

Rapport
de la
Commission d'enquête sur
l'administration et le fonctionnement de
l'hôpital de Rivière-des-Prairies

Présidée par
Me Richard Shadley

présenté à
l'honorable ministre
de la Santé et des Services sociaux
du Québec
Madame Thérèse Lavoie-Roux

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1:

MANDAT ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE 1

CHAPITRE 2:

HISTORIQUE ET DESCRIPTION DE L'HOPITAL RIVIERE-DES-PRAIRIES. . . . 28

CHAPITRE 3:

L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION. 41

CHAPITRE 4:

LES DROITS DES BENEFICIAIRES 98

CHAPITRE 5:

LE CURATEUR PUBLIC. 110

CHAPITRE 6:

AMENAGEMENTS PHYSIQUES. 130

CHAPITRE 7:

OMBUDSMAN. 136

CHAPITRE 8:

RESPECT DE LA DIGNITE. 141

CHAPITRE 9:

TRAITEMENTS AVERSIFS. 149

CHAPITRE 10:

LES PARENTS. 166

Table des matières (suite)

CHAPITRE 11:

CONSENTEMENT.180

*CHAPITRE 12:

BESOINS / STRUCTURES.193

CHAPITRE 13:

CONSEIL D'ADMINISTRATION.250

CHAPITRE 14:

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.255

ANNEXES

1- DECRETS

2- MEMOIRES DES PARTIES Y COMPRIS LEURS RECOMMANDATIONS

- a) Syndicat Canadien de la Fonction Publique, local 313
(Me Yves Morin);
- b) Le Regroupement pour l'Intégration dans la Communauté
de Rivière-des-Prairies (Me Jean-Pierre Ménard);
- c) L'Alliance des Infirmières de Montréal: Fédération
Québécoise des Infirmières et Infirmiers (FQII) (Me Georges
Marceau);
- d) La Corporation Professionnelle des Psychologues du
Québec (Me Suzanne Forest, Dr. Michel Sabourin);
- e) L'Association du Québec pour les Déficiants Mentaux
(Me Liliane Bronsard);
- f) La Commission des Droits de la Personne du Québec
(Me Maryse Alcindor);
- g) Le Syndicat des travailleurs (euses) de l'Hôpital Rivière-
des-Prairies (l'exécutif);
- h) Le Curateur Public (Me Rémi Lussier, Me Denis Lachance);
- i) La Ligue des Droits et Libertés (Me Benoit Perras);
- j) Association des Parents de l'Hôpital Rivière-des-Prairies
(Monsieur Gilles Richard);

3- JUGEMENT SUR LE BREF D'EVOCAATION

4- LISTE DES TEMOINS

5- PAGE 5 DU RAPPORT ANNUEL "ORGANIGRAMME"

6- LISTE DES EXHIBITS

7- LES NOTES STENOGRAPHIQUES

8- NORMES DU MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX SUR
L'UTILISATION DES THERAPIES DU COMPORTEMENT DE TYPE AVERSIF.

CHAPITRE 1

MANDAT ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE

A	LE MANDAT INITIAL	1
B	LES RENOUVELLEMENTS	4
C	LA PREENQUETE	6
D	L'ENQUETE PUBLIQUE ET LE HUIS CLUS	7
E	LES PARTIES REPRESENTEES PAR AVOCAT	7
F	LA REQUETE POUR EMISSION D'UN BREF D'EVOCATION ET LA DEMANDE DE SURSIS PRESENTEES PAR LE CONSEIL DES MEDECINS ET DENTISTES	8
G	LA PREUVE	10
1-	LES TEMOINS	10
2-	LES EXHIBITS	11
3-	LES ADMISSIONS	11
4-	LES AFFIDAVITS	11
H	L'ACCES AUX DOSSIERS DES BENEFICIAIRES	11
I	RAPPORT D'ETAPE	15

CHAPITRE 1

MANDAT ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE

A LE MANDAT INITIAL

Le 24 avril 1985, le gouvernement du Québec adoptait le décret numéro 779-85 concernant l'hôpital Rivière-des-Prairies:

DECRET

GOUVERNEMENT DU QUEBEC

NUMERO 779-85

24 avril 1985

CONCERNANT l'hôpital Rivière-des-Prairies

ATTENTU QU'en vertu de l'article 171 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

(L.R.Q. , chap. S-5), le gouvernement peut charger une personne qu'il désigne de faire enquête sur quelque matière se rapportant à l'administration ou au fonctionnement d'un établissement;

ATTENDU QUE la personne ainsi désignée est investie, pour les fins de l'enquête, des pouvoirs et immunités d'un commissaire nommé en vertu de la Loi sur les commissions d'enquête (chap. C-37);

ATTENDU QUE certains faits concernant l'administration et le fonctionnement de l'Hôpital Rivière-des-Prairies,

de Montréal, ont été portés à l'attention du ministre des Affaires sociales;

ATTENDU QU'il est opportun qu'une enquête soit faite sur l'administration et le fonctionnement de cet établissement afin d'éclaircir la situation qui y prévaut.

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la recommandation du ministre des Affaires sociales;

QUE monsieur Richard Shadley, avocat de Montréal, soit chargé de faire enquête sur l'administration et le fonctionnement de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et fasse rapport d'ici le 27 juin 1985.

LE GREFFIER DU CONSEIL EXECUTIF

B LES RENOUVELLEMENTS

Le 19 juin 1985, le gouvernement du Québec adoptait le décret numéro 1173-85 concernant l'hôpital Rivière-des-Prairies. Ce décret avait pour effet de prolonger le mandat ci-haut décrit jusqu'au 24 septembre 1985. Le décret 1173-85 est reproduit en annexe.

Le 18 septembre 1985, le gouvernement du Québec adoptait le décret numéro 1920-85 prolongeant à nouveau le mandat de l'enquêteur jusqu'au 24 octobre 1985. Copie de ce document est reproduite en annexe.

Le 23 octobre 1985, une troisième prolongation de mandat fut émise par le gouvernement du Québec par le décret 2200-85. La date fixée était ainsi reportée au 28 novembre 1985. On retrouvera en annexe une reproduction dudit document.

Le 27 novembre 1985, par le décret numéro 2503-85, une extension supplémentaire prolongeait le mandat au 30 janvier 1986 et modifiait le mandat initial. Voici un extrait du mandat en question:

"ATTENDU QU'une ordonnance de sursis prononcée par la Cour supérieure du district de Montréal a eu pour effet d'interrompre le déroulement de l'enquête;

ATTENDU QU'avec la levée d'une telle ordonnance, monsieur Richard Shadley est en mesure de poursuivre l'enquête;

ATTENDU QU'il y a lieu à cet égard de préciser son mandat pour la continuation de l'enquête et de le prolonger jusqu'au 30 janvier 1986;

ATTENDU QU'il est opportun que l'enquête soit faite plus particulièrement sur la nature, la gestion et l'adéquation des services à la clientèle admise, tant pour le secteur adulte que pour le secteur enfant, en regard du type de clientèle et des ressources humaines et matérielles de l'établissement;

IL EST ORDONNE, en conséquence, sur la recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux;

QUE monsieur Richard Shadley, avocat de Montréal poursuive son enquête sur l'administration et le fonctionnement de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, et plus particulièrement sur la nature, la gestion et l'adéquation des services à la clientèle admise, tant pour le secteur adulte que pour le secteur enfant, en regard du type de clientèle et des ressources humaines et matérielles de l'établissement;

QUE monsieur Richard Shadley fasse rapport d'ici le 30 janvier 1986;

QUE le présent décret remplace le décret 779-85 du 24 avril 1985, modifié par les décrets 1173-85 du 19 juin 1985, 1920-85 du 18 septembre 1985 et 2200-85 du 23

octobre 1985."

Le 22 janvier 1986, par le décret numéro 28-86, une extension prolongeait le mandat jusqu'au 20 mars 1986. Une copie de cette pièce est annexée au présent rapport.

Enfin, par le décret numéro 334-86, le gouvernement du Québec a prolongé le mandat ci-haut jusqu'au 25 mars 1986. Une copie de cette pièce est annexée au présent rapport.

C LA PREENQUETE

Des rencontres informelles et préliminaires ont eu lieu entre le commissaire ou le procureur de la commission et quelque cent cinquante (150) personnes avant le début de l'enquête publique. Les personnes ainsi rencontrées l'étaient généralement suite aux suggestions de certains groupes ou de l'hôpital. Quelques unes de ces personnes ont été vues à plusieurs reprises.

D L'ENQUETE PUBLIQUE ET LE HUIS CLOS

Les audiences de la commission d'enquête se sont déroulées au palais de justice de Montréal. Les séances ont commencées le 26 juin 1985 après publication d'avis dans les journaux. Les dépositions des témoins furent enregistrées et transcrites. Les

témoins (à l'exception d'une personne) furent assermentés. Ces témoins étaient tous sujets à contre-interrogatoire par les parties.

Les audiences furent publiques bien que des ordonnances de non-publication aient été émises afin de ne pas divulguer publiquement les noms ou tout autre élément d'identification des bénéficiaires ou celui de leurs parents. A deux occasions le huis-clos fut décrété mais les divers procureurs demeurèrent présents et purent contre-interroger les témoins.

E LES PARTIES REPRESENTÉES PAR AVOCAT

Toutes les personnes ou les parties qui ont pu démontrer un intérêt ont eu le droit d'être présentes, d'intervenir et d'être représentées par procureur. Certaines d'entre elles ont présenté diverses preuves devant la commission. Toutes les parties avaient l'opportunité d'appeler des témoins pour contredire ou clarifier un témoignage déjà entendu. Lorsque nécessaire, l'ordre des témoignages prévu par la commission a été interrompu pour permettre à l'une des parties d'insérer un témoignage qui lui apparaissait important.

La commission était représentée par Me Guy Lemoine. L'Hôpital Rivière-des-Prairies était représenté par Me Bruno Meloche ainsi que par Me Jean-Marie Larivière. Me Maryse Alcindor représentait

la Commission des droits de la personne. Me Denis Lachance ainsi que Me Julie Martine Loranger agissaient pour le Curateur public. Me Jean-Pierre Ménard, Me Denise Martin et Me Charles Denis agissaient comme procureurs du Regroupement pour l'intégration dans la Communauté de Rivière-des-Prairies. Me Pierre Rodrigue jr a comparu au nom l'Association des parents de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Me Lilianne Bronsard ainsi que Me Gary Mullins représentaient L'Association du Québec pour les Déficiants Mentaux. Me Yves Morin et Me Michel Lamoureux agissaient au nom du Syndicat canadien de la Fonction Publique local 313. Me Pierre Laliberté a représenté la C.S.N.. Me Violaine Belzile agissait pour le Syndicat des Educateurs et Employés de bureau. Me Louis Jolicoeur et Me Georges Marceau représentèrent L'alliance des Infirmières et Infirmiers du Québec. Me Roger David a agi comme procureur du Conseil des Médecins et Dentistes de l'hôpital Rivière-des-Prairies. La ligue des droits de la personne a été représentée par Me Benoit Perras ainsi que par Me Marc Plamondon. La Corporation Professionnelle des Psychologues a délégué Me Suzanne Forest pour agir en son nom.

Tous les avocats ont joué un rôle positif et important dans l'accomplissement de ce mandat. Il est nécessaire pourtant, sans minimiser l'importance et la coopération de toutes les parties, de souligner le rôle joué par quatre d'entre eux: Me Lemoine comme conseiller de la commission s'est montré un travailleur

infatigable et dévoué. Il a démontré une attitude juste et équitable à l'égard de tous et ses habilités professionnelles ont grandement aidé la commission. Me Yves Morin, Me Bruno Meloche et Me Jean-Pierre Ménard ont tous travaillé très fort pour le bénéfice de leurs clients et pour assister la commission dans l'examen des questions décrites dans son mandat. A la fin des audiences, tous les avocats ont été invités à soumettre des mémoires. La majorité d'entre eux a accepté cette invitation et leurs travaux nous ont grandement aidés à confectionner ce rapport. Ces mémoires sont annexés au présent rapport. Il nous faudrait aussi mentionner le grand nombre de personnes qui ont collaboré de façon remarquable pour éclairer nos travaux. Les parents, le personnel de l'hôpital et plusieurs autres personnes travaillent tous pour le bien des moins fortunés.

F. LA REQUETE POUR EMISSION D'UN BREF D'EVOCATION ET LA DEMANDE DE SURSIS PRESENTEES PAR LE CONSEIL DES MEDECINS ET DENTISTES

Divers médecins (5) de l'hôpital Rivière-des-Prairies, personnellement et en tant que membre; du comité exécutif du conseil des médecins dentistes et pharmaciens de l'hôpital, ont présenté une requête en évocation devant la Cour supérieure. Cette requête, datée du 4 septembre 1985, visait principalement à faire déclarer ultra vires et nuls les décrets relatifs à la commission.

Cette première requête fut suivie d'une demande à la Cour supérieure pour une ordonnance de sursis des procédures d'enquête en attendant le jugement sur la requête en évocation. La demande de sursis fut accueillie.

Le 7 novembre 1985, l'honorable juge Fraser Martin rendait jugement sur la requête en évocation en la rejetant. Une copie de cette décision est annexée au présent rapport.

Les requérants en ont appelé de cette décision.

G LA PREUVE

1- LES TEMOINS

Quelques soixante-dix-huit (78) témoins furent entendus durant deux périodes de temps s'échelonnant pour la première du 26 juin au 3 septembre 1985 et la seconde du 18 janvier au 4 mars 1986. Quelques uns d'entre eux sont revenus à plusieurs reprises devant la commission. Ces personnes se sont présentées volontairement et sur simple demande à l'exception de Me Rémi Lussier, curateur public, qui s'est présenté sur signification d'un subpoena. Les témoins étaient appelés soit par l'avocat de la Commission ou par les procureurs représentant les autres parties. Tous, sauf une exception, ont été entendus sous serment. Ils ont pu être contre-interrogés.

Une liste des témoins en ordre alphabétique comportant l'occupation de chacun, ainsi que la date de leur comparution et une référence au volume contenant la transcription de ce témoignage est annexée au présent rapport.

2- LES EXHIBITS

Quelques cent quatre-vingt-quinze (195) pièces furent déposées devant la Commission dont plusieurs en liasse. Une liste de ces exhibits est annexée au présent rapport.

3- LES ADMISSIONS

Des admissions ont été faites sur des points spécifiques.

4- LES AFFIDAVITS

A quelques reprises des affidavits ont été acceptés en preuve, bien que leur force probante puisse être affectée car leurs auteurs n'ont pas été soumis au contre-interrogatoire sur ces points.

H L'ACCES AUX DOSSIERS DES BENEFICIAIRES

La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule à

son article 7 le principe de la confidentialité des dossiers:

"Sont confidentiels les dossiers médicaux des bénéficiaires dans un établissement. Nul ne peut en donner ou recevoir communication écrite ou verbale ou y avoir autrement accès, même aux fins d'une enquête, si ce n'est avec l'autorisation expresse ou implicite du bénéficiaire ..."

L'article 8 prévoit que:

"...le mot "bénéficiaire" inclut: a) les héritiers et représentants légaux d'un bénéficiaire; ... c) le titulaire de l'autorité parentale relativement au dossier d'un mineur ..."

Les clients de l'hôpital lorsqu'ils atteignent l'âge adulte font l'objet d'un certificat attestant de leur incapacité d'administrer leurs biens. Ce certificat est attesté par le directeur des services professionnels ou par tout médecin autorisé par celui-ci. Le certificat est ensuite transmis au curateur public, qui devient alors d'office le curateur de cette personne (Loi sur la curatelle publique L.R.Q. chapitre C-80 article 6).

Voici ce que disait le docteur Manuel Galiana, directeur des

services professionnels de l'hôpital. À cet effet:

"(...) les jeunes qui ont rentré à douze (12), quatorze (14), quinze (15) ans, il arrivent à dix-huit (18) ans(...) l'archiviste médical connaît la date de naissance, envoie automatiquement au médecin traitant la feuille en question qui dit: est-ce que vous pensez que ce patient-là est (...) capable d'administrer ses biens? C'est le médecin traitant qui décide. J'ai...approuvé ça en tant que directeur des services professionnels et ça s'en va automatiquement au curateur qui...qui l'accepte. C'est ça qui...c'est la procédure."

(Docteur Galiana, volume 2, pages 158-159).

Il fut établi en preuve que les bénéficiaires adultes sont pratiquement tous sous curatelle privée ou publique.

Notons ici que la Loi sur la curatelle publique parle de curatelle d'office pour les malades mentaux et non pour les personnes déficientes mentalement. Le curateur public ne questionne pas pour savoir si les personnes qui font l'objet des certificats sont déficientes ou malades.

La Loi sur la curatelle publique prévoit que:

"Le curateur public a sur la personne et sur les biens du malade, ou, si un curateur à la personne est nommé, seulement sur les biens, les pouvoirs et obligations d'un tuteur; toutefois, il n'a pas la garde de la personne....)" (article 7)

Tous les parents qui sont curateur à leur enfant et à qui la commission a demandé l'autorisation de voir un dossier ont accepté.

Le curateur public représente la majorité des bénéficiaires hospitalisés dans la section adulte (ainsi le 1er février 1986, de ses sept cent cinquante-sept (757) administrés rattachés à l'hôpital Rivière-des-Prairies, quatre cent quarante-cinq (445) étaient des adultes hospitalisés). Le curateur public ne nous a donné aucun consentement pour consulter les dossiers médicaux de ses administrés.

Dans le cas de la présente enquête, il fut souvent nécessaire d'obtenir des informations précises relativement à des faits concernant un bénéficiaire.

I RAPPORT D'ETAPE

Après avoir entendu des témoins sur certaines questions, nous avons décidé de faire un rapport d'étape. Voici un extrait substantiel de ce rapport:

"RAPPORT D'ETAPE RELATIVEMENT A L'HOPITAL RIVIERE DES PRAIRIES

Le mandat déposé au début de cette enquête demandait donc d'enquêter sur l'administration et le fonctionnement de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. A l'ouverture de l'enquête, le soussigné a précisé qu'il voyait les paramètres de son travail sur trois paliers différents:

Premièrement, vérifier l'existence d'actes répréhensibles, criminels, tels que assauts, abus sexuels et présence de drogues;

Deuxièmement, vérifier l'existence des choses qui seraient inacceptables, des choses acceptables mais utilisées de façon abusive ou des choses qui doivent être améliorées;

Troisièmement, examiner l'emphase mise sur le côté médical par rapport à celle mise du côté réadaptation, rééducation et réhabilitation, selon les besoins de la clientèle de l'Hôpital Rivière-des-Frairies.

Le présent rapport en est un d'étape. Un rapport plus complet et plus détaillé suivra la fin de cette enquête. Des modifications et corrections sont possibles advenant la révélation de faits nouveaux d'ici la fin de l'enquête.

L'Hôpital Rivière des Prairies est une institution où vivent approximativement six cents (600) patients. Ces patients sont divisés en deux groupes. Premièrement, quatre cent soixante-neuf (469) adultes, des personnes âgées de dix-huit ans et plus, et cent vingt-cinq (125) enfants, âgés de moins de dix-huit ans. Il y a également approximativement mille deux cents (1,200) employés à temps plein et deux cents (200) employés à temps partiel. Certains patients viennent en contact avec d'autres personnes; d'autres y reçoivent des traitements en externe et fréquentent l'école à l'hôpital; d'autres encore y reçoivent des traitements en externe et fréquentent des ateliers à l'hôpital; enfin certains vivent à l'hôpital et sortent pour

fréquenter des ateliers ou des écoles à l'extérieur. Certains patients reçoivent des visiteurs à l'hôpital ou en sortent pour visiter des parents ou d'autres personnes à l'extérieur. Il existe aussi un certain nombre d'absences sans autorisation (fugues).

METHODE DE TRAVAIL:

...Il est impossible de dire avec une précision mathématique si des problèmes existent ou n'existent pas. C'est seulement après avoir entendu un certain nombre de personnes sous serment et les avoir contre-interrogées, qu'on peut former une opinion.

SUJETS A EXAMINER:

1. drogue

- consommée par les patients
- consommée par les employés
- réseau de distribution
- trafic
- position et agissement de l'hôpital

2. abus sexuels

- entre patients
- employés et patients
- prostitution et réseau de prostitution
- position et agissement de l'hôpital

3. brutalité ou assaut

- par les employés
- patients contre patients
- position et agissement de l'hôpital

DROGUE:

Les drogues dont il a été question au cours des témoignages sont la marijuana, le haschisch et dans un cas, la mescaline. Des témoignages ont révélé que des employés ont consommé de la drogue à quelques reprises: je qualifie ces incidents comme des actes isolés. En ce qui concerne les patients, les témoignages révèlent que c'est un problème surtout au département de pédo-psychiatrie, c'est-à-dire touchant les patients âgés de dix-huit ans et moins. Les adolescents obtiennent des drogues suite à des contacts avec d'autres adolescents à l'école ou en revenant à l'hôpital après un séjour à l'extérieur. Occasionnellement, un adolescent revenant d'une sortie non-autorisée (fugue) reviendra drogué.

Les témoignages révèlent que le trafic pouvant exister à l'hôpital en matière de stupéfiants consiste en un échange ou un partage de petites quantités entre adolescents. Il n'y a pas de preuve que les employés sont impliqués dans un trafic de cette substance avec les patients. Il n'y a aucune preuve d'un réseau de trafic de drogue à l'hôpital non plus. La situation a été décrite par un témoin comme similaire à des problèmes qui existent dans des écoles secondaires (polyvalentes). Je suis d'avis que c'est une description qui est constante selon les témoignages entendus. L'hôpital fait des démarches pour éliminer ce problème. On fouille ainsi certains patients lors de leur retour de l'extérieur et dans d'autres cas on discute avec les patients ou d'autres personnes impliquées. Également, la surveillance est augmentée quand des problèmes sont soupçonnés.

ABUS SEXUELS:

1. Entre patients:

Il est difficile d'examiner cet aspect du problème. Ce n'est pas facile de savoir si des patients ont consenti ou non, ou sont capables de consentir ou non à avoir des relations sexuelles entre eux. À date, il n'est

pas clair s'il existe ou non une politique à l'Hôpital Rivière-des-Prairies concernant les relations sexuelles entre patients et si l'hôpital éduque ou tente d'éduquer les patients relativement à cette question.

2. Entre le personnel et patients:

4

Les témoignages révèlent des actes isolés d'abus sexuels commis par les employés sur les patients. Quand l'hôpital est mis au courant, il procède à des actions disciplinaires, soit des suspensions temporaires soit des congédiements. Evidemment une preuve suffisante est nécessaire à l'hôpital avant de pouvoir agir. Cette preuve est parfois très difficile à obtenir étant donné l'incapacité de plusieurs patients de parler, l'état médical de ces patients, et la solidarité qui existe entre employés.

PROSTITUTION:

Les témoignages ont révélé des cas de patients qui commettent des actes de prostitution à l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire des patients qui sont à l'extérieur de l'hôpital sur une base autorisée ou non-autorisée. Il n'y a aucune preuve indiquant des

réseaux de prostitution à l'hôpital concernant des patients ou du personnel.

ASSAUT - BRUTALITE:

1. Les assauts entre patients
2. Les assauts commis par des employés sur les patients
3. Des blessures sans explication

1. Les assauts entre patients existent. Il est souvent difficile de les prévoir, de les contrôler ou de les éliminer. Une réponse à ce problème serait possiblement une surveillance accrue, un personnel plus nombreux et une meilleure éducation des patients.

2. Les assauts commis par des employés sur les patients: Ces actes peuvent prendre différentes formes: coups de poing à la figure, des poussées à des patients, ou des employés qui serrent les bras des patients avec une force inutile. C'est difficile pour l'hôpital de contrôler cette situation. Quand l'hôpital vient au courant d'incidents de cette nature et quand la preuve est suffisante, des mesures disciplinaires sont prises en suspendant ou en congédiant les employés en question. Prouver ces actes demeure souvent encore plus difficile parce que les

patients sont incapables de porter plainte.

3. Blessures sans explication: les témoignages révèlent plusieurs blessures inexpliquées subies par les patients. Ces blessures peuvent être causées soit par le patient lui-même en se mutilant ou en tombant, soit par un assaut commis par un autre patient, ou soit par un assaut commis par un membre du personnel.

