d'admission (actuellement en projet). Il est donc permis de croire qu'un déploiement optimal de la trousse contribuera à améliorer le taux de remplissage de cet outil de prévention dès l'admission d'une personne (voir R-1).

Cela étant dit, il importe de s'assurer que, lorsqu'un risque de développer une lésion est identifié, les mesures préventives sont mises en application sans délai et colligées au dossier conformément aux normes.

Ainsi, pour s'assurer que les mesures adéquates (mobilisation fréquente, surveillance visuelle, surface thérapeutique, limitation de l'humidité, etc.) sont mises en place en temps opportun, le Protecteur du citoyen formule une recommandation (R-3).

3.1.3 Gestion des chutes

Le volume de référence pour la pratique infirmière *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* précise qu'au Québec, les chutes représentent 34 % des incidents et accidents rapportés dans les établissements de soins. De sérieuses conséquences peuvent résulter de ces chutes, d'où l'importance pour tous les milieux de les prévenir, ce qui en fait une priorité pour les milieux de soins.

Dans cette optique, la documentation de référence prévoit que le personnel infirmier ne doit pas attendre qu'une personne chute pour considérer qu'elle est à risque et qu'il doit procéder à un examen clinique visant à déterminer le risque de chute lors du processus d'admission.

Prévention des chutes

L'établissement dispose d'un programme de prévention des chutes. Celui-ci a notamment pour objectif de prévenir les chutes et les blessures graves et d'offrir une prestation de services de qualité et sécuritaire aux usagers et usagères du CISSS de l'Outaouais. Pour ce faire, il a élaboré des outils pour harmoniser la pratique de la prévention des chutes, identifier les personnes à risque et déterminer les interventions prioritaires. L'un de ces outils, le formulaire *Dépistage et plan d'interventions standardisé – Prévention des chutes*, doit être utilisé et rempli lorsqu'une personne présente un risque, et ce, dès l'admission.

Or, dans les audits de dossiers réalisés, le Protecteur du citoyen n'a trouvé aucune évaluation du risque de chute. Considérant que ce formulaire fait partie de la trousse d'admission incluse à la recommandation R-1, le Protecteur du citoyen ne formule pas de recommandation complémentaire.

Cela étant dit, une fois les facteurs de risque identifiés par le personnel de soins, il importe que les interventions appropriées soient mises en place et qu'elles atteignent l'objectif poursuivi. Dans les audits réalisés par le Protecteur du citoyen, trois personnes ont chuté au cours de leur séjour, dont une à plusieurs reprises. Considérant l'absence de formulaire d'évaluation et d'indication claire sur les mesures préventives devant être appliquées, il n'est pas possible de constater si elles ont été mises en place pour éviter une chute potentielle.

Selon l'information recueillie, une des mesures que le personnel peut facilement mettre en œuvre est l'activation des moniteurs de mobilité, dont sont dotés la majorité des lits des unités des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e étages. Cette mesure peut aussi être instaurée lors des séances au fauteuil par l'ajout d'un dispositif. Le personnel doit alors inscrire au dossier qu'il a pris cette mesure à titre préventif.

Le Protecteur du citoyen relève qu'aucun des dossiers analysés ne contenait cette remarque, alors qu'il juge que plusieurs auraient pu bénéficier de cette mesure. Ainsi, dans le but de s'assurer que les interventions requises pour diminuer le risque de chutes sont faites, le Protecteur du citoyen formule une recommandation (R-4).

Post-chute : évaluation et surveillance

Selon la documentation de référence, lors d'une chute, la personne doit être évaluée sans délai. En outre, le personnel infirmier doit notamment procéder à l'examen physique complet afin de déceler d'éventuelles conséquences physiques. À l'Hôpital de Hull, il doit remplir le formulaire *Évaluation et surveillance post-chute – Notes au dossier* afin de guider son évaluation et ses décisions. Il assure ensuite la surveillance post-chute nécessaire afin de détecter les conséquences qui pourraient apparaître dans les heures et les jours suivant l'incident. Une portion de cette analyse post-chute permet d'identifier les facteurs ayant contribué à la chute, dans l'objectif de déterminer les interventions à mettre en place pour éviter la récurrence de cet événement indésirable.