CONCLUSION:

1. DROGUE:

Il existe une certaine consommation de cannabis surtout en pédo-psychiatrie qui serait approximativement la même que la consommation des jeunes du même âge dans les écoles.

2. ABUS SEXUELS:

Des cas isolés commis par des employés avec action disciplinaire quand c'est possible par l'hôpital.

3. BRUTALITE - ASSAUT:

Un certain nombre d'actes commis par les employés avec

action disciplinaire par l'hôpital quand il y a une preuve suffisante.

Je ne peux pas laisser ce rapport préliminaire sans examiner certaines autres choses:

Il existe une certaine solidarité entre employés. Il me semble qu'aux yeux des employés il paraît pire d'être délateur que d'être une personne qui frappe un patient. Il y a une pression qui existe sur les employés qui témoignent contre leurs co-travailleurs relativement à des actes répréhensibles. Cette solidarité évidemment crée un problème à l'hôpital quand il s'agit de faire une preuve.

L'hôpital et tous les membres du personnel devraient valoriser toute dénonciation des gestes inacceptables commis aux dépens des patients. Rappelons nous toujours que les patients sont souvent incapables de se plaindre ou se défendre.

L'hôpital ne fait jamais intervenir la police soit par politique soit par décision toujours dans ce même sens. Les policiers ne sont jamais appelés pour compléter une enquête ou pour tenter d'éclaircir une situation. Même quand une preuve assez sérieuse existe l'hôpital ne

porte jamais de plainte pénale.

Il n'existe pas de personne indépendante, d'Ombudsman, à l'hôpital Rivière des Prairies pour recevoir toutes les plaintes d'abus de cette nature, évaluer chaque incident et décider si une enquête doit être entreprise qu'une plainte portée. L'hôpital peut être considéré dans une situation difficile parce qu'il tente d'agir en bon père de famille: en effet il doit composer avec plusieurs aspects notamment le fait qu'une personne était possiblement victime d'un crime, qu'un de leurs employés est possiblement l'auteur de ce crime et que l'implication de la police pourrait créer des problèmes quant aux négociations avec les syndicats.

Enfin, on ne conserve aucune liste d'événements suspects sur chacun des employés dans le but d'observer une certaine constance ou coïncidence de plaintes contre un individu en particulier.

RECOMMANDATION:

Je recommande la création d'un poste d'Ombudsman le plus tôt possible - une personne qui serait totalement indépendante et qui répondrait à l'Assemblée Nationale. Cette personne serait disponible aux patients, parents

et employés.

Je recommande également à l'hôpital d'établir des liens avec le poste de police du district et que l'hôpital rapporte tout acte criminel soupçonné contre des patients pour que la police puisse faire enquête et porter une plainte devant les tribunaux si nécessaire.

Quand un patient de l'hôpital est victime d'un abus sexuel ou d'un assaut, les suspects ne devraient pas être à l'abri du processus pénal. Tous les citoyens ont droit à la protection. La présence de la police pourrait, au besoin, alléger les craintes de représailles que peuvent entretenir certains employés.

Je recommande comme conclusion préliminaire, malgré que ce n'est pas contenu dans le premier palier, l'établissement d'un centre d'urgence où peuvent être traitées et supervisées par un médecin ou une infirmière qualifiée les personnes en état de crise. Il est évident que le professionnel de la santé en devoir devra rester aussi longtemps qu'un patient se trouve dans cette unité.

Pour le reste de l'enquête, je ne considère pas comme faisant partie de mon mandat la question de réinsertion

sociale ou désinstitutionalisation en soi. Ce n'est pas un sujet qui touche particulièrement l'hôpital Rivière des Prairies mais un problème qui touche toutes les institutions semblables. C'est une question de politique de santé mentale. D'ailleurs, je pense que ce sujet est déjà sous étude. Ce qui me préoccupe est la qualité et la quantité de programmes et soins disponibles aux patients de l'hôpital Rivière-des-Prairies.

Nous allons maintenant aborder la deuxième partie de cette enquête savoir: examiner l'existence des choses inacceptables, des choses acceptables mais utilisées de façon abusives ou des choses qui doivent être améliorées;

Nous tâcherons d'examiner s'il existe ou non des abus graves à cet hôpital ainsi que la présence ou l'absence de services ou programmes adaptés aux besoins de patients.

Nous examinerons également le consentement au service aux soins qui peut être requis dans une institution comme l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Finalement, je m'adresse aux membres des médias: une réputation est évidemment très fragile; elle prend souvent beaucoup de temps à se construire et peut se détruire très facilement. Je me fie à votre bon jugement pour les reportages des témoignages devant cette Commission."

Ce rapport d'étape deviendra partie intégrante du rapport final. Je ne désire rien ajouter sur ce premier palier sauf sur les questions relatives à l'ombudsman et au centre de crises sur lesquelles je reviendrai plus loin.

Chapitre 2

HISTORIQUE ET DESCRIPTION DE L'HOPITAL DE RIVIERE-DES-PRAIRIES

A HISTORIQUE

B BENEFICIAIRES

1- NOMBRE

2- AGE

3- DUREE DE SEJOUR

4- TYPE DE CLIENTELE

C CURES LIBRES

D CURATELLE PRIVEE OU PUBLIQUE DE LA CLIENTELE

E LES PARENTS ET LEUR ASSOCIATION

F ORGANIGRAMME

1- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

2- LE DIRECTEUR GENERAL

3- LE COMITE DE GESTION ET LES CINQ DIRECTEURS

4- LE COMITE DES BENEFICIAIRES

5- LE CONSEIL DES MEDECINS ET DENTISTES

6- LE CONSEIL CONSULTATIF DU PERSONNEL CLINIQUE

7- LE PERSONNEL SOIGNANT

a) LES MEDECINS

b) LES PROFESSIONNELS

c) LES INFIRMIERES

d) L'EQUIPE SOIGNANTE

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE ET DESCRIPTION DE L'HOPITAL DE RIVIERE-DES-PRAIRIES

A	HISTORIQUE	29
B	BENEFICIAIRES	30
	1- NOMBRE	
	2- AGE	
	3- DUREE DE SEJOUR	
	4- TYPE DE CLIENTELE	
C	CURES LIBRES	34
D	CURATELLE PRIVEE OU PUBLIQUE DE LA CLIENTELE	34
E	LES PARENTS ET LEUR ASSOCIATION	35
F	ORGANIGRAMME	35
	1- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	
	2- LE DIRECTEUR GENERAL	
	3- LE COMITE DE GESTION ET LES CINQ DIRECTEURS	
	4- LE COMITE DES BENEFICIAIRES	
	5- LE CONSEIL DES MEDECINS ET DENTISTES	
	6- LE CONSEIL CONSULTATIF DU PERSONNEL CLINIQUE	
	7- LE PERSONNEL SOIGNANT	
	a) LES MEDECINS	
	b) LES PROFESSIONNELS	
	c) LES INFIRMIERES	
	d) L'EQUIPE SOIGNANTE	
G	LES LIEUX PHYSIQUES	39
H	LES SERVICES A L'EXTERNE	39
I	LA PLANIFICATION STRATEGIQUE	40

A HISTORIQUE

Le 9 mars 1962, la commission d'études sur les hôpitaux psychiatriques remettait son rapport. On y traitait entre autres de l'Hôpital Mont-Providence qui est devenu aujourd'hui l'hôpital de Rivière-des-Frairies. L'extrait pertinent de ce rapport fut déposé sous la cote e-1. Il contient un excellent historique et une description de cette institution. (cf exhibit e-1)

On peut également trouver un bref historique de cette institution dans un récent document de présentation de candidature au prix Persillier Lachapelle:

"Connu à ses débuts sous la vocable de l'Institut médico-pédagogique Mont-Providence, soit de 1950 à 1954, il reçoit à cette époque des enfants avec déficience mentale légère à qui il dispense de l'enseignement spécialisé. C'est également un centre de formation pour les pédagogues en enfance inadaptée.

A partir de 1954, l'établissement prend le nom d'Hôpital Mont-Providence. L'occupation des lieux passera de 650 enfants avec déficience mentale légère à

1178 ..." (cf. exhibit E-3, page 2).

B BENEFICIAIRES

1- NOMBRE

Le rapport annuel de l'hôpital Rivière-des-Prairies 1984-1985 déposé sous la cote E-167 fait état à la page 22 du fait qu'au 31 mars 1985 l'hôpital avait 579 personnes hospitalisées.

2- AGE

Cent quatre (104) bénéficiaires ont moins de 18 ans alors que quatre cent soixante-quinze (475) personnes sont des adultes.

3- DUREE DE SEJOUR

Le nombre moyen d'années d'hospitalisation est de vingt et un ans (allant de un à trente ans) selon le document de présentation de l'hôpital Rivière-des-Prairies au Prix Persillier Lachapelle. (E-3).

4- TYPE DE CLIENTELE

L'hôpital Rivière-des-Prairies a toujours regroupé des personnes déficientes mentales ainsi que des bénéficiaires atteints de diverses maladies mentales. Cette situation est connue depuis longtemps de même que les inconvénients qu'elle engendre.

Plusieurs recommandations suivirent le rapport de la commission d'étude sur les hôpitaux (1962). On suggérait alors notamment:

"Que pour fins administratives et thérapeutiques, l'hôpital soit divisé en six (6) services quasi-autonomes tant au point de vue administratif que thérapeutique et dirigés par un Chef de Service. Les Services suivants sont suggérés:

1- Arriérés mentaux éducatibles

2- Psychotiques(...)

6- Adultes" (cf exhibit E-1, page 110).

Le rapport annuel de 1970 (exhibit E-2) contenait à la page 2 la mention suivante:

"Sans être un obstacle majeur au traitement de l'ensemble des malades, la présence dans nos murs d'adultes dans une proportion aussi importante suscite des problèmes et nous espérons que les autorités gouvernementales nous accorderont en 1971 un appui plus énergique afin de remédier à cette situation."

En ce qui concerne de la mixité des clientèles, les docteurs Denis Lazure et Manuel Galiana (actuel D.S.F. de l'institution) déclaraient en novembre 1971 :

"Pour la pathologie psychiatrique, la mixité dans ces unités est absolue et l'on trouve toutes les catégories diagnostiques dans chaque salle. Encore aujourd'hui même si le but est de réduire le pourcentage, la catégorie plus élevée est l'arriération mentale qui va du niveau frontière à profond et qui fait un total approximatif de 80% de la population totale; il y a environ 15% de psychotiques et les autres sont des caractériels." (cf. exhibit E-9 page 11)

Voici selon la page 24 du rapport annuel 1984-1985 déposé sous la cote e-167 comment se répartit cette clientèle actuelle de l'hôpital:

REPARTITION DES PATIENTS HOSPITALISES AU 31 MARS 1985:

Selon l'âge, le sexe et le dia- gnostic	Enfance 0-13	Adolescence 14-17	Adulte 18 et plus	Total
	M F	M F	M F	

Psychoses (290- 299)	10	4	23	8	52	28	125
----------------------	----	---	----	---	----	----	-----

Troubles névrotiques (300)			1	1	1		3
----------------------------	--	--	---	---	---	--	---

Troubles de la personnalité et autres non psychotiques (301-316)	9	6	14	7	25	7	68
--	---	---	----	---	----	---	----

Retard mental	5	2	7	7	206	148	375
---------------	---	---	---	---	-----	-----	-----

Autres maladies et syndromes du système nerveux central (340-349)					4	4	8
---	--	--	--	--	---	---	---

TOTAL	24	12	45	23	288	187	579
-------	----	----	----	----	-----	-----	-----

- la Grille de New-York

Le document déposé sous la cote e-50 fait état du recensement de la clientèle de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Il s'agit d'une

étude quant à l'évaluation du niveau de soins faite en fonction de la grille d'évaluation de New-York.

On pourra voir à la lecture de cette pièce qu'en novembre 1985, vingt-cinq (25) clients de l'hôpital vivant à la section de pédo-psychiatrie en étaient au niveau de vie en société. Quarante-cinq (45) autres clients de la pédo-psychiatrie demandaient un environnement psychiatrique de ré-adaptation. Enfin, soixante-sept (67) autres clients de cette section nécessitaient des services d'un centre de traitement psychiatrique intensif.

Chez la clientèle adulte, les données sont les suivantes: soixante-neuf (69) bénéficiaires étaient au niveau de vie en société, cent soixante-huit (168) avaient besoin d'un environnement psychiatrique de réadaptation et deux cent vingt-trois (223) d'un centre de traitement psychiatrique intensif.

C CURES LIBRES

Les bénéficiaires de l'hôpital sont tous en cure libre ou ouverte (cf témoignage du docteur Galiana vol.2 p.155). La Loi sur la protection du malade mental ne s'applique pas à eux.

D CURATELLE PRIVEE OU PUBLIQUE DE LA CLIENTELE

Les bénéficiaires adultes rattachés à l'hôpital sont presque tous sous le régime de la curatelle. Au 31 mars 1985 il y avait six cent soixante-treize (673) patients à la curatelle publique et quarante et un (41) en curatelle privée selon le témoignage du docteur Galiana (cf vol.2 p 152).

Ces données ne s'appliquent qu'à la clientèle adulte. Il faut de plus considérer que même des personnes qui ne sont plus hospitalisées peuvent être incluses dans ces chiffres, car elle peuvent recevoir des services en clinique externe.

E LES PARENTS ET LEUR ASSOCIATION

Nous avons eu à constater le courage de nombreux parents qui sont venus devant la commission et leur implication active dans la vie de leur enfant.

Force est de constater toutefois que beaucoup de bénéficiaires n'ont malheureusement pas la chance de profiter d'un suivi soutenu de la part de leurs parents. (cf. témoignage du président de l'association de parents, volume 23 A, pages 125 à 127).

F ORGANIGRAMME

La page 5 du rapport annuel 1984-1985 (cf exhibit e-167) contient un organigramme de l'hôpital. Une photocopie de ce document est annexée au présent rapport.

L'hôpital Rivière-des-Prairies emploie 1488 personnes au total. De ce nombre 1013 sont des employés réguliers à temps complet.

1- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Seize personnes siègent au conseil d'administration. M. Eddy Dunn en est le président.

2- LE DIRECTEUR GENERAL

Le docteur Jacques Mackay est le directeur général de cet établissement. Le Docteur Mackay est membre et secrétaire du conseil d'administration. Il existe un contrat de travail entre lui et l'hôpital dont la durée s'échelonne du 23 septembre 1985 au 22 septembre 1989. Ce contrat est déposé sous la cote e-184.

3- LE COMITE DE GESTION ET LES CINQ DIRECTEURS

L'hôpital comprend cinq (5) directions. Les titulaires de chacune de ces directions sont les suivants:

- Dr. Manuel Galiana, Directeur des services professionnels.

- M. Jacques Cotton, Ex-directeur des finances. (maintenant directeur général adjoint)
- M. Richard Comeau, Directeur du personnel.
- M. Clément Beaudoin, Directeur des services auxiliaires.
- Mme Ghislaine St-Cyr Perrot, Directrice des soins infirmiers.

4- LE COMITE DES BENEFICIAIRES

L'article 11B.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la formation de ce comité. Aucun bénéficiaire ne siège sur ce comité à l'hôpital Rivière-des-Frairies .

5- LE CONSEIL DES MEDECINS ET DENTISTES

L'article 111 de la loi sur les services de santé et les services sociaux régit la constitution d'un tel conseil.

6- LE CONSEIL CONSULTATIF DU PERSONNEL CLINIQUE

La Loi sur les services de santé prévoit à son article 108 la

création de ce conseil. Ce conseil est à toutes fins pratiques inexistant dans cet établissement bien qu'il ne s'agisse pas d'une option prévue par le législateur.

7- LE PERSONNEL SOIGNANT

a) Les médecins

i) spécialistes: psychiatres, neurologues, orthopédistes etc.

ii) omni-praticiens qui sont les médecins traitants.

b) Les professionnels:

Il s'agit de personnes spécialisées dans des disciplines para-médicales comme l'ergothérapie, la physiothérapie, la psychologie etc. Ces professionnels relèvent du Docteur Galiana.

c) Les infirmières relèvent de Mme Ghislaine St-Cyr Perrot, directrice du nursing:

i) les coordonnatrices sont les infirmières responsables de

toute une unité, ce qui peut comprendre plusieurs groupes.

ii) les infirmières-secteur, dispensent les soins infirmiers en tant que que tels.

iii) les infirmières, qui sont membres des équipes de base et qui ont un rôle semblable aux autres intervenants.

d) L'équipe soignante se compose de quatre (4) intervenants directs, dont une infirmière, un éducateur spécialisé et deux (2) éducateurs classe 2 ou 3. A cause des vacances et autres absences, la moyenne de présence au soion des groupes est de 2.5 personnes pour, généralement, dix (10) à douze (12) patients. La journée est divisée en trois (3) quarts de travail et le taux de présence qui est la même le jour et le soir est diminué la nuit.

G LES LIEUX PHYSIQUES

L'hôpital Rivière-des-Prairies est situés au 7070 boulevard Perron à Montréal. La superficie de la bâtisse est de plus de 650,000 pieds carrés.

H LES SERVICES A L'EXTERNE

L'hôpital dessert un vaste territoire géographique et offre plusieurs services en externe.

I LA PLANIFICATION STRATEGIQUE

C'est au cours de l'exercice 1983-84 que l'hôpital a amorcé son processus de planification stratégique. (cf exhibit e-2 rapport annuel 1983-84 page 3).

Il est intéressant de voir l'état de ce dossier en date du 13 mai 1985. A cet effet on peut consulter le procès verbal de la réunion du comité d'orientation de l'hôpital déposé comme exhibit e-4. Il existe un grand écart de pensée entre cette pièce récente et le rapport du comité de planification stratégique déposé plus récemment suite à l'évaluation des besoins de la clientèle en fonction de la grille de New-York.

MINISTRE

ISOLEMENT ET LA CONTINUITE

A	DESCRIPTION	42
B	POLITIQUE D'ISOLEMENT	43
	1- LE REGLEMENT N° DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE	
	2- LE REGLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HOPITAL	
	3- LA POLITIQUE DE LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS	
C	LES DESORGANISATIONS SOUDAINES	46
D	LES PRESCRIPTIONS P.R.N. (PRO RE NOTA)	47
	1- GENERALITES	
	2- EXEMPLES D'ISOLEMENT A DIVERSES FINS	
E	LES CONTROLES D'APPLICATION DE LA POLITIQUE	57
F	LA COMPILATION DE DONNEES GENERALES RELATIVES A L'ISOLEMENT	58
G	EXAMEN DE L'ISOLEMENT DANS DES CAS SPECIFIQUES	59
	1- LE CAS D'UN PREMIER BENEFICIAIRE	
	2- LE CAS D'UN SECOND BENEFICIAIRE	
H	LA CONNAISSANCE DE LA SITUATION PAR LA DIRECTION DE L'HOPITAL	64
I	LE CONSENTEMENT A L'ISOLEMENT OU LA CONSULTATION DU REPRESENTANT DU BENEFICIAIRE	74
	1- L'ATTITUDE DE L'HOPITAL FACE AU CONSENTEMENT POUR L'ISOLEMENT	
	2- L'ATTITUDE D'UN PARENT FACE A L'ISOLEMENT	

3. INSTITUTION D'UN SECOND CROISSANT

4. INSTITUTION D'UN TROISIEME CROISSANT (CROISSANT D'ISOLEMENT)

CONTENTS

A. UN CENTRE DE RESECH	87
B. LES LIEUX DE RESECH	91
C. AUTRES CONSIDERATIONS RELATIVES A L'ISOLEMENT	93
D. CONCLUSIONS	94

A. DESCRIPTION

L'isolement consiste dans le fait de prendre un bénéficiaire et de le placer seul dans une petite pièce barrée (cellule) où il n'y a qu'un lit et une fenêtre. L'isolement, en principe, s'effectue contre le gré du bénéficiaire. Cet isolement a lieu soit en raison d'une urgence (ex. état de crise d'un bénéficiaire qui n'avait pas été prévu) soit en raison de prescriptions prévues au plan de soins. Cette privation temporaire de la liberté constitue aux yeux de certains témoins un outil à caractère thérapeutique et aux yeux de d'autres un palliatif administratif. Plusieurs personnes nous ont dit que l'utilisation de cette technique présentait des risques. (Ex. Cf. Suzanne Formet volume 10 AM page 9).

Il ne nous appartient pas d'analyser la légalité d'une telle

technique d'intervention. Toutefois plusieurs problèmes doivent ici être examinés face à cette façon de procéder qui présente une grande similitude face à l'incarcération.

B POLITIQUE D'ISOLEMENT

1- LE REGLEMENT 6 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE

Le règlement 6 de la Loi sur les services de santé et services sociaux prévoit à l'alinéa 18 de son article 6 que :

"Le conseil d'administration d'un établissement ... doit adopter des règlements portant sur...les modalités applicables dans les cas de contention et d'isolement"

2- LE REGLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'HOPITAL

Le conseil d'administration de l'hôpital a en conséquence adopté le règlement suivant à cet effet:

"La détermination des modalités applicables dans les cas de contention et d'isolement est confiée à la responsabilité conjointe du Directeur des services professionnels et du Conseil des médecins et dentistes selon les politiques déjà en vigueur. (cf. DSP2-13 et

DSP2-17)" (cf.exhibit e-195 page 4).

3- LA POLITIQUE DE LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

Le document déposé sous la cote e-8 traite de l'isolement. Il s'agit là de la politique DSP2-17 qui émane de la direction des services professionnels. Cette politique stipule ce qui suit:

"Aucun patient ne doit être placé en chambre d'isolement sans prescription du médecin traitant.

La prescription PRN doit être utilisée avec circonspection et seulement avec indications au plan de soin en précisant le mode d'utilisation.

La mise en isolement, sauf extrême urgence, doit être décidée et contrôlée par le (la) coordonnateur (trice) ou son assitant (te) qui fixe les modalités en respectant la prescription et désigne la personne qui doit assumer la surveillance. La nuit, cette autorisation relève du (de la) coordonnateur (trice) de nuit.

Avant d'être placé en isolement, le patient sera dévêtu et mis en pyjama avec vérification rigoureuse de façon à ce qu'il ne dissimule aucun objet dangereux. Tant et

aussi longtemps que l'état d'agitation du patient rend cette procédure impossible, il sera l'objet d'une surveillance continue.

La durée de l'isolement devrait rarement excéder une demi-heure. La durée de l'isolement ne devrait pas excéder une (1) heure à moins de prescription contraire DSP-17 émise 80-08-13 dernière révision 85-05-10.

Selon la nature du cas, la fréquence de la surveillance peut varier, mais en règle générale elle devrait se faire aux dix (10) minutes.

Si un isolement de plus d'une demi-heure est prescrit, une présence physique dans la pièce à des intervalles d'une demi-heure est en général indiquée en plus de la surveillance à la fenêtre aux dix (10) minutes.

Une feuille d'observation est initialée par le responsable désigné pour la surveillance à chaque intervalle de surveillance.

N.B. La porte de la chambre d'isolement doit être sous clé en tout temps."

C LES DESORGANISATIONS SOUDAINES

Certains bénéficiaires peuvent faire pour une foule de raisons l'objet de désorganisations imprévues durant lesquelles ils peuvent mettre en danger leur propre sécurité physique, celle de leurs pairs ou du personnel. Dans d'autres cas ces désorganisations perturbent considérablement le groupe sans pour autant mettre la vie ou la santé physique des personnes en péril. Enfin parfois ce sont les biens que l'on voudra protéger de la personne en crise. (cf. témoignage de M. Côté, volume 20 AM, page 70).

Le coordonnateur prendra alors l'initiative de placer la personne en isolement et communiquera avec un médecin pour tenter d'obtenir une prescription médicale (prescription STAT). Cette procédure, si elle est appliquée de façon rigoureuse, peut être adéquate. Toutefois, la coordonnatrice ainsi que le médecin ne devraient dans ces cas recourir à l'isolement que si des mesures moins contraignantes à l'égard du bénéficiaire et aussi efficaces ne peuvent être utilisées.

Ainsi, plusieurs témoins nous ont fait part du fait que l'isolement pourrait souvent être évité si la personne en crise était prise en charge par un employé. Souvent, en effet, les préposés dans un groupe ne sont que deux sur un quart de travail. Il se produit plusieurs moments où l'un de ceux-ci doit

s'absenter du groupe pour diverses raisons fort légitimes (ex. aller reconduire un bénéficiaire à un endroit quelconque ou une heure de dîner pour chacun de ces employés etc...). laissant ainsi l'autre seul avec le groupe. Si une difficulté survient alors avec un bénéficiaire, elle peut rapidement dégénérer et on sera par la suite confronté à la nécessité de recourir à une intervention d'urgence, car alors le préposé ne pourra plus suffire pour contenir la crise d'un bénéficiaire et pour vaquer à ses tâches simultanément auprès des autres membres du groupe.

Dans un hôpital psychiatrique comptant un aussi grand nombre de personnes, il nous semble important que des dispositions soient prises pour permettre la prise en charge des bénéficiaires qui doivent être retirés de façon urgente de leur groupe de vie.

L'employé ou les employés qui restent affectés au groupe après la mise en isolement doivent d'ailleurs consacrer beaucoup de temps à la surveillance du bénéficiaire isolé.

D LES PRESCRIPTIONS P.R.N. (PRO RE NOTA)

1- GENERALITES

Des prescriptions peuvent être rédigées d'avance par les médecins pour qu'on en fasse usage "au besoin". Ces prescriptions sont valables pour trente jours et peuvent être renouvelées après l'expiration de cette période.

Le plan de soin d'un patient peut donc prévoir l'utilisation de l'isolement d'une personne soit parce qu'on craint que le bénéficiaire soit sujet à avoir des désorganisations ou parce que l'isolement est prescrit à des fins thérapeuthiques pour cette personne.

Le directeur des services professionnels, le docteur Manuel Galiana lorsqu'interrogé sur l'isolement, nous a donné les réponses suivantes:

"REPONSE Oui, c'est...c'est un plus...restrictif que ça parce qu'on mentionne dans la politique pas plus qu'une (1) heure. Une (1) heure c'est le maximum.

QUESTION Est-ce qu'il y a un autre cas où c'est permis dans votre institution de isoler les personnes pour les punir ou comme partie d'un traitement? (...) Pas pendant une crise mais comme partie d'un traitement, (...) parce que il a pas suivi des ordres, il a commis un péché mineur et caetera?

R (...) Je pense (...) si c'est fait dans ce but-là seulement pour un péché mineur comme vous dites, c'est abusif et puis ça devrait pas exister. A ma connaissance...

Q Partie d'un traitement, un traitement qu'un psychologue aurait conçu que pour tenter d'améliorer l'état d'un patient, on va établir un programme et si le patient ne suit pas tel ordre ou tel ordre ou tel comportement, on va le mettre en isolation pendant "X" temps. Est-ce que c'est permis dans votre institution de faire ça?

R Bien, si c'est permis...si c'est prescrit par le médecin traitant évidemment c'est pas...c'est dans la "légalité" entre guillemets, de l'hôpital. Mais à mon avis personnel, c'est pas une chose qui devrait se passer, non.

Q Mais c'est vous qui êtes quand même l'autorité sur tous les médecins à l'hôpital?

R Bien oui mais, si il y a un médecin qui prescrit ça puis quelqu'un me rapporte...une infirmière, un éducateur, un psychologue qui me dit qu'il y a quelque chose qui se passe dans telle unité qui nous paraît exagéré mais que le docteur tel l'a prescrit. A ce moment-là, je fais venir le dossier et je fais venir le médecin au besoin pour qu'il m'explique si c'est exact, pourquoi il a fait ça.

Q Et là, est-ce qu'il y a un état des choses où vous allez permettre un isolement total pour une certaine période de temps pour comme partie d'un traitement? Pas parce qu'une personne est en crise mais en faisant partie d'un traitement aversif ou autres?

R Ça peut être partie du traitement. (...) ça dépend du cas. Il y a des personnes qui...qui sont plus désorganisées, qui sont agressives et caetera et puis les isoler, c'est pas une pénalité. C'est une façon vraiment de...c'est vrai que la chambre, peut-être dans certaine chambre c'est pas...c'est pas agréable.

Ca...ça a pas l'air très très beau. Mais les garder tout seul dans un endroit où il est tout seul et puis il peut réfléchir, puis il peut passer une (1) heure tout seul, quelque chose comme ça, encore une fois, n'oubliez pas que personnellement il y a beaucoup de pères de famille et mères de famille qui font ça, d'envoyer leurs enfants dans leur chambre, "va te reposer. Va réfléchir.". C'est une technique qui est...en soi n'est pas tellement catastrophique. Sauf que la chambre d'isolement est perçu en général comme étant la...la cellule qu'on appelle et puis il y a une connotation très négative. Mais ça peut...partie d'une attitude qui n'est pas si négative que ça, de dire:

"Va...va t'asseoir là puis reste là pendant une (1) heure et puis on va se parler après."

Q Pendant six (6) heures?

R La politique mentionne que le maximum c'est une (1) heure.

Q Et, qu'est-ce que vous faites si vous allez apprendre qu'y a des gens qui utilisent une chambre d'isolation jusqu'à cinq (5) à six (6) heures?

R Non mais à ce moment-là, la...la politique n'est pas respectée. Puis comme je vous ai expliqué tantôt, il y a...on applique toutes les procédures habituelles, et...de les gens qui ont pas fait leur job.

Q Bon. Merci."

(cf. Docteur Manuel Galliana, volume 2 page 193 à 196.)

2- EXEMPLES D'ISOLEMENTS A DIVERSES FINS

Madame Ghislaine St-Cyr Perrot nous confirme que cette utilisation de l'isolement est possible:

"Q. Donc si quelqu'un doit être en péda... pédagogie
pis si il n'est pas là, on va le mettre en isolation
pour une certaine période de temps?

R. Ah pas nécessairement, ça dépend.

Q. Mais ça arrive qu'on le mette en isolation...

R. Oui.

Q. ... pour... pour le punir?

R. Oui, ça arrive qu'on puisse le mettre en
isolation."

(cf. volume 4, page 86).

Le Docteur Dakessian explique que cela se fait dans le cadre
d'un plan de traitement:

"(...)si quelqu'un fugue de l'hôpital, dans son plan de
soins nous avons... vous avez le droit de le... de
l'incarcérer ou de l'isoler pendant une certaine
période de temps?

R. Oui je vous parlerai pas d'incarcération, mais oui effectivement il y a des plans de soins où euh... des patients qui fuient par exemple, c'est marqué qu'au retour de leur fugue on les isole pis ça fait partie d'un traitement, c'est pas une mesure nécessairement euh... punitive dans... dans mon esprit en tout cas, mais ça fait partie d'un plan de... de traitements et euh..."

(cf. volume 18, pages 33-34).

Madame Leriche a été témoin de la mise en application de ce traitement:

"(...) Donc si, pour un enfant qui a fugué, qui est allé se promener, bon, tout ça euh, qui revient à l'hôpital après une fin de semaine en dehors de l'hôpital, bien à ce moment-là on le met en cellule pour deux (2) jours. S'il a fugué une (1) semaine bien il va en cellule une (1) semaine.

PAR ME RICHARD SHADLEY

Q. Est-ce que vous avez des cas de, isolation pour une (1) semaine?

R. Oui."

(cf. volume 6, pages 39-40).

Madame Ghislaine St-Cyr Perreault dit que les patients le savent d'avance:

"(...) si un... un adolescent fugue admettons à ce moment-là, il avertit l'adolescent que à son retour là... là... l'isolement peut durer la longueur de sa fugue, alors si le patient a fugué pendant six (6) heures, il peut être isolé six (6) heures. Ça, ça dépend."

(cf. volume 4 A, page 78).

Il s'agit donc d'un, selon elle, "contrat" avec des conséquences découlant de son non-respect:

"(...) euh... l'isolement parce qu'on... il y a des patients qui réagissent assez difficilement, qui ont euh... quelques contraintes que ce soit, ces patients-là le savent de toute façon parce qu'il y en a savent (sic) que pour tel acte commis, ils vont avoir telle chose. Alors ils le savent. C'est les conséquences d'un acte si vous voulez, ils savent délibérément que

si ils se retrouvent pas en pédagogie de telle heure à telle heure, si ils se sauvent à l'extérieur pour euh... bon, Dieu sait ce qui peut arriver."

(cf. volume 4, page 87).

On peut ainsi isoler pour absence à la pédagogie:

"R. Il y a un (1) jeune dans mon groupe après entente avec la pédagogie, après entente avec la famille, après entente avec le groupe, quand il fugue de l'école, il est envoyé...la sécurité l'envoie quelques minutes en isolement pour ne pas qu'il ait à retourner au groupe, le personnel du groupe va le chercher immédiatement, discute avec lui et retourne avec lui en pédagogie, oui."

(cf. Mignot, volume 15 A, page 50).

Du pour de longues fugues reliées à la prostitution. Le patient revenait dans un état pitoyable, Liliane Van Marcke, travailleuse sociale nous le décrit:

"Q. Et est-ce que ces fugues-là avec... ce qui y était associé, a fait l'objet de discussions de cas avant qu'on affecte un éducateur et qu'est-ce qu'on envisageait comme solution avant d'affecter un

éducateur plus spécifiquement à ce bénéficiaire-là?

R. Ah il y avait euh... toutes sortes de solutions... toutes sortes de solutions miracles comme l'envoi euh... du bénéficiaire en... en cellule quand il revenait de fugues pis sauf euh... c'est sûr que ça ne pouvait pas régler le... le problème.

Q. Cette solution-là de l'envoyer en cellule quand il revenait de fugues c'est euh... ça a été envisagé même après les... les euh...

R. Non, non non.

Q. ... les fugues, non mais... depuis six (6) mois là...

R. Avant oui.

Q. ...D.K. depuis six (6) mois est-ce qu'il a...

R. Il a été très souvent en cellule, oui.

Q. Pour euh... par rapport à ses fugues?

R. Oui.

Q. Est-ce qu'on a examiné d'autres possibilités d'intervention que la mise en cellule euh... avant d'en arriver à l'éducateur? Est-ce que la... O.K. Je vais poser ma question différemment. Est-ce que la mise en cellule c'était le premier moyen envisagé pour arrêter ces fugues?

R. C'était le... le moyen employé, oui."

(cf. volume 20, pages 115-116).

E LES CONTROLES DE L'APPLICATION DE LA POLITIQUE

Toute politique, si bonne soit-elle et autant d'éloges puisse-t-elle se mériter, n'aura de valeur pratique que si elle est appliquée. Des mécanismes de vérification et de contrôle doivent être prévus dans le cas d'une telle politique. Les bénéficiaires de l'institution à cause de leur handicap déjà mentionné, sont parfois même incapables de parler; de plus, la crainte (justifiée ou non) de représailles freinerait chez certains d'entre eux la dénonciation d'abus, de quelque nature que ce soit dont ils auraient pu être victimes.

Madame St-Cyr Perrot reçoit des rapports quotidiens sur les

isolements (cf. volume 4 AM, page 99).

F COMPILATION DE DONNEES GENERALES RELATIVES A L'ISOLEMENT

A la demande de la commission des données ont été compilées pour la période du 1er août 1984 au 1er août 1985. Le document déposé sous la cote e-29 mentionne ceci:

Unités	#de patients	#de mise en isolement	total/heures
1	16	80	80h30
2	1	1	0h45
4	3	13	9h15
5	9	38	245h50
7	10	97	341h49
8	20	474	1239h55
9	2	2	0h35
10	10	262	1394h50
11	6	44	49h20

Rappelons ici que la politique précitée est à l'effet que l'isolement doit rarement excéder une demi-heure (ou une heure). Seule l'unité 9 a en moyenne respectée cette norme. On voit que dans toutes les autres unités la norme est largement dépassée en atteignant parfois jusqu'à une moyenne de 6h par isolement.

Cette meme pièce mentionne que 29 patients en pédopsychiatrie ont été placés en isolement et que 48 patients de la section des adultes l'ont été.

Un intervenant de l'hôpital (M. Cabral) nous a dit qu'à sa connaissance il y avait deux sortes d'isolement: une heure (jusqu'à ce que le patient soit calme) ou 24 heures si le bénéficiaire a fait une agression violente.

Monsieur Dumesnil, psychologue en charge du module psychodynamique de l'hôpital, nous dit que l'isolement dans son module dure jusqu'à la fin du quart de travail des employés qui ont décidé d'isoler le patient (cf. volume 65, page 13).

D'ailleurs, il nous dit que ces patients n'ont pas la même notion du temps (cf. volume 65, pages 21 à 23). Pour lui, le cas le plus long d'isolement fut de 3 semaines, bien que selon lui il n'y ait pas de politique édictant un maximum. (cf. volume 63, pages 112 et 113).

G EXAMEN DE L'ISOLEMENT DANS DES CAS SPECIFIQUES

La commission a voulu analyser l'application de cette politique d'isolement dans des dossiers spécifiques. Nous avons déjà fait état de la difficulté à laquelle nous avons été confrontés pour

avoir accès à des données contenues dans les dossiers des administrés du curateur public. Les refus du curateur public de nous permettre de consulter des dossiers nous ont empêché de faire des vérifications élémentaires. Toutefois, les parents qui étaient curateurs privés et à qui nous avons demandé la permission pour obtenir certaines informations ont tous coopéré et collaboré aux travaux de la commission et ont accédé à nos demandes.

1- LE CAS D'UN PREMIER BENEFICIAIRE

Nous avons pu prendre connaissance du dossier d'un bénéficiaire qui fit l'objet d'un isolement d'une durée de plusieurs mois; dans ce cas, l'isolement eut lieu dans une chambre. Le dossier atteste du fait que le 9 septembre 1980 le bénéficiaire était en isolement depuis deux semaines. On voit de plus au dossier de ce bénéficiaire une prescription datée du 9 septembre 1980 pour un isolement total dans sa chambre avec la porte verrouillée et ce jusqu'à nouvel ordre. Plus loin au dossier, on mentionne enfin qu'en décembre 1980 l'isolement de cette personne "commence à diminuer progressivement..." (cf pièces 104, 105 et 107). Le même bénéficiaire fit également plus tard l'objet d'une seconde période d'isolement prolongée.

Le docteur Galiana (D.S.P.), lorsqu'il fut interrogé sur les durées les plus longues d'isolement, n'a jamais fait état de

cette situation, peut-être parce qu'il s'agissait d'un isolement dans la chambre du client et non pas dans la cellule.

2- LE CAS D'UN SECOND BENEFICIAIRE

Nous avons aussi pu prendre connaissance d'un autre dossier d'un bénéficiaire. Cette personne était sous curatelle publique jusqu'à une certaine date. Jusqu'à cette journée, malgré des demandes répétées, il ne nous avait pas été permis de consulter le dossier du bénéficiaire en question. Le père, après avoir entrepris des démarches, fut nommé curateur et nous a immédiatement autorisé à examiner le dossier en question. Là aussi nous avons pu constater l'usage de l'isolement dans un cas précis et ce, pour des périodes excédant de beaucoup la norme d'une heure.

L'exhibit e-125 (discussion de cas) mentionne que ce bénéficiaire " ... (x) doit répondre aux consignes demandées. Aucune initiative de sa part ne doit être tolérée.". Lors d'une discussion de cas du 21 février 1985 on peut lire:

"Nous devons avoir une attitude ferme dans nos interactions et interventions". On précise que le "testing vis-à-vis le personnel est égal à initier un geste avec un regard insistant" est un des comportements inacceptables qui ne doivent pas être tolérés. Plus loin, on ajoute que X "sera isolé dès la

manifestation d'un de ces gestes inacceptables". Par ailleurs, on indique que "devant tout doute (quant au fait que X aurait ou non posé un geste inacceptable) nous devons agir comme si il était coupable et la conséquence demeure la même".

Dans une autre discussion de cas du 20 juin 1985, on dira: X va en isolement: pour les motifs suivants:

"(...) Si son regard est insistant et dérangeant".

L'isolement de cette personne durera pour tout le reste du quart de travail selon l'exhibit e-125. C'est donc dire que la durée de l'isolement pour un même comportement sera plus ou moins longue selon que cet agissement s'est produit au début ou à la fin du quart de travail. Comme ces quarts sont d'une durée de huit heures, l'isolement peut se prolonger nettement au-delà de la norme d'une demi-heure.

Les "droits" de sortie de cette personne sont de plus prévus dans ce document: "Ses sorties avec ses parents sont conditionnelles à ce qu'il ne soit pas en isolement." (cf. discussion de cas du 21 février 1985, exhibit E-125).

Les documents produits sous la cote e-126 contiennent un relevé du nombre de fois où ce bénéficiaire fut mis en isolement. Les pièces déposées sous la cote-127 contiennent également des informations à ce sujet. Ainsi, au cours du mois de juin 1985, durant l'enquête même, cette personne fut isolée pour les motifs suivants:

- 3 juin Bris d'objet. Agité en isolement
- 4 juin Lance du sable. Agité en isolement
- 7 " Urine sur calorifère
- 8 " jour Tente d'ouvrir la porte avec fourchette
- 8 " soir Dégât de selles de jour donc il y reste une soirée
- 11 " jour Testing
- 11 " soir Dégât de selles
- 14 " Vol de cigarettes
- 17 " jour Vol de nourriture
- 17 " soir Renverse des meubles
- 18 " jour Vol de thé
- 18 " soir Dégât
- 19 " soir Confrontation
- 19 " nuit Dégât
- 21 " jour Vol de mégots
- 21 " soir Dégât
- 21 " nuit Dégât
- 22 " N'écoute pas la consigne après un avertissement
- 23 " N'écoute pas la consigne appel à la sécurité

25 " jour N'écoute pas la consigne

25 " soir Agitation

27 " Vol de café

29 " Contravention

Il est à noter qu'il n'y a pas de toilettes dans ces salles d'isolement (cf. Ghislaine St-Cyr Ferrot volume 4 AM, page 83).

Entre le 1er et le 11 juillet 1985, il ira 11 fois en cellule. Il y retournera cinq (5) autres fois dans le reste du mois. En août, vingt-deux (22) périodes d'isolement lui sont imposées; on note entre autres trois (3) isolements pour refus de suivre une consigne et dix (10) pour vols de café, cigarette, thé. En septembre, il subit trente et une (31) périodes d'isolement (dont huit (8) pour vol de café et six (6) pour refus de suivre une consigne) et enfin il ira en cellule vingt et une (21) fois en octobre.

H LA CONNAISSANCE DE LA SITUATION PAR LA DIRECTION DE L'HOPITAL

Il est étonnant, à la lumière des faits ci-haut décrits, de constater que le directeur des services professionnels, le docteur Manuel Galiana, lorsqu'interrogé sur les durées de l'isolement, nous ait donné les réponses suivantes:

" C'est une technique qui (...) Mais ça peut...partie

d'une attitude qui n'est pas si négative que ça. Ça se dit: "Va...va t'asseoir là puis reste là pendant une (1) heure et puis on va se parler après."

Q Pendant six (6) heures?

R La politique mentionne que le maximum c'est une (1) heure.

Q Et, qu'est-ce que vous faites si vous allez apprendre qu'il y a des gens qui utilisent une chambre d'isolation jusqu'à cinq (5) à six (6) heures?

R Non mais à ce moment-là, là...la politique n'est pas respectée. Puis comme je vous ai expliqué tantôt, il y a...on applique toutes les procédures habituelles, de...de les gens qui ont pas fait leur job.

Q Bon. Merci."

(cf. Docteur Galiana, volume 2, pages 195 à 196)

Le docteur Galiana a poursuivi son témoignage ainsi:

"Q Est-ce qu'il y a une procédure d'établissement en vertu

de laquelle si une prescription est faite pour une période valable pour plus qu'une (1) heure, cette prescription doit tout être achevée."

R Non. Encore une fois, la méthode de contrôle, c'est le médecin traitant qui prescrit mais il a toujours son chef de service, son chef médical et le personnel cadre aux soins infirmiers qui sont...sont là. Une autre méthode de contrôle que j'ai pas mentionnée tantôt, c'est que le comité d'évaluation de l'acte médical étant tel que c'est un comité qui relève du Conseil des médecins de (inaudible) se réunit une (1) fois par mois au moins. Il fait une étude des dossiers qui sont choisis complètement au hasard par l'archiviste médical. Alors, chaque mois, ils étudient une cinquantaine, soixante-quinze (75) dossiers qui sont choisis. Ce comité-là qui est présidé actuellement par le docteur Jean-Paul Milot, étudie comme je vous dis une cinquantaine de dossier, une (1) fois par mois au hasard, pour voir si toutes les normes des politiques de procédure sont respectées. Le...quand elles ne sont pas respectées, il envoient ça à l'exécutif du Conseil des médecins, à moi, pour prendre des mesures...."

(cf. Docteur Galiana, volume 2, pages 197 à 198).

Revenons maintenant à une autre partie du témoignage du directeur des services professionnels. Le Docteur Galiana fut interrogé à une date subséquente:

Q Alors effectivement (...) qu'est-ce que vous penseriez d'une isolation, d'une mise en isolement qui pourrait durer cinq (5) heures ou six (6) heures, vous avez dit que c'était carrément abusif, si je ne trompe pas.

R Exceptionnel.

Q Et vous, si jamais vous appreniez l'existence d'une situation par exemple, quelqu'un qui est en isolement six (6) heures, vous interviendriez immédiatement.

R A travers le chef de service ou à travers le Conseil des médecins.

Q Bon. O.K. Je vais vous référer à l'exhibit E-29 qui a déjà été produit par le docteur Mackay et la directrice des soins infirmiers. J'ai des copies pour tout le monde.

MONSIEUR LE PRESIDENT

S: C'est E-29 c'est déjà produit. (...)

D: Alors, docteur, ce il s'agit... E-29 il s'agissait d'un document qui faisait... qui relevait les statistiques d'isolement du premier (1er) août quatre-vingt-quatre ('84) au premier (1er) août quatre-vingt-cinq ('85). Est-ce que vous avez déjà vu ce document-là?

R: Oui. (...)

(cf. Docteur Galiana, volume 44, page 121-122)

Le Docteur Galiana reconnaît que les données sur l'isolement pour la période allant du mois d'août 1984 au mois d'août 1985 donnent pour différentes unités de l'hôpital les durées moyennes suivantes:

(unité 5) 3.46 heures
(unité 7) 3.51 heures
(unité 8) 2.61 heures
(unité 10) 5.32 heures
(unité 11) 1.11 heures

Son témoignage se poursuit ainsi:

Q Bon. Docteur, comment est-ce que vous pouvez expliquer qu'en un an on a eu, sur la base de la moyenne qui est mentionnée là et des chiffres qui émanent de l'Hôpital, neuf cent quinze (915) mises en isolement qui ont dépassé plus d'une heure, dans certaines unités des mises en isolement de cinq heures et demie (5.30) et six heures et trois quarts (6.45), comment vous expliquez que on ait pu déroger à tel point à la politique de l'Hôpital?

R Ça, il faut expliquer cas par cas, moi je ne vois pas d'autre explication. On a fait toutes sortes d'études, le Conseil des médecins, les chefs de service et tout le monde insiste pour que les choses sont justifiées.

Q Mais, docteur, vous dites que la politique est appliquée rigoureusement.

R Non, non.

Q On a neuf cent quinze (915)...

R J'ai dit que la politique dit que c'est le maximum d'une heure, sauf des cas exceptionnels, alors si le médecin traitant, le chef de service démontrent que le

patient est un cas très exceptionnel, qu'il faut dépasser, on dépasse....

Q On peut se comprendre que dans une unité où il y a une prescription moyenne de dix (10) heures, peut-être que le bénéficiaire en a eu pour une demi-heure / seulement, l'autre en a une pour douze (12) heures.

R Non, mais je n'ai pas...

Q Puis on spéculera pas davantage pour savoir si ça peut être de durée plus longue, là.

R Je n'ai pas d'autre réponse à donner sauf qu'il y a eu neuf cents (900) situations exceptionnelles, il faut voir cas par cas pourquoi c'a été fait.

Q Neuf cent quinze (915) situations exceptionnelles.

R Les études ont été faites, elles semblent le justifier.