Le Protecteur du citoyen constate dans les dossiers analysés que quatre chutes ont été répertoriées, mais qu'un seul formulaire post-chute a été rempli. Bien que l'établissement confirme que le personnel connaît bien ce formulaire, force est de constater que son remplissage n'est pas systématique. En conséquence, il n'est pas possible d'évaluer si les interventions nécessaires ont été réalisées, soit l'analyse post-chute, la détermination de la surveillance requise et le suivi clinique.

Étant donné l'importance que revêt l'évaluation post-chute et le suivi qui en découle, une recommandation est formulée (R-5).

3.1.4 Gestion de la douleur

La prise en charge de la douleur par le personnel de soins nécessite, avant toute approche thérapeutique, une évaluation à l'aide d'un outil approprié à la condition de l'utilisateur.

La règle de soins infirmiers *Dépister et évaluer la douleur* de l'établissement encadre l'évaluation de la douleur, une des responsabilités du personnel infirmier. Elle précise notamment que chaque intervenant concerné procède de manière systématique au dépistage de la douleur de l'utilisateur ou de l'utilisatrice à des moments clés du parcours de soins, entre autres à l'admission, avant ou après l'administration d'un analgésique, devant tout changement de comportement, etc.

En contexte de nouvelle douleur, il est attendu que le personnel infirmier procède à une évaluation initiale globale de la douleur (anamnèse et examen physique) et qu'il détermine l'échelle d'évaluation considérée comme étant la plus appropriée selon la condition de la personne⁵. En contexte de douleur connue, l'intervenant concerné valide minimalement auprès de la personne l'intensité de la douleur et tout autre élément jugé pertinent (ex. : nouveau signe clinique).

Le soulagement et le suivi de la douleur sont aussi des responsabilités du personnel infirmier. Celui-ci doit notamment déterminer les mesures pharmacologiques ou non à mettre en place afin de soulager la personne et procéder ensuite à l'évaluation de l'efficacité de la mesure utilisée. La documentation de tous ces aspects doit être clairement notée au dossier pour s'assurer de la qualité et de la continuité des soins.

Selon l'analyse des dossiers médicaux, des lacunes ont été constatées à l'égard de l'évaluation, du soulagement et du suivi de la douleur.

Par exemple, dans deux dossiers différents, des professionnels notent la présence de douleur chez une personne, alors que le personnel infirmier n'en fait pas mention. Dans un autre dossier, le Protecteur du citoyen constate que le personnel infirmier administre une médication PRN (au besoin) à une personne, sans avoir préalablement noté son évaluation de la douleur ou l'efficacité de la médication administrée.

Ainsi, des améliorations sont requises à l'égard du dépistage, de l'évaluation et du soulagement de la douleur dans les unités d'hospitalisation. Le Protecteur formule une recommandation à ce sujet (R-6).

5. Par exemple, échelle d'évaluation de la douleur pour clientèle dément(e) (PACSLAC), échelle comportementale de la douleur (CPOT), échelle numérique de 0 à 10, etc. Source : règle de soins infirmiers *Dépister et évaluer la douleur*, CISSS de l'Outaouais, p. 6.

3.2 Surveillance des usagers et usagères

Selon son code de déontologie, le personnel infirmier ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués⁶. Pour ce faire, il doit procéder à l'évaluation requise par l'état de santé de la personne, intervenir promptement lorsque la situation l'exige, assurer la surveillance et le suivi nécessaires et prendre les moyens raisonnables pour garantir la continuité des soins et des traitements.

En parallèle, le personnel infirmier doit inscrire au dossier des notes d'évolution qui sont claires, précises, complètes et chronologiques. Il ne doit en aucun cas omettre d'y consigner les informations nécessaires, car leur absence peut compromettre la continuité et la sécurité des soins.

3.2.1 Cloches d'appel

En vertu de la loi⁷, 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, et de façon continue, personnalisée et sécuritaire. Pouvoir communiquer sans délai avec le personnel de soins, en cas de besoin ou d'urgence, est une mesure pouvant soutenir ce droit. Ainsi, le dispositif d'appel doit être laissé en tout temps à la portée de la personne.