PAR MONSIEUR LE PRESIDENT

Q Est-ce que vous-même vous étiez au courant de ces...qu'il y avait neuf cents (900) cas d'exception

avant l'enquête? Est-ce que quelqu'un porte ça à votre attention vous-même?

R Oui, le détail... l'étude, parce que moi je pense que le premier chiffre c'est moi qui l'ai apporté, à ma première journée de témoignage j'avais un document qui parlait du nombre de contentions.

Q Je comprends, mais est-ce que vous étiez au courant de ça avant l'enquête et avant que nous avons demandé...

R De le nombre de contentions, oui, tantôt j'ai parlé de ces deux (2) techniques-là que j'étais pas au courant, mais les contentions, l'isolement, oui, je suis au courant. (...)

Q Est-ce que vous faisiez enquête que trois (3) fois par jour qu'il y ait une exception qui...

R Non, mais on demande au comité de l'évaluation de l'acte de faire réviser parce que c'est des cas qui sont...qui dépendent de la politique. Mais parce que la chose la plus facile pour moi serait faire la politique plutôt que faire une heure maximum, faire six (6) heures maximum, à ce moment-là on est dans la

politique. Mais je trouve que c'est pas...c'est pas une bonne affaire. La plupart...

PAR Me JEAN-PIERRE MENARD

Q Mais, docteur...

R ... des hôpitaux je vous souligne qu'il y a pas de politique sur la contention, on est un des rares hôpitaux qui a une politique là-dessus pour essayer d'avoir un contrôle, etc. La Corporation professionnelle nous a félicités là-dessus parce que les rares hôpitaux qui a une politique sur la contention et l'isolement et qui est quand même assez bien suivie, même si elle est dépassée, mais quand même on vérifie pourquoi c'a été dépassé, qu'est-ce qui est arrivé après.

Q Mais, docteur, il y a une affaire que je comprends pas. Si je regarde les chiffres qui sont mentionnés ici, il y a environ quatre-vingt-dix-huit pour cent (98%) des prescriptions d'isolement qui dépassent la durée d'une heure, comment est-ce que... je pourrais bien comprendre votre explication si vous diriez que les cas exceptionnels c'est peut-être dix pour cent (10%) ou quinze pour cent (15%) mais (inaudible) à peu

près neuf cent quinze (915) sur à peu près peut-être mille (1 000). j'ai pas tenu compte de l'unité 1 où il y a quatre-vingt- (80) isoléments pour quatre-vingts (80) (inaudible). Il me semble que là on a respecté la moyenne, là, mais écoutez, pour le reste il y a à peu près quatre-vingt-quinze pour cent (95%) des prescriptions d'isolement qui dépassent la norme.

R Ca, ils dépassent dans l'unité 3, ça dépasse... c'est des pourcentages qui varient beaucoup.

Q Mais elle n'y est pas l'unité 3, elle n'y est pas là-dessus.

R Je m'excuse, l'unité 4.

Q Ils sont treize (13) patients, le total des mises en isolement est de neuf heures et quinze (9.15).

R Oui, c'est des variations qui sont très faibles. Dans certains cas ça dépasse beaucoup la moyenne mais d'autres c'est presque la moyenne.

Q Alors je comprends, docteur, que vous avez pas finalement d'explication particulière autre que de dire qu'il y a eu neuf cent quinze (915) cas exceptionnels

depuis un an.

R Non, mais l'explication que je vous donne c'est que ce sont des cas qui, regardés dossier par dossier et faire des études par les..."

(cf. Docteur Galiana, volume 44, pages 123 à 129).

Monsieur Dunn (président du conseil d'administration) nous dit qu'il est au courant de l'existence de l'unité de Monsieur Dumesnil, (unité 10) mais qu'il ne savait pas avant l'enquête que les isolements pouvaient être aussi longs. Il ne reçoit pas de statistiques sur l'isolement. (volume 81, page 39 et 40).

Le Docteur Galiana ne lui a pas fait part de problèmes en rapport avec l'isolement ou à l'application de cette politique (volume 82, page 37).

I) LE CONSENTEMENT A L'ISOLEMENT OU LA CONSULTATION DU REPRESENTANT DU BENEFICIAIRE:

Au sujet du consentement à l'isolement, il nous apparaît clair que cette technique est utilisée contre le gré du bénéficiaire. Sans parler des cas d'urgence à ce moment-ci, il est étrange de constater que, dans une société soucieuse des droits de la personne, l'hôpital n'obtienne pas de consentements quelconques

avant d'appliquer cette mesure.

Si les bénéficiaires sont dans l'incapacité d'exprimer un consentement libre et éclairé, il y aurait lieu d'obtenir un tel consentement d'un représentant du bénéficiaire. Le curateur à la personne (qu'il s'agisse du curateur privé ou du curateur public) n'est pas consulté.

1- L'ATTITUDE DE L'HOPITAL FACE AU CONSENTEMENT POUR L'ISOLEMENT

Voici un autre extrait du témoignage du docteur Galiana en relation avec la question du consentement préalable à l'isolement:

Q Est-ce que vous consultez le curateur public ou le curateur privé de la personne impliquée par une telle prescription avant que ce traitement-là lui soit imposé?

R Non. La...l'entente qu'on a avec le curateur public, c'est qu'il nous a demandé, c'est lui qui nous demande, évidemment, il connaît l'ensemble des procédures à l'hôpital, la...la seule demande qu'il nous a faite de façon spécifique, c'est qu'on l'informe au préalable de toutes les interventions chirurgicales qui sont faites avec anesthésie. Le restant, il nous

laisse agir et il se fie à notre jugement, à nos politiques, à nos procédures. La seule demande qu'il nous a faite, c'est de...qu'on l'informe de l'e...l'intervention chirurgicale.

D Mais...donc, il y a pas de consultation que vous faites auprès d'un représentant quelconque là, du patient avant de lui appliquer un tel traitement?

R Ecoutez, le...l'isolement, la contention, c'est perçu, encore une fois, je suis conscient, de façon très négative mais pour moi c'est...dans certains cas, dans certains cas, la...quand c'est un patient qui est là pour...pour le contrôler de façon que s'il se blesse pas, se mutile pas, ça me paraît moins grave au point de vue idéologique même, que quelqu'un qui va recevoir du Largatrile, (sic) cent(100) milligrammes tous les jours, c'est à mon avis, c'est beaucoup plus...beaucoup plus pénible quelqu'un qui reçoit enfin, une quantité importante de médicaments. Alors, ça non plus, on le communique pas. Il y a toutes sortes de techniques médicales et des choses comme ça qui sont de...si graves ou plus pénibles ou moins..."

(cf. volume 2, pages 198 à 199).

2- L'ATTITUDE D'UN PARENT FACE A L'ISOLEMENT

L'actuel président de l'association des parents de Rivière-des-Prairies témoigna devant la Commission le 28 août 1985. Voici ce qu'il disait au sujet de l'isolement:

Q Est-ce que vous savez si votre fille a déjà été mise en isolement?

R X, non, elle a jamais été en isolement.

Q Est-ce que vous le savez ou vous présumez qu'elle n'a pas été.

R Bien, je vois pas pourquoi, bien, je pense que tous les parents, la plupart ont été avisés quand il y avait une prescription d'isolement, je le présume, là.

Q Mais ça c'est quelque chose que vous, quelque chose que vous inférez, là, vous présumez.

R Mais, moi, là, je pense, je le sais pas, moi, je vois pas, là, pourquoi X serait en salle d'isolement, là.

Q Mais si jamais c'était prescrit est-ce que vous

aurez des objections à ce que votre fille soit mise en isolement?

R Bien, je suis persuadé que ça y sera pas. Moi, c'est...

Q Non, mais...

R Moi, je vous réponds ça.

Q Oui, mais si ça l'était?

R Si ça l'était? Bien, faudrait qu'on me prouve le bienfait que ça peut apporter dans le cas de X.

Q Et si vous êtes pas d'accord avec le médecin?

R Bien, c'est là, c'est là que faut s'asseoir puis, c'est là, la prise de bec c'est ça. C'est la discussion et pourquoi."

(cf. volume 23, pages 99-100).

L'idée que ce père exprimait contraste avec la preuve que nous avons recueillie. Tant le Docteur Galiana que Me Rémi Lussier, le Curateur Public, nous ont expliqué la non-nécessité d'obtenir des consentements dans ces cas. Cependant, un parent qui serait

4- POSITION DU CURATEUR PUBLIC FACE A L'ISOLEMENT DE SES ADMINISTRES

Dans l'opinion du curateur public, l'isolement n'est pas un traitement. Il n'y a donc pas de nécessité, selon lui, d'obtenir un consentement pour appliquer une telle mesure, car l'isolement ne serait qu'une mesure de protection.

Voyons maintenant la position du curateur public face à l'isolement de ses administrés:

"L'isolement, en autant que je suis concerné, ce n'est pas un traitement qui mérite un consentement éclairé. L'isolement c'est un moyen de protection. (...)

en autant que moi je suis concerné, je, moi, le curateur public, seulement, le curateur public lui ne prétend que ce n'est pas un acte médical. (...)

R. C'est prescrit, c'est ... vous avez le ... à ce moment-là, vous avez le professionnel qui demande l'isolement, c'est prescrit par le médecin, autorisé par une autorité à l'intérieur, un officier à l'intérieur de l'hôpital, c'est prescrit, c'est ça, voici la procédure."

(cf. volume 67, pages 28-29).

le témoignage du curateur public se poursuit plus loin ainsi :

Q. ... j'ai pas dit contention, j'ai dit isolement ...

R. Isolement.

Q. ... strictement.

R. Alors, isolement, en tant que le curateur public est concerné, ce n'est pas un traitement qui demande un consentement.

Q. Mais c'est quoi ?

R. C'est une protection, une mesure de protection à l'intérieur et, à ce moment-là, le curateur public ne peut pas intervenir, personne, ni le curateur privé, ni les parents, ne peut intervenir pour donner des consentements pour un isolement. Monsieur, un isolement c'est tout de suite, faut que ça marche, c'est une ... c'est presque une urgence. Il faut qu'il le prenne puis qu'il le mette là, courir après le consentement, c'est impensable. Ce n'est pas de rigueur à part de ça. (...)

Q. Oubliez ça, c'est pas une désorganisation, on parle pas de ça.

R. Alors pourquoi qu'on va mettre quelqu'un en isolement? C'est pour certains cas qu'on prévoit qui vont arriver, ça va arriver d'un coup sec, ça arrive pas ça comme du jour au lendemain, tranquillement, on a pas le temps d'aller demander le consentement pour l'isolement. C'est parce que c'est une personne qui, étant donné son comportement, son état, appelez ça comme vous voudrez, il est dans une position telle qu'un moment donné y peut réagir d'une façon X et faudrait le mettre en isolement. Et ce médecin-là a fait la preuve de prévoyance, en autant que je suis concerné. Maintenant, le personnel infirmier qui est à côté, doit également, parce que c'est un ... ce sont des professionnels, user de leur jugement pour l'application qui s'en vient. (...)

Q. Seulement sur le plan consentements?

R. Sur le plan consentements je vous ai dit que un isolement, en autant que le curateur public est concerné, ce n'est pas un traitement qui mérite un consentement mais c'est un moyen de protection au moment que ça arrive. (...)

R. Maintenant, au point de vue légal, Monsieur le Commissaire.

Q. Oui.

R. Est-ce que y aurait lieu de dire que l'isolement ça mérite (inaudible), ça c'est un autre problème. Mais là au niveau de l'hôpital, médical, où on est, moi je prétends, et jamais, Monsieur le Commissaire, je n'ai eu une demande de consentement pour un internement dans tous et chacun des hôpitaux de la province de Québec.

(cf. volume 67, pages 35-41).

En ce qui concerne l'urgence, le curateur nous avait dit dans les minutes précédentes :

"...nous avons un médecin (...) traitant, qui est disponible toujours, vingt-quatre heures par jour, même en vacances..."

(cf. volume 67, page 16).

Ailleurs son témoignage se poursuivra de la manière suivante:

"Q. Est-ce que vous êtes au courant qu'y a une

politique semblable que ... isolement, durée maximum une heure, à moins qu'y ait une prescription autrement?

R. Je sais qu'y a une procédure qui existe sur l'isolement.

D. Est-ce que vous êtes au courant que l'isolement, malgré que généralement c'est seulement pour des cas de désorganisation, il y a à l'hôpital également une autre espèce d'isolement pour des fins thérapeutiques, est-ce que vous êtes au courant de ça?

R. En autant que le curateur public est concerné, l'isolement c'est de l'isolement, la cause c'est un moyen de protection. Alors que ce soit thérapeutique ou non ... le curateur n'intervient pas parce qu'il n'a pas à donner un consentement dans les questions d'isolement. Alors, à ce moment-là, que le curateur public sache qu'y a des procédures d'isolement, oui, je veux bien. Mais encore l'isolement, c'est encore assez sérieux. Ça veut dire quoi l'isolement? Est-ce que ça veut tout simplement dire que le patient dans un groupe un moment donné, sont dans leur unité de vie, et y en a un qui est un peu trop perturbant, on va le prendre puis on va l'envoyer dans sa chambre. C'est de l'isolement mais c'est pas une cellule.

Q. On va parler des cellules pour rester dans

R. Ca, remarquez bien, écoutez, je vous ai dit tout à l'heure que le curateur public croyait de l'isolement, et l'isolement, en autant que le curateur public est concerné, (inaudible), ce n'est pas une mesure, on a pas à obtenir un consentement comme un traitement médical. Ce n'est pas un traitement médical, c'est une mesure de protection, c'est une mesure de protection pour lui-même, pour le patient, pour l'environnement, pour le ... pour la bonne entente, la bonne harmonie de l'intérieur parce qu'on peut être en train de faire des choses pour entraîner et améliorer les personnes qui sont là, ça peut être également une protection pour le personnel."

(cf. volume 67, pages 59-61).

"R. Cette question m'a été posée ce matin et j'ai répondu que jamais je n'ai eu une demande de consentement à une isolation. (...)

Q. Recevez-vous des statistiques de l'Hôpital Rivière-des-Frairies indiquant le nombre de fois et la durée des isolements de vos administrés, à cet

établissement?

R. De mes administrés. non. D'ailleurs. je ne suis pas au courant d'aucune statistique. quant à ... aux heures d'isolement."

(Vol. 68, pp. 13-14)

"Q. Vous avez mentionné que tant qu'à ... tant qu'à l'isolement entre autres ou ... on vous a même interrogé, là, sur certaines autres techniques, que c'était ... que pour vous il s'agissait de moyens de protection?

R. Bien sûr.

Q. Ce ... ce terme-là "moyen de protection", est-ce que ça, c'est ... est-ce que c'est une opinion très personnelle ou si c'est la position du curateur public?

R. La position du curateur public. Il y a une chose que je dois vous dire. j'ai des idées personnelles, c'est-tu des convictions personnelles? Mais rarement, j'ai voulu mettre de l'avant mes convictions personnelles mais au détriment des autres. C'est-à-dire que mon opinion personnelle, je l'aurais défendue avant de l'imposer aux gens. Et ça, c'est une opinion professionnelle après avoir parlé à différentes personnes. C'est ça. Dans l'état actuel des choses, tu n'es pas coulé dans le ciment. Il y a rien de coulé dans le ciment quand on parle des droits de la

personne. Habituellement, au moment où je vous parle, je considère ça comme un moyen de protection."

(Vol. 70, pp. 61-62)

J) UN CENTRE DE CRISES

Dans le rapport d'étape, j'ai recommandé la création d'un centre de crises après avoir considéré la valeur d'une telle unité. Un tel centre n'est toujours pas mis sur pied.

La surveillance des bénéficiaires, telle qu'exigée par les politiques de l'hôpital, requiert qu'une observation des personnes isolées s'effectue aux dix minutes. Ceci force les employés à se retirer du groupe pour aller à l'endroit, parfois assez éloigné, où est située la salle d'isolement. Il arrive fréquemment qu'un employé soit seul avec un groupe d'une douzaine de personnes. Dans un tel cas si un bénéficiaire est en isolement l'employé devra trouver une autre personne pour prendre charge du bénéficiaire isolé ou oublier ce dernier sinon il sera placé dans la situation suivante: il doit laisser les bénéficiaires du groupe seuls pour aller voir la personne isolée, intervenir auprès de ce bénéficiaire le cas échéant, faire un rapport sur cette visite et revenir au groupe; ceci doit se répéter aux dix minutes. Quelles sont les interventions thérapeutiques possibles si à toutes les dix minutes un intervenant doit quitter le

groupe". De plus, il n'y a pas de personne spécifique qui est désignée pour faire la surveillance du bénéficiaire. (cf. Line Gingras, volume 15 PM, page 110).

L'idée d'un centre de crises n'est d'ailleurs pas nouvelle à l'hôpital; à titre d'exemple, nous pouvons référer ici à un projet présenté par le docteur Achille Nérée (psychiatre) et Michel Lefebvre en octobre 1983 (cf. exhibit E-189). Rapportons ici un extrait de ce rapport:

"Tenant compte de l'expérience vécue depuis 4 ans par le psychiatre clinicien avec les médecins généralistes des quatre unités de la sections des adultes, il est facile de dénombrer continuellement huit à dix patients toujours en état de crise. L'expérience démontre également que la structure physique et organisationnelle des unités de vie (groupe) constitue un cadre inadéquat au traitement de ces patients désorganisés. C'est d'ailleurs dans le but de suppléer à cette inadéquation que certaines mesures de coercition (isolement et contrainte) et des doses quasi toxiques de neuroleptiques et de tranquillisants sont prescrites sans malgré tout éviter des actes de violence, des bris d'objets de toutes sortes et des fugues avec tout ce que cela comporte de risque pour la sécurité de ces patients et des gens qu'ils côtoient.

Pour obvier à cet inconvénient et pour permettre à l'hôpital de mieux faire face à ses responsabilités médico-légales, nous proposons l'érection d'un module fermé conçu de façon à jouer le rôle d'une unité de soins intensifs."

Plus récemment, lors du témoignage du docteur Terrence Trudeau, voici ce qui fut établi en preuve:

"Q Donc je reviens à la même chose. À l'hôpital il y a un centre d'urgence pour des cas physiques n'est-ce pas, les soins somatiques?"

R Oui.

Q Il y a un centre d'urgence pour les problèmes physiques. Je vous demande, vu que c'est un hôpital psychiatrique, pourquoi pas un centre d'urgence pour les cas psychiatriques?"

R Mais je vais vous dire, je suis d'accord avec vous, je vous l'ai déjà dit mais euh ... j'étais euh ... ce n'est pas un secret, les psychiatres tentent des choses comme ça. J'ai déjà eu l'occasion je pense, de formuler, au moins me mettre d'accord avec d'autres

psychiatres dans une réunion de psychiatres parce qu'on pensait que un ... un service d'urgence de soins intensifs euh... pourrait être utile à Rivière-des-Fratries. On ... on ... mais la réunion n'a pas dit non à ça, on était pour poursuivre la démarche pour voir si c'était possible.

Q Et ces réunions étaient quand?

R. Ah ça fait peut-être euh ... un an que cette euh ... idée a été mise sur pied, qu'il y avait une certaine (inaudible) ...

Q Est-ce qu'il y a quelque chose de fait d'après cette idée mise sur pied il y a un (1) an, est-ce qu'il y a des ... des ... est-ce qu'il y a des choses concrètes faites dans le but de créer ce centre d'urgence dans cet hôpital psychiatrique?

R. Mais je ne suis pas au courant.

(cf. volume 17 A, pages 32-33)

Dans cette unité il y a lieu qu'une infirmière spécialisée ou un médecin soit en devoir tant qu'un bénéficiaire y séjourne.

Un centre de crises présenterait d'autres avantages. Une infirmière spécialisée en devoir assurerait une présence continue d'un professionnel auprès du patient. Dans ce centre de crises, le bénéficiaire pourrait au besoin être placé dans une salle d'isolement qui en ferait partie ou, pourrait simplement passer une certaine période de temps avec un intervenant (un pour un) pour tenter de le calmer.

En éliminant les salles d'isolement partout à l'hôpital, sauf à cet endroit, l'isolement serait contrôlé plus facilement et sa durée serait déterminée par un nombre très restreint de personnes.

K LES LIEUX PHYSIQUES

Des bénéficiaires placés dans les salles d'isolement peuvent être observés par toute personne circulant dans les couloirs devant cette salle car la porte de cette pièce est munie d'une fenêtre. (cf. Brigitte Asselin, volume 5 pages 49-50). Aucun rideau du côté extérieur ne permet d'assurer une certaine intimité à la personne isolée. De plus, le fait pour cette personne d'être à même de voir les gens circulant dans les couloirs et d'être vu de tout ceux-ci peut ajouter à son état d'excitation. Il y aurait lieu, en attendant la création d'un centre de crises tel que recommandé plus haut, de prévoir l'aménagement des salles d'isolement de façon à corriger cette

lacune.

Les chambres d'isolement ne sont ni capitonnées ni insonorisées. Elles sont austères. Les salles devraient être insonorisées de façon à éviter de créer une tension chez les autres bénéficiaires. Les enfants des cliniques externes qui effectuent des visites à l'hôpital sont également exposés à entendre les cris qui proviennent de ces salles d'isolement, ce qui peut s'avérer traumatisant pour eux ainsi que pour leurs parents. (cf. témoignage de Hélène Fréchette, volume 5 FM, page 7; Brigitte Asselin, volume 5 AM, pages 49 à 51; Suzanne Mongeau, volume 23 pages 10 à 24).

La sécurité du bénéficiaire doit être assurée par un environnement conçu à cet effet. Aucun objet dangereux ne doit demeurer dans la pièce. Il y aurait lieu de prévoir que ces salles soient capitonnées.

Un confort adéquat doit également exister à cet endroit. La ventilation et la température doivent pouvoir y être ajustées de façon satisfaisante. On doit prendre les mesures pour que cette salle soit le moins austère possible. Les couleurs de la pièce doivent être reposantes. On doit de plus considérer la possibilité que de la musique reposante puisse y être reproduite. L'éclairage doit également être propice. Cette salle doit également être d'une grandeur minimale à être déterminée. Un lit

approprié doit s'y retrouver.

L AUTRES CONSIDERATIONS SUR L'ISOLEMENT

Les normes adéquates et rigoureuses régissant l'utilisation de l'isolement pourront être perçues comme étant trop exigeantes aux yeux de certains intervenants et pourront ainsi constituer dans leur opinion un incitatif à recourir à des mécanismes de substitution. Une vigilance devra être exercée afin que ces mécanismes de remplacement de l'isolement soient à la fois les plus appropriés et les moins restrictifs possibles. Il ne s'agit pas de remplacer une utilisation inadéquate d'une technique par l'usage tout aussi inapproprié d'une autre (ex. sur-médication). Il faut d'abord et avant tout changer d'attitude et s'efforcer de trouver une solution aux problèmes des bénéficiaires et non un outil pour éviter qu'ils causent un problème à leur milieu. Le bénéficiaire est avant tout une personne ayant besoin de soins ou de services qu'il est en droit d'obtenir, et non un délinquant à l'égard duquel l'institution doit se protéger. L'isolement et les autres méthodes de contrôle (contention, médication etc) ne doivent pas devenir des palliatifs à des carences administratives ou à des manques de ressources. Si des valeurs thérapeutiques sont rattachées à ces méthodes, elles doivent toutefois pouvoir continuer à être utilisées dans le respect des droits et dans l'intérêt du bénéficiaire.

Cette longue étude sur l'isolement nous permet de constater différentes choses:

- a) on voit comment l'isolement est appliqué en pratique à l'hôpital:
- b) on constate à quel point la direction est ignorante de la réalité:
- c) on constate que l'exception est devenue la politique courante:
- d) on constate que le curateur n'est pas informé adéquatement ni des buts de l'utilisation de l'isolement ni de l'étendue de son application.

CONTENTIONS

L'exhibit E-5 consiste en une liste descriptive des différentes contentions utilisées à l'hôpital Rivière-des-Prairies. On y mentionne entre autres des courroies de lits, des courroies de taille avec poignet, des chaises avec différentes attaches et des filets.

Quant à l'utilisation qui est faite de ces contentions, le Docteur Galiana (cf. volume 46, pages 67 à 70) explique qu'il

faut examiner chaque cas individuellement et qu'elles sont souvent utilisées pour protéger des patients épileptiques ou auto-mutilateurs (cf. volume 2, pages 178 et 184 à 186). Les contentions font l'objet de prescriptions médicales et le processus de prescriptions est le même que celui décrit pour l'isolement. Le Docteur Dakessian nous parle des contentions comme étant des moyens de prévenir l'auto-mutilation (cf. volume 12 A, pages 49-50).

Certains témoins ont déclaré que les contentions pouvaient être un traitement acceptable. Madame Fréchette, ergothérapeute, fait valoir que ces contentions peuvent être utilisées lorsqu'on constate que les besoins du patient le requièrent; selon elle, ceci s'effectue après une analyse des forces et des faiblesses du bénéficiaires.

Le docteur Blanchet reconnaît l'utilité de cette mesure dans des situations extrêmes telle l'administration d'un soluté en cas d'urgence (cf. volume 56, pages 83 à 85). D'autres témoins soutiennent que les contentions font l'objet d'une utilisation abusive (exemple cf. volume 9 A, page 133).

Madame Brigitte Asselin a expliqué qu'il y avait à l'hôpital des demandes de "contentions déguisées", c'est-à-dire des demandes de contentions pour des raisons prétendument cliniques bien que ces raisons soient parfois inexistantes. (cf. volume 4,

page 54). Madame Lyne Lacasse rend un témoignage au même effet (cf. volume 7 B, pages 17 à 22).

Les contentions sont parfois utilisées pour l'apprentissage à la toilette et des témoins soutiennent que cela a donné lieu à des abus (exemple: enfant attaché sur les chaises de toilettes pour plus d'une demi heure et même pour des périodes excédant une heure) (cf. Madame Marquis, volume 22 A, page 36). Madame Marquis enfin nous mentionne:

"Q. A votre sens, est-ce qu'y avait d'autres méthodes qui auraient pu être utilisées, au lieu de cette méthode-là?

R. Méthodes plus humaines, en tout cas, je pense que on a pas à, de la même façon où on fait l'apprentissage de la propreté de nos propres enfants, d'une façon, enfin, la plus humaine possible."

(cf. volume 22 A, page 36).

De l'avis de plusieurs témoins il existe des méthodes alternatives à la contention (cf. Marois, volume 11 pages 111 à 113) (Madame Fréchette, volume 5 B, pages 47 à 51).

Tout en spécifiant qu'il s'agissait là d'une opinion

personnelle. le docteur Trudeau, psychiatre à cette institution nous a dit considérer les contentions comme un traitement particulièrement traumatisant (cf. docteur Trudeau, volum 17 A, page 25).

CHAPITRE 4

LES DROITS DES BÉNÉFICIAIRES

A	LA CHARTE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS	98
B	LA CHARTE QUÉBÉCOISE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE	100
C	LA DÉCLARATION DES DROITS DU DÉFICIENT MENTAL	101
D	LA DÉCLARATION DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES	102
E	LA LOI DE LA PROTECTION DU MALADE MENTAL	102
F	LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	102
G	LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS	103
H	LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES PSYCHOLOGUES	104
I	LES CONSENTEMENTS	106
J	L'EXERCICE DES DROITS	107

Plusieurs droits sont reconnus à toute personne. Il faut toutefois se questionner sur le respect de ces droits conférés par le législateur et sur la possibilité de les exercer pour les personnes malades ou déficientes mentales.

A LA CHARTE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS

La Charte canadienne des droits et libertés prévoit certaines garanties juridiques :

"2. Chaque individu a droit à la vie, à la liberté et à la

sécurité de sa personne: il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

9. Chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraires.

12. Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités." (les soulignées sont de nous)

L'article 15(1) de la même Charte prévoit de plus:

"15(1). La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment les discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

B LA CHARTE QUEBÉCOISE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

"Considérant que tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques, destinés à assurer sa protection et son épanouissement:

Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi (...)

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité physique et à la liberté de sa personne.

Il possède également la personnalité juridique.

4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée.

10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur ... le fait qu'elle est une personne handicapée ou qu'elle utilise quelque moyen pour pallier son handicap.

23. Toute personne a droit, en pleine égalité, à une audition publique et impartiale de sa cause par un tribunal indépendant et qui ne soit pas préjugé, qu'il s'agisse de la détermination de ses droits et obligations ou du bien-fondé de toute accusation portée contre elle.

/

24. Nul ne peut être privé de sa liberté ou de ses droits, sauf pour les motifs prévus par la loi et suivant la procédure prescrite.

25. Toute personne arrêtée ou détenue doit être traitée avec humanité et avec le respect dû à la personne humaine.

32. Toute personne privée de sa liberté a droit de recourir à l'habeas corpus.

33. Tout accusé est présumé innocent jusqu'à ce que la preuve de sa culpabilité ait été établie suivant la loi.

C LA DECLARATION DES DROITS DU DEFICIENT MENTAL

L'assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a adopté le 20 décembre 1971 la Déclaration des droits du déficient mental. Une copie de ce document est déposée sous la cote e-170.

D LA DECLARATION DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPEES

L'assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a proclamé le 9 décembre 1975 la déclaration des droits des personnes handicapées. Cette déclaration vise notamment les personnes atteintes d'un handicap mental. Un exemplaire de ce document est déposé sous la cote e-171.

E LA LOI DE LA PROTECTION DU MALADE MENTAL

Cette loi prévoit divers mécanismes de protection des droits de la personne placée en cure fermée. Encore faut-il, pour que ces mécanismes reçoivent application, que cette cure soit imposée légalement. Or, à l'hôpital Rivière-des-Frairies, les bénéficiaires sont en cure dite libre ou ouverte. Ceci provoque une situation paradoxale où les personnes en cure libre ont moins de mécanismes de protection que celles en cure fermée.

F LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX

Cette loi prévoit à son article 4:

"Toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique,

humain et social, avec continuité et de façon
personnalisée, compte tenu de l'organisation et
des ressources des établissements qui dispensent
ces services."

On stipule de plus à l'article 6 le principe de la liberté
de choix (dont l'application semble tempérée par une
régionalisation des services):

"...rien dans la présente loi ne limite la
liberté qu'a une personne qui réside au Québec
de choisir le professionnel ou l'établissement
duquel elle désire recevoir des services de santé
ou des services sociaux, ni la liberté qu'a un
professionnel d'accepter ou non de traiter cette
personne."

6 LE CODE DE DEONTOLOGIE DES MEDECINS

Voici certains extraits du code de déontologie des médecins
adopté en vertu du code des professions (L.R.Q. c-26 art. 87)

Le règlement concernant le code de déontologie pour les
médecins prévoit des obligations imposées aux médecins

relativement au consentement au traitement:

"article 2.03.28. Sauf urgence, le médecin doit, avant d'entreprendre une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant ou des personnes dont le consentement peut être requis par la loi, une autorisation libre et éclairée.

article 2.03.29. Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant ou les personnes dont le consentement peut être requis par la loi ont reçu les explications nécessaires portant sur la nature, le but et les conséquences possibles de l'investigation, du traitement ou de la recherche que le médecin s'apprête à effectuer."

H CODE DE DÉONTOLOGIE DES PSYCHOLOGUES:

On trouvera ici bas des extraits du code de déontologie des psychologues adopté en vertu du code des professions (L.R.Q. chap. C-26, art. 87)

"article 16. Le psychologue doit informer son client éventuel, ou la personne qui en est responsable légalement quand le client n'est pas en mesure d'évaluer la situation, de tous les aspects de son activité professionnelle susceptible de l'aider dans sa

décision de recourir ou non à ses services.

article 17. Le psychologue doit informer son client de l'ampleur et des modalités du mandat que ce dernier lui a confié et il doit obtenir son accord à ce sujet.

article 25. Le psychologue doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.

article 78. Avant d'entreprendre une recherche, le psychologue doit en évaluer les conséquences pour les participants. Notamment:

1) il doit consulter toute personne susceptible de l'aider dans sa décision d'entreprendre la recherche ou dans l'adoption de mesures particulières pour éliminer les risques pour les participants (...)

3) il doit obtenir le consentement écrit des participants ou des personnes qui en sont responsables légalement après les avoir informés des risques importants, particuliers ou inhabituels que présente cette recherche et des autres aspects susceptibles de les aider à prendre la décision d'y participer.

article 80. Le psychologue ne peut obliger une personne à participer à une recherche ou à continuer d'y participer.

I LES CONSENTEMENTS

En pratique, il semble que seuls trois types de consentements formels soient requis par l'hôpital en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux: un consentement à l'admission, un consentement pour une anesthésie ou pour une intervention chirurgicale (art. 29 règlement-6) et un consentement à la prise de photographies, films ou enregistrements concernant cette personne (art. 53 règlement-6 alinéa 22). La question du consentement sera d'ailleurs traitée plus longuement plus loin.

L'alinéa 11 de l'article 53 du règlement-6 prévoit de plus que le dossier d'un centre hospitalier doit contenir "le document attestant le consentement du bénéficiaire et l'obtention par ce dernier des informations appropriées". Il y a lieu dans les circonstances actuelles de voir si le consentement à l'admission d'un bénéficiaire qui remonte souvent à plus de 20 ans satisfait à cette norme.

Le souci à obtenir des consentements à la prise de certaines photographies est certes une marque du respect à la personne humaine dont le principe en saurait ici être remis en question. Il apparaît toutefois paradoxal de voir qu'en pratique on ne fasse pas plus de cas au consentement relié au traitement qu'à celui relié aux photographies.

J L'EXERCICE DES DROITS

Les parents d'un bénéficiaire sont d'ailleurs dans une situation délicate: à tort ou à raison ils peuvent craindre pour leur enfant hospitalisé à long terme dans cette institution. Ce sentiment même s'il n'était aucunement justifié ralentirait chez ces personnes la volonté de revendiquer certains droits dont l'exercice serait par ailleurs parfaitement naturel voire même dans certains cas indispensable pour tout autre citoyen.

D'autre part il faut tenir compte du fait que plusieurs personnes n'ont plus de contacts réguliers avec leur famille pour diverses raisons: parents décédés ou inconnus, éloignement géographique, parents trop âgés etc...

Les droits donnés à une personne sont de peu de valeur si on ne met pas à sa disposition les moyens de les exercer au besoin.

Les bénéficiaires de l'hôpital sont soit des mineurs soit

des personnes placées sous curatelle (privée ou publique). Les parents des bénéficiaires adultes qui assurent un suivi du cas de leur enfant ont peu de droits de regard sur le cheminement du devenir de leur enfant à moins d'en être les curateurs privés. Ce ne sera que s'ils obtiennent le consentement requis qu'ils pourront avoir accès au dossier de leur enfant. Nous avons antérieurement fait état de la difficulté que la commission elle-même a rencontré à obtenir des consentements du curateur public à consulter certains dossiers. Celui-ci a témoigné devant nous de son attitude à l'égard d'un parent qui veut consulter le dossier de son enfant: il refusera normalement l'accès à ce dossier:

"les parents veulent avoir accès au dossier médical de la personne qui est sous le curateur public, le curateur public de façon générale va leur dire: "Je regrette."

Q. Bon. Si on veut avoir accès au dossier médical, est-ce qu'il est possible pour un parent en demandant la curatelle publique. je demande, O.K.
 "Est-ce que je pourrais avoir un compte rendu de... de l'évolution de mon...mon enfant?" ou encore
 "Je voudrais savoir quel traitement on fait à mon enfant actuellement?" (inaudible)

R. Autre lacune. Autre lacune. A ce moment-là,

moi, ma réponse c'est la suivante: "Ecoutez, faites-vous nommer curateur, vous allez tout avoir."

(cf. M. Rémi Lussier, volume 70, pages 31 et 32).

Il apparaît donc primordial que les bénéficiaires de cette institution aient la protection additionnelle d'un tiers qui serait tout à fait indépendant de l'hôpital et dont l'unique responsabilité serait de voir au respect de leurs droits. Cet ombudsman devrait répondre de ses actions soit au protecteur du citoyen ou directement à l'Assemblée Nationale.

CHAPITRE 5

LE CURATEUR PUBLIC

A	MANDAT	110
B	ATTRIBUTION, POUVOIRS ET DEVOIRS D'UN CURATEUR D'OFFICE	111
C	L'ATTITUDE DU CURATEUR PUBLIC EN RAPPORT AVEC L'ISOLEMENT	114
D	LE CURATEUR PUBLIC ET LES PARENTS	119
E	ACCES AUX DOSSIERS PAR LES PARENTS	122
F	LA CONNAISSANCE QU'A LE CURATEUR DE SES ADMINISTRES ET DE LEURS ACTIVITES	123
G	DELEGATION DE SES POUVOIRS	126
H	PROTECTION DES BIENS	127
	CONCLUSION	128

A. MANDAT

Il doit être établi clairement ici que le sujet de l'enquête porte sur l'administration et le fonctionnement de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et non sur la curatelle publique. Il est nécessaire de souligner pourtant que le mandat a été particularisé le 27 novembre, de la façon suivante:

"ATTENDU qu'il est opportun que l'enquête soit faite

plus particulièrement sur la nature, la gestion et l'adéquation des services à la clientèle admise tant pour le secteur adultes que le secteur enfants en regard du type de clientèle et des ressources humaines et matérielles de l'établissement."

B. ATTRIBUTION, POUVOIRS, ET DEVOIRS D'UN CURATEUR D'OFFICE

Le chapitre 80 des statuts du Québec contient la Loi sur la curatelle publique. On y voit à l'article 6 que:

"Le curateur public est curateur d'office de tout malade mental qui n'est pas pourvu d'un tuteur ou d'un curateur et dont l'incapacité d'administrer ses biens est attestée par certificat du directeur des services professionnels ou de tout médecin autorisé par celui-ci où ce malade est traité.

Le directeur des services professionnels ou le médecin doit transmettre au curateur public un tel certificat sans délai après recommandation écrite et motivée d'un psychiatre qui a examiné le malade, ainsi que tout autre document ou renseignement déterminé par règlement."

Dès qu'un bénéficiaire atteint l'âge de la majorité à l'Hôpital

Rivière-des-Frairies, il est placé de façon presque systématique sous ce régime de protection. Le processus par lequel cette attribution s'effectue est le suivant: un psychiatre de l'Hôpital Rivière-des-Frairies détermine qu'un bénéficiaire n'est plus apte à gérer ses biens et complète un certificat d'incapacité qui sera contre-signé par le directeur des services professionnels et acheminé au curateur public (cf. exhibit E-87 D.S.F. 2-1). L'attribution d'un curateur se fait donc sans qu'il y ait d'audition judiciaire.

Dans la mesure où un patient n'est pas placé en cure fermée il ne bénéficie pas des droits prévus à la loi sur la protection du malade mental (chapitre F-41 des Lois du Québec). Suite à l'attribution d'un curateur, la loi ne prévoit pas de mécanisme de révision par un organisme quelconque contrairement aux dispositions de la Loi sur la protection du malade mental qui exigent de nouveaux examens après un certain temps (art. 23) ou qui permettent des révisions par la commission des affaires sociales à la demande des parents ou alliés d'une personne (art. 30).

Le curateur public est ainsi devenu le curateur d'un grand nombre de patients adultes en cure libre à l'Hôpital Rivière-des-Frairies.

L'article 7 de la Loi sur la curatelle stipule que:

"Le curateur public a sur la personne et les biens du malade, ou, si un curateur à la personne est nommé, seulement sur les biens, les pouvoirs et obligations d'un tuteur; toutefois, il n'a pas la garde de la personne."

Le curateur doit voir et s'assurer à ce que les droits fondamentaux de ses administrés soient respectés. Ces droits fondamentaux comprennent évidemment les droits de la personne humaine ainsi que ceux prévus à la Loi sur les services de santé et services sociaux.

Le bénéficiaire placé sous ce régime perd le pouvoir d'exercer personnellement et de façon autonome ses droits sur sa propre personne ainsi que sur la gestion de ses biens.

Une fois en fonction, le curateur public est celui qui a le droit et le devoir de consentir aux traitements appropriés et aux services qui seront rendus à ses administrés. Comme représentant des bénéficiaires il doit s'assurer que ceux-ci recevront les services nécessaires de l'institution où ils vivent, en l'occurrence, l'Hôpital Rivière-des-Prairies. On sait en effet, que le curateur public n'a pas la garde des bénéficiaires. La responsabilité du curateur est lourde, considérant particulièrement l'état de ses administrés qui sont souvent

incapables de se plaindre ou de revendiquer s'il y a lieu afin qu'on respecte leurs droits. Son rôle est donc essentiel et aura un impact considérable sur la vie des personnes dont il a la charge.

Le curateur public afin de pouvoir s'acquitter de ses obligations a un adjoint ainsi qu'une équipe d'employés. Ces gens l'aideront à bien remplir son mandat. Il est évident que, compte tenu du grand nombre d'administrés sous sa charge, le curateur, en tant qu'individu ne peut personnellement suivre chacun des dossiers de ses administrés. Compte tenu du nombre de bénéficiaires dont il est responsable et de leurs problèmes, est-il en mesure de remplir adéquatement cette tâche, à l'aide de son équipe?

C. L'ATTITUDE DU CURATEUR PUBLIC EN RAPPORT AVEC L'ISOLEMENT

Le curateur, malgré l'opinion du directeur des services professionnels de l'hôpital, qui a été entendu devant nous, maintient qu'à ses yeux l'isolement ne constitue qu'un moyen de protection. Cette conception du curateur public est rapportée ainsi:

"L'isolement, en autant que je suis concerné, ce n'est pas un traitement qui mérite un consentement éclairé. L'isolement c'est un moyen de protection."

(cf. volume 67, page 28).

Il dira également plus loin:

"L'isolement, en tant que le curateur public est concerné, ce n'est pas un traitement qui demande un consentement.

Q. Mais c'est quoi?

R. C'est une protection, une mesure de protection à l'intérieur et, à ce moment-là, le curateur public ne peut pas intervenir, personne, ni le curateur privé, ne les parents, ne peut intervenir pour donner des consentements pour un isolement. Monsieur, un isolement c'est tout de suite, faut que ça marche, c'est une... c'est presque une urgence. Il faut qu'il le prenne puis qu'il le mette là, courir après le consentement c'est impensable. Ce n'est pas de rigueur à part ce ça."

(cf. volume 67, page 36).

L'hôpital utilise l'isolement, comme ce fut abondamment démontré, à des fins autres que la simple protection. Le curateur public,

qui a accès aux dossiers médicaux de ses administrés, aurait dû le savoir et agir en conséquence.

Il est intéressant de voir cette thèse du curateur public, voulant que l'isolement soit un moyen de protection vis-à-vis la réalité à l'hôpital quand on regarde le dossier d'un patient X. A la suite d'un plan de soins ce bénéficiaire a été isolé à maintes reprises durant l'été 1985, comme nous l'avons vu antérieurement pour diverses raisons (vol de cigarettes, vol de thé, refus d'obéir à un ordre, etc...). Il s'agissait dans le cas de ce bénéficiaire, selon l'hôpital, non pas d'une mesure de protection mais d'isolement prescrit à des fins dites thérapeutiques. Malgré cela, le curateur public maintient sa position voulant que l'isolement constitue un moyen de protection.

Le curateur soutiendra même devant nous que le fait d'être attaché assis sur une chaise avec une cagoule sur la tête constitue également un moyen de protection (cf. volume 67, page 28). Le curateur nous a dit qu'il était au courant que l'Hôpital Rivière-des-Frairies pouvait utiliser comme technique des cagoules ou des contentions sur une chaise. Il fut questionné sur l'utilisation de ces méthodes. On retrouve ainsi au volume 69 divers passages sur ce sujet. A la page 51 de ce volume le curateur commente l'usage de contentions sur une chaise et de cagoules. Il nous dit savoir que cette technique est appliquée.

A la page 53 du meme volume : j'ajoutera qu'il ne s'agit pas là d'un traitement mais d'un moyen de protection. Enfin le curateur fut questionné afin de déterminer si ce moyen était utilisé à l'égard de ses propres administrés. Voici sa réponse:

"Que ce soit administré aux administrés du curateur public ou à d'autres, est-ce que ça... c'est tellement important? Je vous dis que je sais que c'est appliqué."

(cf. volume 69, pages 53-54)

Il nous semble que le curateur public doit avoir le souci de savoir si ses administrés sont traités de cette façon et si oui pourquoi et à quelles fins.

En référant aux cagoules, le curateur public s'exprime ainsi:

"Depuis dix-sept ans, monsieur, je suis curateur public, j'ai toujours entendu parlé qu'il y avait des con...des isolements, puis il y avait des contentions, puis il y avait différents moyens.

Q. Ben...cagoule également?

R. Qu'est-ce qu'il y a de si pire...qu'est-ce qu'il y

A de si terrible...pourquoi vous insistez sur la
cagoule(...)

Q. Non mais c'est une question. Me Lussier, oui ou
non, c'est bien simple?

R. Ça fait partie des moyens de protection."

(cf. volume 29, page 54)

Le curateur public nous a réitéré que, malgré l'opinion du
docteur Galiana (D.S.F.) selon lequel l'isolement peut être un
traitement, d'après lui, et ce après avoir consulté d'autres
personnes, il s'est fait une opinion fort différente sur la
justification de cette technique. Pour lui, il s'agit là d'une
façon de se protéger et non pas d'un traitement.

" Q. Très bien. Maintenant, est-ce que vous avez...est-
ce que vous connaissez la position de ... qui a été
exprimée devant cette commission, là, quant à
l'isolement, la position exprimée plus particulièrement
par exemple entre autres par le D.S.F., le docteur
Galiana, sur cette même question, c'est-à-dire
l'isolement, à savoir qu'il s'agissait d'un traitement.
Est-ce que vous avez été informé de cette position-là?

R. Non Monsieur.

Q. Vous avez pas été informé?

R. Ecoutez, la position que j'ai, là, que le docteur Galiana dise c'est un traitement, que d'autres disent... moi, mon opinion là-dessus est faite depuis quelques temps puis là, le docteur Galiana pour qui j'ai beaucoup de respect, je le considère comme un excellent psychiatre, aucun doute là-dessus, à son opinion, pour lui, c'est un traitement. Tant mieux pour lui. Sauf que moi, dans mon idée à moi et puis j'essaie de ... en regardant les experts un côté et de l'autre, de ... de trancher une opinion..."

(cf. volume 70, page 35).

L'opinion du docteur Galiana aurait dû normalement être très importante pour le curateur public considérant son rôle de D.S.P. et la délégation de pouvoirs qu'il lui a faite.

D LE CURATEUR PUBLIC ET LES PARENTS

A l'occasion de l'enquête de nombreux témoignages de parents, impliqués dans la vie quotidienne de leur enfant, ont été entendus. Certains d'entre eux, qu'ils soient ou non curateur à

la personne de leur enfant, nous ont expliqué la nécessité qu'ils ont ressentie dans certaines occasions d'aller discuter avec des intervenants ou des psychiatres ou même avec la direction afin d'obtenir des éclaircissements, de demander des explications ou des modifications aux traitements et aux services reçus par leur enfant.

A titre d'exemple, le président actuel de l'Association des parents nous a expliqué qu'après avoir constaté certains besoins dans l'unité où était son enfant, il a éprouvé la nécessité d'aller demander du personnel supplémentaire pour cette unité. Cette demande a été dûment considérée et l'administration de l'hôpital y a donné suite en ajoutant un employé supplémentaire.

"Non. Ce que je veux dire, c'est que vous vous êtes rendu compte que dans le cas de votre enfant il y avait nécessité d'ajouter un membre du personnel et ça, vous vous en êtes rendu compte vers la fin de quatre-vingt-quatre ('84).

R. Oui, d'accord.

Q. La suite logique à ça, vous avez fait une demande qui a été accordée.

R. Oui."

On voit donc qu'au besoin ces parents pourront même revendiquer que certaines corrections ou améliorations soient apportées.