Dans le cadre de ses fonctions, le personnel soignant (personnel infirmier et personnel préposé aux bénéficiaires) doit faire preuve de disponibilité et de diligence raisonnable, tout en gérant les différentes priorités. Selon les informations obtenues, le délai souhaitable pour répondre à la cloche d'appel d'un usager ou d'une usagère devrait être au maximum de cinq minutes. Pour la sécurité des soins, il importe que le personnel soignant sache rapidement la raison d'utilisation de la cloche d'appel. En cas d'urgence, il devra y répondre immédiatement.

Cependant, il se peut que le personnel soignant ait une tâche à terminer ou une plus urgente à accomplir avant de pouvoir répondre au besoin qui est exprimé. Cette situation peut causer un délai supplémentaire, qui ne doit toutefois pas être déraisonnable.

Il a été porté à l'attention du Protecteur du citoyen que l'attente avant la réponse à la cloche d'appel peut être longue dans les unités d'hospitalisation de l'Hôpital de Hull. Les déléguées ont d'ailleurs constaté cette situation lors des visites non annoncées, car un délai de 15 minutes était possible avant l'identification d'un besoin suivant l'activation de la cloche.

6. Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 44.

7. *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux*, art. 2.

De plus, le système actuel de cloches d'appel ne permet pas de mesurer les délais de réponse. Selon l'information obtenue, il n'est pas prévu de procéder au changement de ce système que le personnel considère comme désuet.

Cela étant dit, le Protecteur du citoyen est informé de l'implantation des tournées intentionnelles dans les unités d'hospitalisation. En effet, depuis janvier 2025, les unités de soins mettent en place ce système qui implique des visites structurées par les membres de l'équipe de soins aux usagers et usagères, toutes les heures. Ces tournées intentionnelles ont pour but de vérifier les quatre besoins suivants et d'y répondre :

- La personne présente-t-elle de la douleur?
- La personne est-elle confortable?
- La personne a-t-elle besoin d'aller à la toilette?
- La personne a-t-elle ses objets personnels à portée de main, notamment la cloche d'appel?

Lorsque les tournées intentionnelles sont bien intégrées dans les activités quotidiennes de soins, elles permettent de détecter rapidement, voire de prévenir les détériorations subtiles de l'état de santé des personnes. De plus, l'implantation des tournées intentionnelles peut diminuer le recours à la cloche d'appel.

Le Protecteur du citoyen estime que l'établissement doit se doter d'outils pour évaluer l'efficacité réelle des tournées intentionnelles et leur incidence sur le délai de réponse aux cloches d'appel. En conséquence, il formule une recommandation à ce sujet (R-7).

3.2.2 Clientèle en niveau de soins alternatifs

Il est dit d'une personne qu'elle est en niveau de soins alternatifs (NSA) lorsqu'elle occupe un lit dans un établissement sans qu'elle requière le niveau de ressources ou de services fournis dans l'unité de soins où elle se trouve. C'est le cas notamment lorsqu'une personne a besoin d'être transférée dans une unité de réadaptation, mais, faute de place, elle demeure à l'hôpital. Ce peut aussi être qu'en raison d'une perte d'autonomie, une personne âgée ne peut retourner à son domicile et doit demeurer à l'hôpital dans l'attente de son transfert dans un milieu adapté. Ce phénomène est un des symptômes du manque de fluidité dans le réseau de la santé et est une réalité bien présente dans les centres hospitaliers.

Les objectifs de soins de ces personnes ne sont plus la résolution de l'épisode aigu, mais davantage la récupération et la réadaptation des capacités fonctionnelles, le maintien des acquis ainsi que la prévention du déconditionnement. Selon le protocole interdisciplinaire en place à l'établissement, il est demandé au personnel infirmier de procéder à une évaluation complète de la condition de la personne, notamment en remplissant le formulaire *Évaluation initiale – Approche adaptée à la personne âgée*. Il doit également procéder au dépistage de certains risques, dont le risque de chute et celui de développer une lésion de pression. À l'issue de cette évaluation, il est attendu qu'il détermine ou ajuste le PTI en y ajoutant la

planification des soins par le biais de directives au plan de travail adressées aux autres intervenants amenés à interagir avec la personne (personnel infirmier auxiliaire ou préposés aux bénéficiaires (PAB)).

Il va sans dire que les personnes dont la perte d'autonomie est importante ont besoin de stimulation et sont dépendantes pour l'ensemble des activités de la vie quotidienne (AVQ), soit pour l'alimentation, l'hydratation, l'élimination et la mobilisation. Elles requièrent donc un encadrement et des soins visant le maintien de leur condition.

Dans l'un des dossiers analysés, le Protecteur du citoyen constate que la personne, déclarée NSA en attente d'hébergement en CHSLD, n'a aucun des documents requis à son dossier. N'ayant aucun plan de soins défini, il est difficile de conclure que cette personne a reçu les soins et les services nécessaires lors de son séjour. Par exemple, le Protecteur du citoyen ne peut affirmer qu'elle a été mobilisée, mais il constate que c'est le médecin qui remarque la présence de nécrose au talon gauche, qu'il définit comme secondaire à l'immobilisation. Aucune note d'évolution du personnel infirmier n'évoque cette nécrose. De plus, le personnel ne fait pas le suivi de la constipation, alors qu'il aurait pu amorcer le protocole déjà prescrit à ce sujet; c'est le médecin qui insiste pour qu'il soit débuté.

Toujours dans ce dossier, le médecin demande spécifiquement d'augmenter l'hydratation, puisque la personne présente un grand risque de déshydratation. Il remarque, quelques jours plus tard, des signes cliniques de déshydratation. Il pose alors le diagnostic d'« hypernatrémie le plus probable secondaire à une diminution d'eau dans le contexte d'une diminution d'autonomie ». Aucune note au dossier ne permet de confirmer que le personnel de soins a considéré cette demande. Quelques jours plus tard, devant la présence de température, le médecin demande de contrôler celle-ci par voie rectale; le lendemain, il constate que le personnel ne l'a pas contrôlée. Fait encore plus préoccupant, le médecin demande, le matin, de procéder à des hémocultures, vu le début de la température, mais il note, en fin de journée, que celles-ci n'ont pas été faites. En raison de la détérioration de l'état de la personne, celle-ci est transférée en soins palliatifs et décède finalement trois jours plus tard, alors que, selon les notes, le décès de cette personne n'était pas attendu.

À la lumière de ces constats, le Protecteur du citoyen souhaite s'assurer d'une prise en charge adaptée à cette clientèle, notamment en ce qui concerne le maintien des acquis et la prévention du déconditionnement. Ainsi, il formule une recommandation (R-8).

3.3 Double vérification indépendante

Une erreur d'administration de médicament peut entraîner des préjudices pour l'utilisateur ou l'utilisatrice, voire son décès. Les médicaments de niveau d'alerte élevé comportent un plus grand risque de causer des préjudices aux personnes s'ils sont administrés par erreur. La double vérification indépendante (DVI) est ainsi essentielle pour s'assurer de la validité de la médication à haut risque administrée.

Selon l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP), la DVI permet de détecter 95 % des erreurs de préparation de médicaments.

Il est de la responsabilité du personnel infirmier de s'assurer qu'un deuxième professionnel autorisé effectue la DVI et qu'il réalise cette vérification selon les principes d'administration des médicaments nommés « BONS ». À l'établissement, une règle de pratique professionnelle (RPP) est en vigueur et encadre ce qui est attendu à l'égard de la DVI.

Le Protecteur du citoyen est informé qu'une formation en lien avec la compréhension de cette règle de pratique professionnelle est accessible en ligne et plusieurs employés concernés l'ont suivie au cours des deux dernières années.

Toutefois, dans les dossiers qu'il a analysés, le Protecteur du citoyen constate que la DVI est rarement conforme. En effet, dans un dossier en particulier, aucune DVI n'a été effectuée sur neuf administrations de médicament nécessitant cette vérification. Dans un autre dossier, le personnel infirmier n'a pas procédé à la DVI lors d'un changement de dose d'une péridurale en continu, alors que la pharmacie l'exigeait.

Force est de constater que des mesures supplémentaires s'imposent pour assurer une pratique sécuritaire (R-9).

3.4 Prévention et contrôle des infections

Les principes de prévention et de contrôle des infections (PCI) impliquent une hiérarchie des mesures en fonction du niveau de risque. Les pratiques de base, comme le lavage des mains et le nettoyage des surfaces, doivent être appliquées en tout temps dans les établissements de soins. Promouvoir l'hygiène des mains est l'une des mesures universelles à appliquer en toutes circonstances, puisqu'elle est parmi les plus efficaces pour prévenir la transmission d'infection⁸.