Nous avons antérieurement mentionné que tous les bénéficiaires de l'hôpital n'avaient malheureusement pas la chance d'avoir des parents fortement impliqués. Pour ces derniers, qui ne font pas l'objet d'un suivi régulier de la part de leur famille, voyons maintenant si le curateur protège adéquatement leurs intérêts. A défaut d'un suivi approprié de sa part, nous risquerions de nous retrouver dans une situation où il y aurait deux classes de bénéficiaires à l'Hôpital Rivière-des-Prairies. La première classe serait constituée de personnes (placées sous curatelle privée ou sous curatelle publique) dont les parents assurent un suivi en regard des services et traitements dispensés à leur enfant et la seconde comprendrait les bénéficiaires qui n'ont pas cette même attention de leur famille.

Il nous apparaît primordial d'éviter le risque qu'un deuxième groupe de bénéficiaires reçoive dans le même hôpital des traitements et des services d'une qualité moindre, dû au fait d'une moins bonne implication de la part de leur parents. Il incombe au curateur de voir à ce que tous et chacun de ses bénéficiaires, qu'ils aient ou non des parents attentifs à leur cas, aient un suivi approprié. Au besoin, le curateur devrait exercer en leur nom des demandes ou des revendications comme le

terait un bon père de famille.

Nous verrons ailleurs quel est le niveau de connaissance et quelle est l'attitude du curateur public quant à ce qui se passe à l'hôpital, afin de déterminer s'il existe ou non à l'Hôpital Rivière-des-Frères ces classes de bénéficiaires (tout en nous rappelant à nouveau que cette démarche s'inscrit dans l'accomplissement de notre mandat et plus particulièrement dans la recherche que nous devons effectuer afin de voir quelle est la nature et l'adéquation des soins et des services reçus par la clientèle de l'hôpital).

Il est évident que pour que le curateur soit capable le cas échéant de revendiquer pour ses administrés, il doit savoir quels sont les services et les traitements reçus par ceux-ci.

E ACCES AU DOSSIER PAR LES PARENTS

Le curateur public nous a expliqué son attitude lorsque des parents veulent voir les dossiers de leur enfant. Dans ce genre de cas sa réponse est à l'effet qu'ils n'ont qu'à se faire nommer curateur à l'égard de cette personne. (cf. Me Rémi Lussier, volume 70, pages 31-32). Chaque cas ne mérite-t-il pas une étude individuelle? Poser la question c'est y répondre. Il y a lieu de se demander lorsqu'un bénéficiaire atteint l'âge de 18 ans et qu'il devient un administré du curateur public, pourquoi ce

dernier adopterait comme position que, même si les parents étaient très impliqués dans le dossier de leur enfant avant sa nomination, ils ne peuvent plus voir le dossier de cette personne dès qu'il devient sous le régime de la Curatelle publique. Il nous semble qu'une telle attitude empêche souvent le curateur de recevoir une aide dans l'accomplissement de son travail et ce à l'encontre de l'intérêt de ses administrés. En effet, les parents impliqués fréquentent régulièrement l'hôpital et seraient en mesure d'indiquer au curateur quel est l'état et la qualité des services reçus pour cet administré.

Ainsi, nous avons eu l'occasion d'entendre le témoignage du président de l'association des parents qui a été rapporté au volume 23 à la page 99 et suivantes au sujet de l'isolement. Cet homme nous a expliqué que si jamais l'isolement était prescrit pour son enfant il irait en discuter avec la direction de l'hôpital. Ce même témoin nous a également expliqué qu'il avait réussi à obtenir un employé supplémentaire dans le groupe de son enfant. (cf. volume 23(a) page 63) Un autre parent nous a expliqué que lorsqu'il y avait des problèmes dans le cas de son enfant il allait voir le médecin en charge qui collaborait alors avec lui. (cf. volume 24(a) page 25)

F LA CONNAISSANCE QU'A LE CURATEUR DE SES ADMINISTRÉS ET DE LEURS ACTIVITÉS

Voyons maintenant quel est le niveau de connaissance du curateur public au sujet des différents handicaps mentaux qui affectent ses administrés et si, dans son esprit, il existe une différence entre la déficience mentale et la maladie mentale. Examinons comment il perçoit ses administrés. Son témoignage tel que transcrit aux pages 87 et 88 du volume 62 illustre cette perception.

Il faut comprendre que le curateur se doit de considérer chacun de ses administrés de façon distincte et individuelle. Nous savons que les personnes placées sous le régime de la curatelle privée ou publique ont un degré d'autonomie fort variable comme le révèle d'ailleurs l'analyse effectuée avec la grille de New-York. Le curateur public doit agir comme un curateur privé à l'égard de chacun de ses bénéficiaires. Il est un curateur professionnel. Il ne doit pas considérer son devoir uniquement de façon globale. Il doit plutôt agir à l'égard de tous et chacun de ses administrés avec l'aide de ses employés de façon personnalisée et individuelle.

Rapportons maintenant quelques passages de son témoignage:

"Mais moi, j'ai appris qu'avec les malades mentaux entre autres, quand que quelqu'un, on le rentre à l'hôpital, on veut toujours le mettre évidemment dans une chambre privée pour qu'il soit bien. Savez-vous

que notre administré va s'ennuyer à la mort, il est bien mieux dans une salle commune. Mais c'est pas notre standard. On peut pas accepter ça. (cf. volume 70, page 86)

Quant à la question de savoir si le curateur est informé sur les heures d'isolement imposées à ses administrés, ce dernier nous dit qu'il n'est pas au courant de statistiques à cet égard:

"Q. ... recevez-vous des statistiques de l'Hôpital Rivière-des-Frairies indiquant le nombre de fois et la durée des isolements de vos administrés à cet établissement?

R. De mes administrés, non. D'ailleurs, je ne suis pas au courant d'aucune statistique, quant à ... aux heures d'isolement." (cf. volume 68, page 14)

Il est en preuve qu'au moins deux des administrés du curateur public n'ont pas eu de discussion de cas depuis quatre ans en ce qui concerne un d'entre eux et depuis un an pour le second. Les témoignages rendus par différents représentants de l'hôpital nous ont d'ailleurs montré que les employés ont un grand écart de perception quant à la nature et à la fréquence de ces discussions de cas. Le docteur Galiana a mentionné qu'une politique de l'hôpital obligeait à des discussions de cas à tous les trois ou

six mois. Quoi qu'il en soit, un délai de quatre ans est de nature à soulever de multiples interrogations sur le suivi donné à l'égard de certains bénéficiaires. Nous ne savons pas au moment d'écrire le présent rapport et nous avons été incapables de connaître la ou les raisons pour lesquelles il n'y a pas eu de discussion de cas dans ces dossiers car le curateur public nous a refusé la permission de regarder des dossiers médicaux afin d'effectuer des recherches plus poussées.

Jusqu'à quel point les bénéficiaires reçoivent-ils les services requis par leur état considérant les longs délais durant lesquels il n'ont pas eu de discussion de cas.

D'après Me Lussier à la page 100 du volume 69 tous les dossiers doivent être rediscutés d'une façon périodique. Pour lui, il était bien évident que les dossiers de tous les patients étaient révisés régulièrement. On peut se poser la question suivante, comment se fait-il que deux de ses administrés n'ont pas eu de discussion de cas, le premier pendant une année et le second pendant quatre ans? Quel contrôle exerce-t-il pour s'assurer que des oublis de ce genre ne se reproduisent pas?

G DELEGATION DE SES POUVOIRS

Examinons maintenant comment le curateur délègue ses

responsabilités.

Son attitude est ainsi décrite:

"Il faut quand meme que je me fie à du monde, et comme je disais ce matin, si les personnes, le directeur général qui est nommé, le directeur des services professionnels, le directeur des services infirmiers puis celui-ci, là, si ils sont là c'est qu'ils sont compétents et font bien leur travail. Alors j'ai confiance en eux et c'est la fonction et c'est la manière que je travaille avec les hôpitaux." (cf. volume 68, page 58)

H PROTECTION DES BIENS

La politique concernant la curatelle est contenue dans l'exhibé E-8. On y stipule entre autre:

"L'autorisation du Curateur public devra par la suite être obtenue pour dépenser les argents du patient. Cependant pour des dépenses inférieures à 100.\$ par mois, le Curateur nous autorise à procéder sans obtenir à chaque fois son autorisation. Toutes les demandes exigeant ou non l'approbation du Curateur doivent être acheminées au service des finances. (cf. SF-5-008.

avances de fonds)"

(cf. exhibit E-8)

Il nous semble que les contrôles sont adéquats concernant la gestion des biens. En est-il de même pour la protection des droits fondamentaux de ses administrés.

CONCLUSION:

Nous faisons nôtre l'extrait du mémoire du syndicat des travailleurs et travailleuses de l'hôpital Rivière-des-Frairies CSN à la page 8 "Le rôle du curateur public ne nous laisse pas indifférent: trop loin et peu informé sur ses administrés et qui délègue très facilement à l'hôpital ses responsabilités." Cette opinion ressemble beaucoup à celle du syndicat Canadien de la fonction publique à la page 60 de leur mémoire "L'ignorance et/ou la tolérance du curateur nous inquiètent."

Nous adoptons également comme nôtres les passages suivants du mémoire de Me Alcindor:

"Incapable d'exercer ce droit (de consentir aux traitements de ses administrés) dans ses exigences quotidiennes, il délègue dans les faits aux

professionnels de l'établissement, créant des conflits potentiels, d'intérêt, parce qu'il a choisi de leur faire confiance. "

"Quant à l'exercice effectif des autres droits fondamentaux, il s'en remet pour cela aux plaintes qui lui parviennent des parents. (volume 70 page 90) afin d'intervenir, attendant que viennent à lui d'éventuelles récriminations que sa structure administrative ne semble pas prête à aller chercher. Le constat est clair. Le curateur public ne peut actuellement assurer la protection efficace des droits de ses administrés au milieu hospitalier."

(cf. mémoire de la Commission des droits de la personne, pages 28-29).

Il est évident que compte tenu du nombre d'administrés que le curateur public représente, qu'il est impossible qu'il leur accorde la protection des droits fondamentaux (incluant une assurance qu'ils reçoivent les services nécessaires).

CHAPITRE 6

AMENAGEMENT PHYSIQUE:

A LES AVEUGLES 130

B LE GYMNASE 134

L'hôpital doit prendre les mesures raisonnables afin d'assurer la sécurité des bénéficiaires. L'hôpital doit également fournir un confort raisonnable aux personnes qui ont vécu en moyenne vingt ans de leur vie à l'hôpital. Rappelons nous que toutes ces personnes sont atteintes soit d'handicaps physiques et/ou d'handicaps mentaux.

A LES AVEUGLES

Les aveugles sont au quatrième étage. Monsieur Beaudoin nous dit

"...ils auraient été mieux au premier plancher comme toutes les chaises roulantes aussi. Mais c'est pas facile dans un système comme le nôtre, parler de réorganisation et descendre tout ça au sous-sol quand ... au premier plancher, quand déjà il existe des (inaudible). Il faut penser que si on descend au premier étage, il faut qu'il y en ait qui marchent."
(volume 3(a) page 128)

Monsieur Beaudoin nous dit aussi:

"Nos recommandations ont toujours été dans le sens de concentrer les grands handicapés au premier plancher. A partir de là, c'est bien clair qu'il reste aux cliniciens à savoir si: ... pour des raisons d'ordre de fonctionnement, d'organisation, il est préférable des placer ailleurs." (volume 3(a) page 130)

Il avait indiqué précédemment que "ces patients là ont des habilités naturelles de se déplacer là avec des équipements, soit une canne ou autre chose." (cf. volume 3 A, page 128).

L'attitude de la directrice des soins infirmiers, Ghislaine St-Cyr Perrot, est pour le moins discutable au sujet du sort des aveugles, ainsi qu'en fait foi l'extrait suivant:

"Q. Quel étage?

R. Quatrième étage.

Q. Dans tous les changements que vous avez déjà faits, est-ce qu'il y a une raison pourquoi les aveugles ne sont pas au premier ou au deuxième au lieu du quatrième?

R. Non.

Q. Ce serait pas souhaitable que les personnes aveugles soient sur le premier étage ou au deuxième étage au lieu d'au quatrième étage?"

R. Bien, souhaitable, je veux dire, essentiellement, le programme qui touche les aveugles, celui, entre autres, là, du déplacement, de l'apprentissage au déplacement de ces patients-là. Ce qui veut dire que si ces patients-là, dont certains sont prêts à aller vivre en communauté, ils vont pas nécessairement dans un premier étage à n'importe lequel établissement ou n'importe lequel appartement. Alors c'est peut-être une difficulté supplémentaire mais ces patients-là ont vraiment appris à se déplacer partout dans l'hôpital à l'aide de certaines méthodes et c'a pas été une contrainte de soit prendre les ascenseurs ou les escaliers.

Q. A moins que je ne comprenne pas du tout, si il y en a certains qui sont prêts à partir, eux autres peuvent utiliser tous les quatre (4) étages pour apprendre, mais pour eux autres qui sont loin d'être prêts de partir, ça serait pas souhaitable pour eux autres d'être sur le premier étage pour éviter l'obligation de monter quatre (4) étages?

R. Pas néces...bien c'est ça que je vous dis, pas nécessairement.

Q. Et en cas d'urgence.

R. En cas d'urgence il y a des ... des plans de prévus pour évacuer l'ensemble des patients, tant handicapés qu'aveugles.

Q. Est-ce qu'il y a un avantage pour mettre les aveugles au quatrième étage?

R. Bien, je vous dis, il n'y a pas de désavantages à mon point de vue.

Q. Ah bon. Parfait. Si c'est votre point de vue, je peux rien dire. Je vois pas d'autres questions. Si, pour vous, il n'y a aucun désavantages de mettre les aveugles au quatrième étage au lieu du premier étage, j'accepte votre réponse.

R. Hum."

F GYMNASE

Une ancienne chapelle a été convertie en gymnase. Le plancher de cette salle est fait de terrazo. Il y a une dénivellation de ce plancher de dix pouces entre les deux extrémités de la pièce (volume 2 page 44, volume 8 (p.m.) page 65, volume 3 page 133). Il serait cependant difficile de le mettre à niveau à cause du système de chauffage (volume 3 pages 133 à 137).

Toutefois on peut se demander à juste titre si la sécurité des patients de cette institution est adéquatement protégée à cet endroit.

Il existe des rampes d'accès pour les nombreux patients en chaise roulante mais aucune de ces rampes n'est à l'abri des intempéries. La rampe d'accès devant l'établissement était faite de bois jusqu'à il y a deux ans. Pendant la construction de la nouvelle rampe d'accès, une suggestion avait été faite de la couvrir. Cette demande n'a pas été acceptée et la rampe est toujours sans abri. (volume 3 page 142)

Les portes verrouillées, ne s'ouvrant sans clef que dans un sens, constituent un obstacle à toutes les sorties en cas d'urgence et une entrave à la liberté des gens embarrés dans divers locaux.

Plusieurs témoins ont parlé de problèmes de lits trop petits pour les patients. Un témoin en particulier a fait état que le lit pour son enfant était trop petit mais que depuis l'enquête la situation s'est améliorée. (cf. volume 22, pages 64, 65 et 82) Une autre déclare que son enfant occupait un lit trop petit et qu'il avait demandé un changement de lit depuis deux ans. (cf. volume 20(a) pages 52-3).

CHAPITRE
OMBUDSMAN

Dans le rapport d'étape, nous avons recommandé la création d'un poste d'ombudsman le plus tôt possible. Cette personne doit être totalement indépendante du milieu. Le titulaire de cette fonction serait disponible aux patients, aux parents et aux employés. La question d'un ombudsman a été examinée durant l'enquête.

A cet égard, voici un extrait du témoignage rendu par Monsieur Serge Morin, président du Syndicat Canadien de la fonction Publique, local 313:

"Q. Est-ce qu'il existe à l'hôpital un poste par exemple d'ombudsman qui ne relève pas de la direction, une personne indépendant qui est chargée là de voir à...l'humanisation et au respect des... bénéficiaires?

R. Nous, on connaît pas euh... rien qui ressemblé à un ombudsman pour la clientèle à l'hôpital.

(...)

...où les bénéficiaires peuvent et où on peut, nous, en tout cas, porter des plaintes auprès de...d'un ombudsman. En tout cas, on en connaît pas à l'exception du Curateur." (cf. volume 9, pages 53-54)

Monsieur Mignot, un des coordonnateurs, verrait des avantages à avoir un ombudsman à Rivière-des-Frairies:

"Q. Maintenant, Monsieur Mignot, est-ce que vous pouvez nous dire si il existe à l'hôpital un poste d'ombudsman, de représentant des bénéficiaires?

R. A ma connaissance, non.

(...)

Q. Me Lemoine vous a demandé s'il y avait un ombudsman à l'hôpital. D'après vous, est-ce qu'il serait nécessaire d'en avoir un?

R. D'après moi, dans tous les milieux et Rivière-des-Frairies y compris, je pense qu'une personne indépendante à un milieu, qui, soit des parents, qui, soit des administrateurs, qui, soit des personnes syndiquées, je pense qu'on aurait avantage à avoir une personne indépendante qui puisse objectivement évaluer les situations de crise qui pourraient être présentées soit par les parents, par l'employeur ou par une employée ou par un client ou par... je pense qu'il y aurait un avantage, oui." (cf. volume 15(a), pages 79 et 103)

Q. ...dans une institution psychiatrique?

R. Beaucoup, beaucoup. Ça prend quelqu'un pour défendre les droits euh... des clients qui vivent à l'intérieur d'une institution. (cf. volume 9, page 151)

De la même façon, le Docteur Terrence Trudeau, psychiatre à la section pédopsychiatrie de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, pense qu'il serait bon d'avoir un ombudsman ou une structure capable de canaliser d'éventuelles plaintes.

" Q. Euh... docteur, savez-vous si il existe un Ombudsman à l'hôpital?

R. Non...

(...)

Q. D'accord. Pensez-vous que ce serait une bonne chose qu'il existe un Ombudsman ou une structure capable de canaliser d'éventuelles plaintes?

(...)

FAR ME ALCINDOR

Q. Docteur, est-ce que vous pensez, dans l'hypothèse

où il n'en (un Ombudsman ou une structure capable de canaliser d'éventuelles plaintes) existe réellement pas, est-ce que vous pensez que ce serait une bonne idée qu'il en existe une structure?

R. Oui, je pense que ce serait une très bonne idée."
(cf. volume 17(a.m.), pages 94 et 96)

Plusieurs bénéficiaires n'ont plus de contacts réguliers avec leur famille pour diverses raisons: parents décédés ou inconnus, éloignement géographique, parents trop âgés etc...

Il apparaît donc primordial que les bénéficiaires de cette institution aient la protection additionnelle d'un tiers qui serait tout à fait indépendant de l'hôpital et dont l'unique responsabilité consisterait à voir au respect de leurs droits. Cet ombudsman devrait n'avoir à rendre compte que devant l'Assemblée Nationale.

CHAPITRE 8: RESPECT DE LA DIGNITE:

A	LES DOUCHES ET LES BAINS	141
B	LES TOILETTES	144
C	AU SUJET DE LA DEPERSONNALISATION	145
D	LES UNITES DE VIE	145
E	UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE	145
F	SALLE D'ISOLEMENT	146
G	ALIMENTATION	146
H	LES SIESTES	146
	CONCLUSION	148

Il existe de nombreuses situations où le respect de la dignité humaine est sérieusement compromis à Rivière-des-prairies.

Souvent, à cause de l'insensibilité, " l'anormal devient le normal".

A LES DOUCHES ET LES BAINS:

Le témoin Gilles Mathieu nous décrit la méthode employée pour les douches et les bains:

"Q. Juste un dernier élément, Monsieur Mathieu, vous avez référé, tant cet avant-midi que cet après-midi, là, une expression que vous avez appelé "car wash",

qu'est-ce que vous voulez dire par ça"

R. Ah, c'est une expression que vous pourriez retrouver dans l'hôpital. Je pense, dans la bouche d'autant d'intervenants. Euh... ça m'a toujours fatigué, ça me fatigue encore parce que je trouve ça dégradant et, effectivement, dans plusieurs groupes, il n'y a aucune méthode que celle du "car wash", de la même façon que quand on rentre notre auto à un bout jusqu'à l'autre, il faut que ça sorte, c'est très productif, parce que tu rentres, les rouleaux passent dessus, ça rince, ça sèche au boutte puis vlang' Ça c'est le "car wash", et dans plusieurs groupes il n'y aurait que des bains dans une journée si on n'utilisait pas la méthode du "car wash", c'est-à-dire un qui s'occupe des bains, l'autre qui ramasse à la sortie, alors ça, ça... ça implique une chose. Je veux dire, tout le monde tout nu, ensuite le... si t'as de la place pour en mettre plus que un (1) ou deux (2) dans la douche, tu y vas, si c'est des bains t'en mets trois (3), il y en a un qui lave, l'autre rince, puis l'autre le prend, sinon... et il y a personne qui est d'accord avec ce... cette situation-là. Tout le monde sait que ça se fait puis... c'est une expression, effectivement, qui dit tout ce que ça dit, sauf qu'on peut pas agir autrement quand on a des groupes qui sont trop nombreux

et quand on a des installations qui ne sont pas adéquates. (...) En tout cas, on est coincé un peu et physiquement et, euh, c'est la seule méthode pour avoir un contrôle sur les patients parce qu'on peut pas en laisser dans la salle là, il y a d'autres tâches à faire en même temps et dans... je... plusieurs groupes c'est comme ça, plusieurs groupes.

Q. Est-ce qu'il y a une salle de bains, de... de douches distincte, là, pour les hommes puis pour les femmes?

R. Non. Mais ça ça m'a jamais dérangé. Mon opinion c'est que ça pose pas de problème.

Q. Vous dites que dans certains groupes ou dans plusieurs groupes, là, il y a des patients qui sont laissés nus en attendant là de...

R. Oui.

Q. ... de passer aux douches?

R. Oui, effectivement.

Q. Et à ce moment-là, est-ce qu'on fait passer tous les

patients du meme sexe en... ensemble puis qu'on retarde les autres patients ou quoi?"

R. Je dirais que ça... ça dépend vraiment vraiment de la constitution du groupe et de la philosophie de la... et l'approche des... des individus qui y travaillent d'autre part." (cf. volume 52, pages 16 à 18)

B LES TOILETTES:

A l'hôpital Rivière-des-Prairies, il y a des toilettes pour les employés et des toilettes pour les bénéficiaires. Les toilettes des employés sont généralement fermées à clef. Les toilettes des bénéficiaires manquent généralement de papier hygiénique. (cf. témoin Leriche, volume 6, page 35) L'explication de cette lacune nous est donnée par Monsieur Beaudoin. Il nous dit qu'il y a un problème d'entretien parce qu'il y a un risque de bloquer les toilettes (cf. volume 3, page 112). Il nous dit également que les toilettes des employés sont généralement mieux entretenues. (cf. volume 3, page 114)

Monsieur Morin nous dit que durant les fins de semaine, il y a peu d'entretien. Il confirme que les toilettes du personnel sont verrouillées. (cf. volume 5, page 93)

C AU SUJET DE LA DEPERSONALISATION:

Les sous-vêtements et les bas ne sont pas individualisés. (cf. volume 3, page 120) Les sous-vêtements sont séparés en trois tailles: petits, moyens, grands, et le moniteur pige dans une boîte afin de prendre la taille qui convient au bénéficiaire. (cf. volume 3, page 124)

D LES UNITES DE VIES:

Mademoiselle Mongeau, travailleuse sociale, nous a dit que dans une section les unités de vie sont situées entre le secrétariat et les bureaux des professionnels. Les professionnels doivent traverser les unités de vie des bénéficiaires (i.e. leur milieu de vie) pour aller au secrétariat. L'intimité des enfants est donc atteinte. (cf. volume 23, page 23)

E UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE:

Madame Brigitte Asselin a témoigné au sujet d'un projet d'apprentissage dans lequel il s'agissait d'apprendre à des patients spasmodiques, à boire au verre. Malheureusement, le projet n'a pas porté fruit étant donné que les seuls verres mis à la disposition du personnel pour cette fin étaient des verres en styrofoam qui étaient écrasés par ces patients qui manquent de contrôle musculaire. Le problème n'est d'ailleurs pas réglé.

(cf. volume 5, pages 47,69-72)

F SALLE D'ISOLEMENT:

Dans les salles d'isolement, (dont nous avons déjà discuté) des patients en état de crise ou autres sont exposés à la vue de n'importe quel visiteur, puisqu'il y a une fenetre donnant sur le couloir et aucun rideau n'y est placé.

G ALIMENTATION:

Les patients qui ne peuvent manger seuls doivent etre alimentés trop rapidement parce que les intervenants ne sont pas en mesure de leur consacrer le temps nécessaire. (cf. volume 11,page 19)

H LES SIESTES:

Règle générale: les bénéficiaires adultes qui ne travaillent pas aux ateliers font une sieste d'une heure. (Morin, volume B AM,page 124)

Pour ceux qui fréquentent les ateliers, il y a une sieste de vingt minutes, ou pas de sieste du tout. (cf.volume 8 (a.m.) page 124)

Un patient a déjà été isolé parce qu'il avait refusé de faire la

sieste. La justification de cet isolement était le plan de traitement (cf. volume 4 AM, page 91).

Une des raisons de l'imposition de siestes est le répit qu'elles représentent pour le personnel. (cf. volume 24 (a.m.) page 85).

N'est-il pas paradoxal que l'imposition et la durée des siestes soient fonction de la fréquentation des ateliers. Ainsi, ceux qui fréquentent les ateliers ont des siestes plus courtes ou pas de sieste et la règle générale est à l'effet que ceux qui ne fréquentent pas les ateliers ont une sieste d'une heure.

Un témoin déclare:

"...alors euh, ça faisait que le temps de dîner des intervenants, pendant une période de leur temps de dîner, les enfants étaient couchés, donc c'était plus facile, on avait moins à s'occuper d'eux directement, il y avait pas d'agitation, il y avait pas de fugue à prévoir, il y avait pas de, de toutes ces choses-là, les enfants étaient dans leur lit, alors c'était, c'était très difficile, les enfants faisaient des siestes finalement pour rien, pour rester assis sur le bord de leur lit puis attendre qu'on leur donne le O.K. pour sortir." (Leriche, volume 6, page 27).

CONCLUSION:

Pour conclure cette section, nous endossons les paroles de Me Alcincor qu'on retrouve à la page 20 du mémoire de la Commission des droits de la personne du Québec:

"Nous réitérons notre refus d'interpréter que des standards de dignité puissent être érigés de façon parallèle aux normes sociales pour les bénéficiaires institutionnalisés sous prétexte qu'ils n'ont pas le même schéma de valeurs et les mêmes standards sociaux. Tant que la Charte des droits et libertés de la personne, à son préambule et ses articles 4 et 10 guidera clairement notre conviction, nous maintiendrons que le droit à la dignité demeure absolu, applicable à tous, peu importe le handicap dont certains peuvent être affectés."

CHAPITRE 9

TRAITEMENTS AVERSIFS:

A DEFINITION 149

1- GOUVERNEMENTAL

2- DU CENTRE HOSPITALIER RIVIERE-DES-PRAIRIES

B EXISTENCE DE METHODES AVERSIVES 152

1- IL N'Y EN A PAS

2- IL Y EN A PEUT-ETRE

3- IL Y EN A

C EXISTENCE D'UN CONTROLE 160

1- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

2- POLITIQUES ET PROCEDURES

CONCLUSION 165

A DEFINITION:

1- gouvernementale:

"Essentiellement la thérapie aversive essaie d'associer un mode de comportement indésirable avec un stimulus désagréable ou de faire du stimulus désagréable une conséquence du comportement indésirable. Dans l'un ou l'autre des cas, on espère qu'une relation va se développer entre le comportement et le désagrément. On espère de plus que le développement de cette relation

sera alors suivi par la disparition du comportement visé."

(cf. "Les conditions qui doivent régir l'utilisation des thérapies du comportement de type "AVERSIF", brochure publiée par le Ministère des Affaires Sociales, exhibit E-58).

2- du Centre Hospitalier Rivière-des-Prairies:

Le docteur Galiana, directeur des services professionnels, se dit d'accord avec la définition gouvernementale.

Michel Roberge, psychologue (behavioriste), nous donne la définition suivante:

"Je vous demandais quel type de ... est-ce que, peut-être question de sémantique, là, mais le terme "thérapie aversive"...R. Tout au moins d'après ce que j'en comprends c'est l'utilisation de la punition à des fins thérapeutiques."

(cf. volume 25, page 61).

Le docteur Achille Nérée, psychiatre du secteur adultes, nous dit ceci:

"(...) on donne une punition ... on applique une punition pour éteindre ... pour faire disparaître les mauvais comportements ..."

(cf. volume 61, page 57).

François Dumesnil, psychologue, définit ainsi les mesures aversives:

"...une mesure aversive, une mesure désagréable qui est destinée à éliminer un comportement indésirable, c'est une mesure qui est utilisée pour dissuader quelqu'un d'utiliser un comportement."

(cf. volume 65, page 35).

Le Dr. André Blanchet (ex-chef psychiatrie adulte) nous explique la thérapie aversive:

"...c'est l'utilisation de tout ren... renforçateur désagréable qui donne un effet désagréable. C'est comme ça qu'on ... qu'on pourrait ... que moi ... je définis un peu de façon simpliste, là, puis je m'excuse auprès des behavioristes, (...) l'utilisation de thérapie aversive."

(cf. volume 55, page 86).

Le docteur Galiana, commente ainsi cette technique:

"Le traitement aversif qui avait été dans le passé très utilisé un peu partout ailleurs, pas ... pas chez nous particulièrement mais ... de plus en plus ... tombe à cause de toute la question des droits de la personne et caetera parce que c'est un système qui est punitif quand on voit ça de l'extérieur."

(cf. volume 2, page 190).

Il semble donc y avoir un certain consensus sur la définition des méthodes aversives: éliminer ou réduire un comportement indésirable, par un stimulus désagréable.

B EXISTENCE DE METHODES AVERSIVES:

Plusieurs témoins ont fait valoir des idées fort différentes sur l'existence ou non de ce type d'intervention à l'hôpital.

1- IL N'Y EN A PAS.

Le docteur Galiana dit à cet égard:

"Bon. Alors à votre connaissance est-ce que dans l'hôpital, disons au cours des trois (3) dernières années, on a eu recours à des formes d'intervention thérapeutiques axées sur cette approche-là?"

R. Pas à ma connaissance."

(cf. volume 44, page 75).

Il ajoute également ceci:

"...la seule partie aversive quelqu'un peut être puni pour ... puis c'est ce qui arrive. le maximum c'est aller à la cellule...Mais c'est parce que pour moi même la cellule c'est pas vraiment un traitement aversif c'est dans le sens punitif: je sais que certaines personnes peuvent l'utiliser comme punition, ça peut être aversif, entre guillemets, mais c'est pas vraiment une technique aversive comme telle. c'est pas une technique, c'est une conséquence de ..."

(cf. volume 41, pages 62-63).

Le même témoin mentionne enfin:

"...technique, vous voyez. il a cinq (5) phases dans ce

traitement-là dont la plupart c'est le renforcement positif, puis il y a une première partie qui est punitive, qui est aversive, mais c'est pas un plan de traitement de thérapie aversive dans son ensemble."

(cf. volume 44, page 87).

Quant à François Dumesnil, psychologue du module psychodynamique, il dit:

"Q. Monsieur Dumesnil, vous avez dit que vous, vous n'utilisez pas aucune méthode aversive?

R. Ben oui.

Q. Parlez-vous avec cette patiente ou avec tous les patients?

R. Avec tous les patients."

(cf. volume 62, page 73).

Madame Line Gingras, coordonnatrice, témoigne à l'effet que:

"On emploie le terme "conséquence", et non pas punition. C'est-à-dire pour, dans la façon que c'est

employé. il faut faire prendre conscience au jeune, bon, que, avec c'est sur avec toute, je pourrais dire, l'approche avec le jeune au niveau relationnel, on fait prendre conscience au jeune qu'y a un moment donné y a des limites qu'on doit respecter, des normes qu'on doit respecter. Et, bon, comme moyen, il peut être un moment donné, il peut advenir en discussions d'équipe pour se rendre jusqu'à ça, jusqu'à la chambre d'isolement."

(cf. volume 15 (b) page 40).

2- IL Y EN A PEUT-ETRE:

Madame Ghislaine St-Cyr Perrot:

"Thérapie de comportement isolement, ça peut être une façon de faire comprendre au patient que tel acte a des conséquences néfastes pis euh ... c'est comme ça qu'on ... qu'on doit agir mais pour parler de thérapie aversive euh ... par l'isolement ..."

(cf. volume 4 (b) page 39).

"(...)quel autre type d'approches ou quel autre type de traitements, je veux dire euh ... on peut euh ... qui peut agir sur le comportement du patient, pour d'autres

euh ... bon effectivement ça peut être punitif euh ...
l'isolement."

(cf. volume 4 (b) page 40).

3- IL Y EN A:

1) témoignages:

Docteur Trudeau:

"...c'était inscrit dans le plan de soins, euh ...
qu'on avait le droit de l'isoler quand elle se
comportait comme ça. après un certain temps elle ne ...
elle ne se comportait pas comme ça, elle a commencé à
se comporter euh ... plus adéquatement."

(cf. volume 17, page 92).

Docteur Thomas:

"Bon c'est-à-dire que c'est déjà discuté avec l'enfant
que la fugue n'était pas autorisée, c'était pas permis,
on peut lui accorder des permissions et que si il
fuguait il pourrait être isolé soit pour une demi-
heure, d'autres pour la durée, pour le temps pendant

lequel il ... il a fugué mais ce que on ignore souvent c'est que en dehors de ces mesures-là qui sont des mesures très coercitives, ..."

(cf. volume 15, pages 137-138).

Madame Ghislaine St-Cyr Perrot:

"Q. Pis il y a d'autres isolements dans un plan de soins parce que le patient démontre un comportement inacceptable?"

R. Oui présente différents euh ... comportements inacceptables."

(cf. volume 23 (b) page 12).

Madame Ghislaine St-Cyr Perrot:

"R. Le plan de soins c'était bon action. réaction. je veux dire elle pouvait être isolée compte tenu de sa réponse ou de l'absence de sa réponse, mais là euh ...

Q. C'est-à-dire si elle refusait de faire une sieste, elle était placée sous contention?"

R. Je sais que c'est arrivé pour une patiente comme je vous dis."

(cf. volume 4 (a) page 91).

ii) DOCUMENTS:

L'exhibit E-61 consiste en un article tiré de la revue Informa, relative à l'utilisation de la cagoule; en voici un extrait:

"Il est difficile pour le visiteur profane de voir un enfant portant une cagoule ou immobilisé sur sa chaise, de ne pas penser tout de suite que ce patient est l'objet de mauvais traitements, par contre il lui suffirait d'entrer en contact avec le responsable du plan de soins pour comprendre la signification de ce geste dans le plan de traitement élaboré à partir de la compréhension des problèmes de ce patient."

La pièce E-64 contient un projet de traitement proposé par un psychologue à un psychiatre; dont nous avons reproduit certains passages:

"p.1: la première phase en est une
d'évaluation et de choix de
techniques modérément aversives"

"p. 2: description des techniques: jus de
citron - réprimandes - pince
du trapèze - bandeau - ammoniaque
aromatique.

"p. 3: "les techniques aversives ne
devraient plus avoir cours lors de
cette phase."

Dans le document E-64-b, on retrouve une discussion de cas:

"p. 2: si mutilation même légère:
retirer dans sa chambre porte
verrouillée trente minutes minimum.
Si mutilation silencieuse:
attacher trente minutes minimum.
Si ne mange pas bien retrait de
l'aide de l'intervenant.

L'exhibit E-105 est une note d'évolution qui mentionne: patient
isolé depuis un mois.

Une discussion de cas est contenue dans l'exhibit E-125; on peut
y lire que:

"page 1: comportements inacceptables décrits

(vol de cigarettes et de café --

initier un geste avec un regard

insistant.

page 2: procédure d'isolement s'il

manifeste ces comportements.

Déterminé par l'intervenant.

page 2: "Devant tout doute agir comme s'il

était coupable."

Donc, il nous semble que des techniques aversives telles que
définies plus haut sont utilisées à Rivière-des-Prairies.

En effet, le fait d'être soumis à des sensations déplaisantes en
conséquence d'un comportement inacceptable est une technique
utilisée à Rivière-des-Prairies.

C) L'EXISTENCE D'UN CONTRÔLE:

Notre but, à cette étape, est d'étudier les contrôles existants à
divers niveaux de l'hôpital Rivière-des-Prairies, en ce qui a
trait à l'utilisation des méthodes aversives.

1- LE CONSEIL D'ADMINISTRATION:

Monsieur Eddy Dunn, président au conseil d'administration, dit ceci:

"Q. Est-ce que vous avez adopté à l'Hôpital des normes régissant l'utilisation de techniques aversives?

R. Non.

Q. (...) Peu importe lequel. Est-ce que le conseil d'administration a fait un règlement sur l'utilisation de techniques aversives?

R. Il n'y a pas de règlement sur l'utilisation de techniques aversives.

Q. Avez-vous édicté des normes quelconques sur ça, sans que ce soit par règlement?

R. Non.

Q. Est-ce qu'il y a eu des directives de transmises au directeur général sur l'utilisation de telles techniques?

R. De directives transmises au directeur général, non plus."

(cf. volume 91, page 36).

2- POLITIQUES ET PROCEDURES:

Docteur Galiana:

"Q. Est-ce qu'il y avait une politique par exemple, si on met une cagoule sur la tête d'un patient, est-ce qu'on a une politique pour contrôler ça, pour indiquer combien de fois ça se fait?

R. Non, il y a pas ... il y a pas de politique précise sur certains types de traitement comme ça. La chose qu'on utilise le plus fréquemment à ma connaissance c'est la contention ou l'isolement qui sont des choses qu'il y a une norme qui est réglée, il y a une politique sur la contention, sur l'isolement et puis il y a un registre qui est gardé sur le nombre de contentions, le nombre d'isolements, en plus de qu'est-ce qu'il y a dans le dossier médical. Les traitements tout à fait comme ça, ad hoc, comme on vient de voir tantôt, qu'on n'a pas tellement utilisés puis qu'on est même pas au courant, c'est constaté dans le dossier

médical et puis c'est la motivation du médecin de prescrire ça mais il y a pas ... il y a pas une ... un contrôle spécifique, à part..."

(cf. volume 44, page 116).

Les médecins traitants prescrivent les mesures aversives qui sont considérées comme des actes médicaux.

Or, le Ministère des Affaires Sociales recommande des conditions d'utilisation et de contrôle de ces techniques:

"L'usage des thérapies du comportement du type aversif doit toujours faire partie d'un programme thérapeutique complet, comprenant des objectifs spécifiques et mesurables pour chacun des bénéficiaires. Ce programme fait l'objet de révisions périodiques.

Les thérapies par aversion sont utilisées en dernier ressort et lorsqu'il y a des indications cliniques très précises.

A l'intérieur d'un même programme comportemental, les renforcements négatifs doivent être accompagnés de

renforcements positifs pour encourager les comportements adéquats.

L'usage des techniques aversives doit être systématiquement soumis à l'approbation du directeur des services professionnels de l'établissement concerné. Ce dernier doit réviser périodiquement les normes d'utilisation des techniques aversives dans son établissement et tenir un registre détaillé de l'utilisation des renforcements négatifs à l'intérieur d'un programme thérapeutique.

Avant de procéder à ce genre de traitement, il est nécessaire d'obtenir le consentement du bénéficiaire ou des parents ou du tuteur s'il s'agit d'un enfant. Ce consentement peut être annulé à n'importe quel stade du traitement.

L'utilisation des techniques aversives doit être supervisée par un professionnel compétent en la matière, un psychologue ou un psychiatre. Leur application est faite par un personnel soumis à un programme d'entraînement adéquat."

(cf. exhibit E-58).

CONCLUSIONS:

Des techniques aversives utilisées quotidiennement à l'hôpital Rivière-des-Frairies, ne sont pas contrôlées.

Il s'agit d'actes qui, s'ils n'étaient pas couverts par la pratique de la médecine, ne seraient pas tolérés dans la société: isolement, contention, application de stimulus désagréables, etc. Il faut que des contrôles extrêmement rigides, et une supervision constante soient instaurés lors de l'application de ces mesures qui devraient rester exceptionnelles.

Le Ministère demande aussi que ces traitements requièrent un consentement éclairé des patients ou des personnes les représentant. Il est normal, pour ne pas dire essentiel, que ce consentement puisse être retiré à n'importe quelle étape du traitement.

CHAPITRE 10

LES PARENTS:

- A LE PLACEMENT EN INSTITUTION 166
- B LA DEPENDANCE DES PARENTS A L'EGARD DE L'INSTITUTION 167
- C LE NIVEAU DE PARTICIPATION DES PARENTS 170
 - 1- LA QUANTITE DE PARTICIPANTS
 - 2- LA QUALITE DE LA PARTICIPATION
 - 3- FAVORISER LA PARTICIPATION

A LE PLACEMENT EN INSTITUTION:

On ne saurait passer sous silence le paradoxe suivant: la famille d'origine d'un bénéficiaire est souvent confrontée à un choix difficile. La famille qui garde une personne souffrant d'un handicap mental reçoit fort peu de services de santé ou de services sociaux si l'enfant reste à domicile. Face à cette difficulté, les familles sont souvent portées ou poussées à placer leur enfant en institution, espérant qu'il recevra ainsi les services requis par sa condition. De plus, les parents des bénéficiaires savent que ceux-ci auront besoin de services de façon prolongée si ce n'est de façon permanente. Il sont inquiets de savoir ce qu'il adviendra de leur enfant au moment de leur décès. Cette inquiétude constitue une incitation supplémentaire pour placer leur enfant en institution.

Il arrive qu'un bénéficiaire qui a été placé à l'hôpital soit éventuellement acheminé vers un foyer de groupe ou vers une famille d'accueil. Dans ces cas, les familles d'accueil sont subventionnées et les résidences de groupe sont supervisées par du personnel qui relève de l'hôpital. Ces facilités existantes hors du milieu familial ne sont toutefois pas disponibles pour les parents qui auraient décidé de garder chez eux leur enfant. Il devient donc paradoxal de constater que les parents doivent confier leur enfant à une institution pour qu'il reçoive des services, alors que ces services ne sont pas disponibles directement dans le milieu d'origine. (cf. témoignage du Dr. Blanchette, volume 76 page 13 à 19). Cette dernière solution serait parfois plus bénéfique et moins coûteuse.

B LA DÉPENDANCE DES PARENTS À L'ÉGARD DE L'INSTITUTION:

L'Hôpital constitue aux yeux de plusieurs parents un endroit où leur enfant vivra de façon prolongée ou permanente. Cette perspective, fait en sorte que ces gens sont placés dans une position où ils craindront parfois de dénoncer certaines situations ou de faire certaines revendications de crainte que leur enfant perde les services de base qui lui sont dispensés par l'hôpital. (cf. Louise Beauvais Légaré page 36, huis clos volume 3 AM, page 36) Le lien de dépendance est aussi accentué par le

fait que ces parents vieillissent et il s'accroît également en fonction du nombre d'années d'hospitalisation du bénéficiaire.

Madame Lamy nous fait part du fait que plusieurs parents manifestent une inquiétude face aux ressources alternatives.

(Volume 10 B, pages 26 à 33)

De plus, la rareté de ces ressources alternatives à l'institutionnalisation (telle que perçue par certains parents) ajoute à cette dépendance. L'hôpital contribue également par son attitude à accentuer cette perception. Par exemple, un père insatisfait de certaines choses nous rapporte ses souvenirs d'une conversation qu'il a eue avec un psychiatre de l'hôpital:

(volume 16 A, pages 27 et 28)

"le docteur X a rappelé à la maison, à ce moment-là, c'est moi qui lui ai parlé au téléphone. Et pis je lui ai dit évidemment que moi, je croyais pas à... à l'auto-mutilation, je croyais plutôt qu'elle avait eu le doigt coupé dans la porte de la cellule. Ça fait que je lui ai dit aussi à ce moment-là que j'avais l'intention justement de... d'en parler au... au Commissaire Shadley parce que je savais qu'il y avait une enquête à ce moment-là, je lui ai dit que j'avais l'intention de porter ça à son attention. A ce moment-là, le docteur X m'a déconseillé ça il m'a dit que c'était pas la bonne avenue, euh... d'y

penser sérieusement. Il m'a... il m'a dit euh... pensez à votre fille. pensez qu'elle aura toujours besoin de psychiatres où allez-vous aller après. Il dit euh... il m'a dit euh... on peut toujours la changer de groupe si vous voulez."

Un autre parent nous a expliqué une situation semblable:

Elle s'est entretenue avec un médecin à propos de l'état de son enfant et des services dispensés à celui-ci. Elle voulait faire modifier la médication reçue par cet enfant et elle en a parlé avec un médecin traitant de l'hôpital. Le médecin lui a alors répliqué que puisqu'elle avait mis l'enfant sous la responsabilité de l'hôpital et qu'elle ne voulait pas le garder chez elle, elle avait un choix à faire, soit ramener celui-ci à la maison ou bien de suivre des directives de l'hôpital, (cf. volume 72, page 60). Elle ajoute plus loin que le médecin lui a dit: "votre choix c'est de continuer avec Dilantin ou d'amener votre enfant chez vous," (cf. volume 72 page 64).

Un tel comportement est clairement de nature à amplifier cette sensation de dépendance des parents à l'égard de l'hôpital et à restreindre leur implication active.

Le docteur Galiana disait d'ailleurs ceci à la page 46 du volume 41:

"Alors là, je dirais que c'est discutable puis y a beaucoup de parents qui posent beaucoup de questions puis le psychiatre change d'avis: "D'accord. Alors plutôt que faire ça, on va passer à un médicament tout de suite. On va peut-être essayer telle approche." Ce sont des choses qui se font. Et puis à ma connaissance c'est rare le patient qui a dit (sic): "A moins que vous acceptiez ça, vous devez quitter l'hôpital" ça peut arriver mais c'est plutôt rare."

Plusieurs parents en arrivent souvent à un point tel de dépendance à l'égard de l'institution que leurs attentes et leurs exigences face aux services qui devraient être dispensés par l'hôpital sont réduites au simple hébergement de leur enfant. Cette résignation les amène à accepter le statu quo.

C LE NIVEAU DE PARTICIPATION

1- LA QUANTITE DE PARTICIPANTS

Plusieurs parents de personnes hospitalisées à Rivière-des-Prairies ont une participation admirable et fort active à l'égard des bénéficiaires. Toutefois, une quantité considérable de personnes hospitalisées à cette institution n'ont pas une attention soutenue de la part de leurs parents. Madame

Girard ex-présidente de l'association de parents nous a fait part que plusieurs bénéficiaires n'avaient pas un suivi adéquat de la part de leur parent. Divers motifs peuvent expliquer cette situation: dans certains cas les parents sont décédés, trop éloignés physiquement pour pouvoir assurer un suivi, ou trop âgés. (rappelons que la moyenne d'hospitalisation étant supérieure à vingt (20) ans il va de soi que plusieurs de ces bénéficiaires ont des parents âgés). Enfin, le simple fait que les bénéficiaires aient une moyenne d'hospitalisation aussi élevée a malheureusement pu creuser un fossé entre ceux-ci et leur famille d'origine.

Nous avons ailleurs dans le présent rapport fait état de cette faible participation des parents.

De nombreux témoignages ont été entendus au cours desquels plusieurs personnes ont déploré que, pour un grand nombre de bénéficiaires leur famille d'origine n'était plus impliquée.

Le docteur Blanchet nous a également fait part d'un certain désintéressement d'un grand nombre de parents et des avantages qu'il y avait à remotiver ces gens.

L'exhibé E-191 qui a été déposé devant la commission fait état du relevé de la fréquence des sorties des bénéficiaires dans leur famille respective. On y voit que sur cent vingt-huit (128)

bénéficiaires du côté de la pédo-psychiatrie, soixante-neuf (69) effectuent des sorties dans leur famille au moins une fois par année. Cinquante-neuf (59) autres n'effectuent cependant aucune sortie dans leur famille annuellement.