En présence d'un risque infectieux identifié, des précautions additionnelles doivent être mises en place, dont le port d'équipement de protection individuelle (EPI) et l'isolement des personnes ciblées comme étant contagieuses, selon le mode de transmission du microorganisme en cause.

Le Protecteur du citoyen est informé que les unités de soins vivent des situations d'éclosion d'infection récurrentes, depuis plusieurs années, ce qui était d'ailleurs le cas lors de la visite des déléguées.

Selon les informations obtenues, l'établissement a entrepris plusieurs actions, par exemple, l'installation d'affiches de prévention à l'entrée des unités, des audits de lavage de mains, une désinfection complète des unités, la sensibilisation du personnel, la création de comités, etc.

8. *Notion de base en prévention et contrôle des infections : hygiène des mains*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), septembre 2018.

En outre, l'établissement a élaboré un plan d'action dans le but de limiter les éclosions. Le Protecteur du citoyen invite l'établissement à poursuivre ses démarches et désire suivre la situation. Ainsi, il demande un suivi pour s'assurer de l'amélioration des pratiques de PCI à l'Hôpital de Hull (S-1).

3.5 Déclaration des incidents et accidents

La *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux* prévoit l'application d'un mécanisme de déclaration des incidents et des accidents. Ainsi, tout employé d'un établissement doit déclarer un événement indésirable ou évitable le plus tôt possible après sa constatation⁹. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire AH-223-1, soit le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident*¹⁰, et versé au dossier de la personne¹¹.

Selon le document *Déclaration des incidents et accidents – Lignes directrices*, un événement indésirable ou évitable désigne une situation non souhaitée qui a causé ou aurait pu causer des dommages à une personne. Les incidents ou les accidents faisant l'objet d'une déclaration doivent être des événements évitables, liés directement à une prestation de soins ou services (gestes posés ou omis), révélant un dysfonctionnement de processus de l'établissement et pouvant être évités par des mesures de prévention efficaces.

Or, le Protecteur du citoyen constate dans les audits 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 médicaments¹².

Le Protecteur du citoyen est informé que le remplissage des formulaires AH-223-1 fait l'objet de rappels fréquents au personnel, mais force est de constater que des lacunes demeurent.

Le Protecteur du citoyen estime nécessaire que des mesures supplémentaires soient instaurées pour s'assurer que le personnel remplit les formulaires AH-223-1, afin d'y inscrire les circonstances de l'événement le plus rapidement possible.

La déclaration des incidents et des accidents permet à un établissement de déterminer et d'analyser les événements évitables pour en prévenir la récurrence. En conséquence, une recommandation est formulée (R-10).

9. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 233.1, et *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, art. 11, al. 3 et 392.

10. *Guide d'utilisation du rapport de déclaration d'incident ou d'accident* — AH-223-1, MSSS.

11. *Déclaration des incidents et accidents — Lignes directrices*, MSSS, 2020, p. 3.

12. Se réfère à des événements qui sont observés dans différentes unités où il est parfois récurrent d'omettre la distribution de la médication ou de faire celle-ci tardivement, faute de disponibilité.

4 CONCLUSION

L'enquête du Protecteur du citoyen a révélé des manquements liés à la qualité des soins et des services offerts dans les unités d'hospitalisation à l'Hôpital de Hull.

Il constate aussi l'engagement et le souci des gestionnaires d'offrir des services et des soins de qualité aux usagers et aux usagères.

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

Considérant ce qui précède, le Protecteur du citoyen formule les recommandations suivantes aux unités d'hospitalisation (unités des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e étages) à l'Hôpital de Hull du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

R-1 S'assurer que, lors d'une admission, le personnel infirmier effectue une évaluation rigoureuse et adaptée à la condition de la personne, en :

- Déployant la trousse d'admission (y compris tous les documents qui doivent être remplis à l'admission) à l'ensemble des unités;
- Réalisant des audits de dossiers.

Informar le Protecteur du citoyen, d'ici le 31 janvier 2026, des mesures mises en place pour atteindre cet objectif.

R-2 S'assurer, notamment par des audits de dossiers, que le personnel infirmier remplit rigoureusement le Plan thérapeutique infirmier.

Transmettre au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 octobre 2025, le résultat de ces audits en lui indiquant les mesures prises en vue de corriger les écarts constatés, le cas échéant.

R-3 S'assurer que les mesures pour prévenir l'apparition des lésions de pression, selon le niveau de risque identifié par l'échelle de Braden, sont adéquatement appliquées et que la documentation de leur application apparaît au dossier des usagers et usagères, notamment par des consignes claires au Plan thérapeutique infirmier.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 octobre 2025, que la recommandation a été mise en œuvre en lui indiquant les moyens qui ont été pris pour y parvenir.

R-4 Procéder à des audits de dossiers en s’assurant d’évaluer les aspects suivants :

- Le niveau de risque de chute est identifié et coché au formulaire Dépistage et plan d’interventions standardisé – Prévention des chutes, et il correspond à la condition clinique de la personne;
- L’ensemble des interventions préventives correspondant au niveau de risque de la personne est coché au formulaire Dépistage et plan d’interventions standardisé – Prévention des chutes;
- Les interventions ciblées ont été communiquées à l’équipe de soins et la méthode choisie est clairement décrite au dossier;
- La réévaluation du risque de chute lors d’un changement significatif de l’état de la personne est réalisée.

Transmettre au Protecteur du citoyen, d’ici le 31 janvier 2026, les résultats de ces audits en lui indiquant les mesures prises pour corriger les lacunes constatées, le cas échéant.

R-5 S’assurer que le formulaire *Évaluation et surveillance post-chute – Notes au dossier* est rempli adéquatement par le personnel de soins lors d’une chute.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d’ici le 31 octobre 2025, que la recommandation a été mise en œuvre en lui indiquant les moyens qui ont été pris pour y parvenir.

R-6 S’assurer que le personnel infirmier effectue un suivi rigoureux de tout type de douleur, notamment en ce qui concerne les éléments suivants :

- Utilisation d’une échelle reconnue et adaptée à la condition de la personne pour mesurer l’intensité de la douleur et faciliter le suivi;
- Évaluation avant et après l’administration de médicament en tenant compte de son pic d’action ou de sa durée, ou lors de l’utilisation d’une méthode non pharmacologique;
- Documentation complète au dossier des usagers en lien avec l’intervention réalisée.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d’ici le 31 octobre 2025, que cette recommandation est réalisée en lui indiquant les mesures qui ont été prises pour y parvenir.

R-7 Évaluer l’efficacité des tournées intentionnelles et leur incidence sur le délai de réponse aux cloches d’appel.

Informé le Protecteur du citoyen, d’ici le 31 janvier 2026, du résultat de ces évaluations et, le cas échéant, des mesures prises pour l’améliorer.

R-8 Prendre les mesures nécessaires pour que les personnes ayant un statut NSA aient un plan de soins adapté et documenté, et que celui-ci soit mis en application, y compris la surveillance des besoins de base, la mobilisation et les autres éléments requis par l'état de santé de ces personnes.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 octobre 2025, que la recommandation a été mise en œuvre en lui indiquant les moyens qui ont été pris pour y parvenir.

R-9 S'assurer que la double vérification indépendante est effectuée systématiquement par le personnel soignant lorsque requis.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 octobre 2025, que la recommandation a été mise en œuvre en lui indiquant les moyens qui ont été pris pour y parvenir.

R-10 S'assurer que l'ensemble du personnel de soins remplit les formulaires AH-223-1 à chaque situation qui le requiert.

Démontrer au Protecteur du citoyen, d'ici le 31 octobre 2025, que la recommandation a été mise en œuvre en lui indiquant les moyens qui ont été pris pour y parvenir.

6 SUIVI

Le Protecteur du citoyen demande également au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais de lui transmettre au plus tard le 31 octobre 2025 :

S-1 Une copie du *Plan action éclosions* de l'Hôpital de Hull, mis à jour, en incluant tous les documents attestant de la mise en place des objectifs et des interventions planifiées.

Suivi attendu

Tel que le prévoit la Loi sur le Protecteur des usagers, le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais 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