Du côté des adultes les données sont les suivantes: sur un total de quatre cent vingt-huit (428) bénéficiaires seulement quatre-vingt-neuf (89) effectuent une ou plusieurs sorties annuellement dans leur famille. Trois cent trente-neuf (339) n'effectuent aucune sortie dans leur famille. Notons toutefois, que ces données à elles seules ne signifient pas pour autant que les bénéficiaires qui n'effectuent aucune sortie dans leur famille ne font l'objet d'aucun suivi de la part de celle-ci. Ces données sont toutefois indicatives d'un certain état de fait qui doit être retenu.

2- LA QUALITE DE LA PARTICIPATION:

Le manque de communication entre l'hôpital et les parents des bénéficiaires s'est avéré considérable. Un parent, entendu le 28 août 1985, nous le dit lui-même (cf. volume 22 PM, page 66). Ce même témoin nous dit n'être pas informé ni des plans de soins et des traitements non plus que de la médication donnée à son enfant. S'il finit par le savoir c'est parce qu'il l'a demandé (volume 22 PM, page 74). Ce parent nous explique

également qu'au moment où des réorganisations majeures ont eu lieu à l'hôpital, les parents n'ont pas été consultés (cf. volume 22(b) page 74). Il nous raconte enfin un incident au cours duquel son enfant était perdu. Le soir de cet événement, l'hôpital ne l'a pas appelé pour l'aviser de cette situation et ce n'est que le lendemain qu'un employé a appelé chez lui à ce propos (cf. volume 22 PM pages 70-71).

La mère d'un enfant mineur nous dit qu'elle a voulu avoir accès au dossier de son enfant mais que les archives le lui ont refusé.

"est-ce que vous avez déjà fait des demandes pour voir son dossier médical?

R. Oui, j'ai été euh... hier à l'hôpital pour voir son dossier médical et puis j'ai été euh... au poste central de... de l'unité euh... où mon fils est, pis ils m'ont dit que je devais demander au psychiatre traitant là...

D. La permission?

R. ... la permission, oui, d'aller le voir. Puis euh... il était pas là, ça fait que... après ça ils ont téléphoné à... aux archives en bas pis la madame a dit que il fallait que j'aille voir un psychiaatre pour ça. Et puis j'ai

demandé conseil et puis ils m'ont dit que j'avais pas besoin du psychiatre pour aller voir le... le dossier de mon garçon, que je pouvais y aller, puis euh... aux archives ils m'ont dit que non, il fallait que j'aille voir un psychiatre mais.. (inaudible)... ça me tente pas de... d'y aller avec un psychiatre, je veux y aller toute seule le voir, de consulter le dossier, je veux y aller voir toute seule.

Q. Et votre fils est mineur présentement?

R. Et pis je... je l'ai pas vu.

Q. Il est pas sous Curatelle Publique actuellement?

R. Non."

(cf. volume 23 B, page 70)

Les parents d'un autre bénéficiaire ont été entendus devant nous. Ils ont fait état du fait que leur enfant mineur était hospitalisé à l'hôpital Rivière-des-Prairies. A un moment donné, l'hôpital a transféré le dossier de ce bénéficiaire vers un nouveau psychiatre et ce sans que les parents en soient informés. (cf. volume 13 page 102). Antérieurement ce bénéficiaire était traité à l'hôpital Ste-Justine. Les parents nous disent qu'ils

savaient ce qui se passait avec leur enfant au jour le jour à cet autre hôpital. De plus, le personnel affecté à l'hôpital Ste-Justine pour cet enfant était un personnel stable et on consultait les parents relativement à la médication qu'on voulait administrer à l'enfant tout en leur expliquant les effets de ces médicaments. Des gens de l'hôpital Ste-Justine étaient venus à la maison pour connaître le contexte de vie du bénéficiaire, ses références et les parents étaient invités à participer de façon régulière. D'autre part, Ste-Justine entretenait des contacts fréquents avec les parents. (volume 13 page 119 à 131).

Par contraste à l'hôpital Rivière-des-Prairies, ces parents nous disent que le personnel est souvent changé et que l'on a pas demandé leur avis pour changer le médecin traitant de leur enfant. L'Hôpital Rivière-des-Prairies n'a jamais envoyé qui que ce soit chez eux contrairement à ce qu'avait fait l'hôpital Ste-Justice. Ce parallèle établi entre les deux institutions nous démontre encore une grande différence au niveau de l'implication recherchée ou souhaitée par ces deux hôpitaux à l'égard des parents des bénéficiaires.

Madame Girard, ex-présidente de l'association de parents, nous mentionne que lorsque l'hôpital a créé le Comité de planification stratégique elle a demandé que des représentants des parents puissent y siéger, mais qu'elle a reçu un refus de la part de l'hôpital qui ne les a pas consultés ni invités à

participer à ce comité-là. Plus précisément, nous dit-elle, c'est le docteur Mackay qui a refusé cette participation (voir à cet effet le volume 71 pages 69-70).

Le Docteur Dakessian nous dit que parfois les parents viennent pour les discussions de cas mais qu'ils n'y sont pas systématiquement invités. (Volume 12 A, pages 81-82)

Madame Liliane Pierre Louis est venue témoigner devant la commission. Elle est coordonnatrice d'une unité de l'hôpital. Face aux discussions de cas, elle nous dit que les parents ne sont pas invités de façon automatique:

"Q. Mais, D.K.... dans une discussion de cas, est-ce que il y a les intervenants?

R. Oui.

Q. L'équipe soignante?

R. Oui, oui.

Q. Est-ce que des parents sont-là?

R. Si le parent demande... j'ai déjà eu des parents...

aux discussions... aux réunions cliniques.

Q. Est-ce qu'ils sont invités à la discussion de cas.

R. Pas de façon automatique, parce que... quand on fait la révision d'objectifs, on peut discuter à ce moment-là de plusieurs patients... et, bon... on peut avoir deux (2) heures... de... de rencontre et, à ce moment-là, on dit on va discuter de deux (2) patients ou de trois (3) patients... Je pense que ce serait pas correct qu'on invite les gens de façon automatique. On invite pas de façon automatique, mais moi... personnellement, j'ai déjà eu des parents qui me l'ont demandé et ces parents-là ont été invités."

(cf. volume 49, page 76)

Toutefois, les parents ne sont pas informés de façon automatique qu'une discussion de cas aura lieu relativement à leur enfant (volume 49 page 77). Madame Pierre Louis nous expliquera ailleurs dans son témoignage qu'elle n'a pas l'habitude d'informer le curateur à un patient du fait que son protégé a été placé en isolement.

Sur le même thème, Madame Linda Garceau, psychologue à l'hôpital, nous disait qu'il n'est pas d'usage que les parents

soient invités aux discussions de cas. Depuis ces deux ans qu'elle est affectée à la même unité, elle n'a vu aucun parent aux discussions de cas (cf. page 26, volume 50).

"D. Est-ce qu'il est d'usage que les parents soient invités à ces réunions de cas?

R. Moi de... dans les deux (2) ans que j'ai été là, j'ai... j'ai rencontré des parents, j'ai rencontré des parents en entrevue mais je n'ai jamais vu de parents dans des discussions de cas, dans les deux (2) ans que moi j'ai été là. Sur mon unité."

(cf. volume 50, page 26).

Une mère nous dit que son enfant n'a pas de plan de service individualisé. Elle ajoute qu'elle a déjà participé à une discussion de cas et que son époux a lui aussi participé à une telle rencontre mais c'était à sa demande car l'hôpital ne les a jamais invitée à ce faire.

(cf. volume 72, page 82)

3- FAVORISER LA PARTICIPATION

Quant à l'assistance aux parents qui voudraient garder leur enfant à la maison, nous envisageons deux possibilités:

i) D'abord, que les enfants déjà hospitalisés mais qui démontrent une autonomie suffisante puissent retourner chez leurs parents de consentement réciproque. Dans ce cas, l'hôpital fournirait du personnel pour assister la famille auprès du bénéficiaire. Bien sûr, celui-ci pourrait toujours profiter des autres services de l'hôpital.

ii) Ou alors, étant donné l'existence de familles d'accueil subventionnées, que l'Etat offre aux familles d'origine un montant d'argent équivalent à celui accordé aux familles d'accueil, afin qu'elles puissent elles-mêmes recourir aux services professionnels et autres nécessaires.

CHAPITRE 11

CONSENTEMENT

- A CONSENTEMENT GENERAL EN ENTRANT A L'HOPITAL 180
- B CONSENTEMENT DU CURATEUR PUBLIC 180
- C CONSENTEMENT DES PARENTS 181
- D CONSENTEMENT SUR LES TECHNIQUES AVERSIVES 185
- E REFUS DE TRAITEMENT 186
- F UNITE' PSYCHO-DYNAMIQUE 187

A ' CONSENTEMENT GENERAL EN ENTRANT A L'HOPITAL:

Un consentement général est obtenu à l'entrée du bénéficiaire à l'hôpital; il est semblable aux consentements signés par des patients dans les hôpitaux généraux (une autorisation au médecin et dentiste traitant à faire des examens et des traitements nécessaires). Pourtant Rivière-des-Prairies n'est pas un hôpital comme les autres. Les patients y résident en moyenne pour une période de vingt (20) ans. Le consentement général a donc été signé par le représentant des patients il y a vingt (20) ans en moyenne. Ce consentement n'est jamais renouvelé par la suite, et ce peu importe les changements de diagnostic ou de traitements subséquents. Ce consentement est accordé par des représentants légaux des bénéficiaires. A l'époque où l'institution s'appelait le Mont-Providence, la

vocation était médico-pédagogique. Dans plusieurs cas les représentants légaux ne sont plus les memes. L'institution également n'est plus la meme: elle est devenue un centre hospitalier avec l'approche médico-nursing.

Malgré les changements a) des représentants légaux b) de la vocation de l'institution c) des diagnostics possibles et d) des différents traitements qui n'existaient pas il y a vingt (20) ans, le consentement n'a jamais été renouvelé.

B CONSENTEMENT DU CURATEUR PUBLIC:

Le code de déontologie des médecins relativement au consentement et au traitement aux articles 2.03.28 et 2.03.29 exige préalablement à un traitement une autorisation libre et éclairée des personnes dont le consentement peut être requis. De plus, le médecin doit s'assurer que cette personne a reçu les explications nécessaires portant sur la nature, le but et les conséquences possibles du traitement.

Le document déposé sous la cote E-131 stipule que:

"le consentement du curateur public n'est pas requis lorsqu'il s'agit d'examens ou de traitements ordinaires administrés par le médecin traitant; ils sont considérés comme autorisés avec la signature du directeur des services

professionnels.

Pour toute intervention chirurgicale, électrochoc ou sismithérapie à pratiquer sur la personne de ses administrés, l'autorisation du Curateur public est obligatoire avant l'opération ou le traitement.

/

Une anesthésie est également considérée comme une intervention chirurgicale."

Ce consentement global est donné pour tous les patients du curateur public peu importe leur diagnostic, leur niveau d'autonomie, ou le traitement à faire. C'est un consentement donné à l'avance présumant que le traitement sera celui habituellement utilisé. Le curateur public a demandé d'être informé préalablement pour les interventions chirurgicales et les anesthésies. Il nous apparaît que le curateur public fait confiance à l'hôpital pour presque toutes les méthodes d'interventions qui sont utilisées sauf celles pour lesquelles la loi exige un consentement écrit. Il est difficile de concevoir qu'un parent ne demanderait jamais de renseignements et n'exercerait pas son pouvoir de consentir ou non aux situations suivantes:

- 1) d'être inscrit dans un programme d'ateliers;
- 2) d'être retiré des programmes d'ateliers;

- 3) de changer de médecin;
- 4) de changer de thérapeute;
- 5) de changer de groupe dans lequel l'individu vit;
- 6) de faire partie d'une nouvelle unité, à caractère expérimental;
- 7) d'être isolé suivant un plan de soins, etc.

Le curateur public a consenti d'avance et de façon globale pour tous et chacun de ses administrés (sans connaître la raison ou les besoins des changements de traitement pouvant se faire concernant ses administrés). Quel est la valeur du terme "consentement au traitement" pour les administrés du curateur public?

Examinons la situation concernant les administrés du curateur public: Docteur Galiana nous dit:

"Le curateur public est informé dans l'ensemble des activités thérapeutiques qu'on offre dans l'hôpital et puis il nous donne l'autorisation globale. Le curateur public contrairement à ce qu'on doit faire avec des parents je pense qu'il n'est pas avisé il n'a pas une politique là-dessus pour aviser le curateur public de façon précise chaque fois qu'un traitement est fait. Il est informé de l'ensemble des traitements et puis il nous autorise en tant qu'hôpital à utiliser notre juge-

ment, en tant qu'hôpital de l'activité thérapeutique."

(cf. volume 44, page 43-44).

Cette autorisation globale est écrite. Le curateur public ne voulait pas que l'hôpital appelle pour un traitement comme ça. D'après le docteur Galiana:

"nous donnait carte blanche pour utiliser les traitements adéquats que nous on jugeait nécessaires sans que ce soit nécessaire d'appeler chaque fois."

(cf. volume 44, page 45).

Le curateur nous a mentionné qu'on pouvait utiliser le traitement psychiatrique habituel que l'hôpital offre à toute la clientèle sans que ce soit nécessaire de lui parler à chaque fois. Il est intéressant de noter en passant que 90% de la clientèle de la section adultes sont des administrés du curateur public. Le docteur Galiana ajoute à la page 48 du même volume que le curateur public était au courant des techniques comme l'isolement etc. et malgré qu'il est allé à l'hôpital à plusieurs reprises, il n'a jamais demandé que l'hôpital l'informe à chaque fois que ses patients seraient isolés. Il n'a jamais demandé non plus que:

"dorénavant Dr. Galiana vous allez m'informer pour

tel et tel type de traitement."

On peut se demander quel est le consentement éclairé que le curateur peut donner pour ses administrés?

C CONSENTEMENT DES PARENTS:

Quant au consentement, le docteur Galiana nous dit à la page 14 du volume 44 que l'information est donnée aux parents et que s'il n'y a pas d'objection ceci valait un consentement implicite. Donc, dit le docteur Galiana, une façon de demander un consentement est de tenir les parents renseignés, de les informer.

Maintenant le docteur Galiana ajoute que la façon dont l'information est donnée dépend beaucoup des personnes faisant partie de chaque groupe traitant. Il ajoute que pour les changements importants les parents doivent être informées.

D CONSENTEMENT - TECHNIQUES AVERSIVES:

Il n'existe aucun mécanisme à Rivière-des-Prairies visant à obtenir un consentement du curateur public ou privé pour les traitements aversifs.

Loin d'être une pratique de donner des renseignements et

obtenir un consentement des patients ou d'un représentant légal. l'information dépend du degré de revendication du curateur. Le docteur Nérée nous dit ceci:

"Q. Vous avez quand même obtenu l'autorisation de madame. est-ce que je dois comprendre que cette autorisation vous est parvenue de façon incidente, vous ne la cherchiez pas?

R. Je la recherchais parce que madame est une dame extrêmement... qui... c'est une dame qui revendique beaucoup au sujet de sa fille. Je pense que je n'aurais pas pris de chance vis-à-vis de cette dame là de faire quelque chose sans... sans l'informer, parce qu'elle est très revendicatrice."

(cf. volume, 60, page 57).

Quels sont les renseignements disponibles pour les personnes qui ne sont pas revendicateurs ou encore pour le curateur public compte tenu de son attitude.

E REFUS DE TRAITEMENT

Un exemple peut-être extrême mais certes révélateur se

trouve dans l'exhibé numéro E- 56. Il s'agit d'une lettre d'une curatrice privée demandant qu'un traitement cesse immédiatement, suivie d'une réponse de l'hôpital refusant cette demande. Dans sa réponse l'hôpital a indiqué également qu'il n'avait aucune objection à ce que ce patient soit transféré dans un autre établissement compétent en semblable matière.

Nous sommes devant une situation où il y a non seulement une absence de consentement, mais également une détérioration considérable des relations hôpital-curateur. La tension est rendue au point où il y a eu un échange de lettres d'avocats parce que la curatrice privée n'acceptait pas ce moyen de traitement "expérimental" pour son enfant.

F UNITE PSYCHO-DYNAMIQUE

Ce projet a été qualifié comme projet pilote, un projet expérimental, pour son promoteur Monsieur Dumesnil. Quant à la question d'aviser les parents et obtenir un consentement, Monsieur Dumesnil a dit:

"C'était pas sous ma responsabilité d'aviser les parents d'aucune façon"

(cf. volume 64, page 58).

Puis il a continué en disant:

"probablement qu'il y a un manque quelque part,
je... j'en conviens là je vois l'idée."

et plus loin il poursuit:

"mais là où il y avait des dispositions à prendre
sur le plan, ça relevait de... de la direction de la
section qui couvrait tous les modules à ce moment-là,
d'expliquer que les modules étaient créés, qu'il y
avait des modules expérimentaux. personne... nos chefs
de secteur, pas plus que son adjoint, m'ont jamais dit
ça serait bon de faire une rencontre avec les parents et
puis de leur dire... ils... ils me chapeautaient, c'était
quand même mes patrons, et puis j'ai des patrons même si
j'ai l'air de... j'ai des patrons et puis euh, personne
m'a jamais dit, à l'Hôpital: "Tu devrais rencontrer les
parents, ça serait une bonne chose", et puis moi j'étais
tellement concentré sur mes affaires puis j'essayais que
ça marche, comme mes patients se mutilent, je pense plus
à eux autres qu'aux parents à expliquer, faque j'ai jamais
... je suis passé à côté de ça, c'est évident, mais euh, il
me semble que quelqu'un aurait pu me dire, comme aux autres
responsables de modules: "Il faudrait informer les parents,
on fait des choses nouvelles, expérimentales jusqu'à un cer-

tain point". Ca m'a jamais été dit et puis, euh, bon, moi j'y ai pas pensé mais je pense qu'à ce moment-là la faute est partagée."

(cf. volume 64, page 59).

Toujours concernant la question du consentement dans cette unité Monsieur Dumesnil nous dit à la page 124 du volume 63 ceci:

"Q. Donc vous avez eu des consentements?

R. Ah! mais je... je le demande pas le consentement; si la personne me dit: "Je suis contente, ça va bien" ... mais je suis pas sûr qu'elle consent, le reste c'est ... c'est administratif, ça me regarde pas; c'est le médecin traitant qui doit avoir ou l'Hôpital qui doit avoir ou l'Hôpital qui doit avoir les consentements."

(cf. volume 63, page 124).

Monsieur Dumesnil parle des consentements implicites et il que c'est l'hôpital et le médecin traitant qui est responsable quant au consentement écrit non équivoque et renseigné.

7. CONCLUSION:

Les droits des bénéficiaires ont fait l'objet d'une analyse ailleurs dans ce rapport. Les bénéficiaires de l'hôpital de Rivière-des-Prairies sont en cure libre ou ouverte. Ils ont les mêmes droits fondamentaux que quiconque. Il nous incombe de s'assurer qu'ils soient traités avec la même dignité et le même respect que tout autre être humain.

Embarquer une personne seule dans une cellule presque tous les jours pour des périodes variant environ entre une et vingt-quatre heures ne serait pas toléré dans des institutions carcérales sans recours au "due process of law" ou aux principes de justice naturelle.

Les seules justifications permettant d'ainsi traiter quelqu'un sont, soit le fait que cette personne y consente pour des fins thérapeutiques ou qu'un tribunal l'ordonne. La seule existence d'une prescription médicale ne saurait aucunement justifier ce traitement. Un médecin ne détient pas, du simple fait de sa licence, le droit de priver une personne de sa liberté ni de l'empêcher de jouir de ses droits fondamentaux, sans avoir suivi au préalable les procédures appropriées pour ce faire.

La procédure normale consiste dans un tel cas dans l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la part de la personne qui doit être traitée. Si le curateur public donne

"carte blanche" à l'hôpital et aux médecins traitants, il déroge à ses devoirs de protéger les droits de ses administrés. C'est lui qui doit donner, s'il y a lieu, le consentement informé et non équivoque qui permettrait à l'hôpital d'isoler à des fins thérapeutiques une personne selon un plan de soins.

Le fait que le curateur considère l'isolement comme une mesure de protection malgré la preuve écrasante entendue devant cette commission à l'effet que cette technique était souvent utilisée à des fins thérapeutiques, nous démontre un refus malheureux de sa part à accepter la réalité telle qu'elle est.

Nous avons été incapables lors de l'enquête de vérifier le nombre de cas individuel dans lesquels l'isolement est utilisé à des fins thérapeutiques dans la section adulte à cause du refus du curateur de nous permettre de consulter certains dossiers médicaux contenant des données sur ce sujet.

Le dossier mentionné antérieurement du bénéficiaire isolé presque à tous les jours d'un mois est l'un des quelques cas que nous avons pu examiner grâce à la coopération d'un curateur privé. Nous sommes d'avis que des cas comme celui-ci sont exceptionnels. Toutefois ayant examiné des documents relatifs à l'isolement entre les mois d'août 1984 et août 1985, nous sommes d'avis que l'usage de cette technique est largement répandu à l'hôpital. De plus, son usage excède généralement les normes

édictees dans la politique de cette institution. Enfin, mentionnons que cette technique est utilisée fréquemment à des fins thérapeutiques. Nous sommes d'opinion que lorsque l'isolement est utilisé à des fins thérapeutiques, un consentement éclairé et non équivoque doit être donné par le patient ou son représentant légal, sinon il s'agit d'une violation claire de ses droits fondamentaux. Toute prétention à l'effet que ce type de traitement amène des résultats positifs ne constitue pas une justification pour l'utiliser sans suivre les procédures appropriées. A notre époque et dans notre société la personne ne doit pas être éduquée ou traitée par n'importe quelle méthode et la fin ne justifie pas toujours les moyens utilisés.

L'hôpital ainsi que son personnel font preuve de beaucoup de lacunes dans ce domaine. On ne recherche que très rarement sinon jamais un consentement éclairé sauf dans les cas d'interventions chirurgicales, d'anesthésies et pour la prise de photographies. Tout le champ des traitements thérapeutiques dans lequel oeuvre cet hôpital, soit les traitements psychiatriques, ne fait aucunement l'objet de ces consentements éclairés.

CHAPITRE 12

BESOINS \ SERVICES

A BESOINS. EVALUATION 194

1- EVALUATION

- / a) GRILLE DE NEW YORK
- b) PROGRAMME CADRE
- c) DISCUSSIONS DE CAS
- d) MANQUE D'EVALUATION

2- CLIENTELE

- / a) DEFICIENCE ET MALADIE MENTALE
- b) SYNDROME INSTITUTIONNEL

3- POTENTIEL, BESOINS

- a) POTENTIEL
- b) BESOINS

B PROGRAMMES ACTUELS 208

1- MODULES

2- PEDAGOGIE, ATELIERS

- a) PEDAGOGIE
- b) ATELIERS

3- PROGRAMMES PROFESSIONNELS

- a) EXISTENCE
- b) PROBLEMES

C ACTIVITES DES PATIENTS QUI NE PROFITENT PAS DES PROGRAMMES
ACTUELS 216

1- JOURNEE TYPE

2- FINS DE SEMAINES, ETE

3- MANQUE D'ACTIVITES

a) EN FONCTION DE L'HORAIRE

b) EN FONCTION DU MANQUE DE PERSONNEL

c) EN FONCTION DE L'IMPLICATION DES INTERVENANTS

d) EN FONCTION DES GOUTS ET DE L'ETAT DU PERSONNEL

e) EN FONCTION DE L'INSECURITE DU PERSONNEL

CONCLUSION

D CADRE MEDICO-NURSING

1- PHILOSOPHIE

2- POUVOIRS

3- PROBLEMES

E RESSOURCES, REEDUCATION

1- EXISTENCE

2- UTILISATION

3- INSUFFISANCE DU PERSONNEL

F NECESSITE D'UNE DIVISION

A EVALUATION - BESOINS

1- EVALUATION

Avant de pouvoir déterminer les besoins de la clientèle, et
de pouvoir évaluer l'adéquation des services offerts avec ces

besoins, il faut procéder à l'évaluation des bénéficiaires. Cette évaluation constitue l'étape de base, préalable à toute implantation de programmes, de services, ou de restructuration. Cette évaluation des forces et besoins des bénéficiaires doit précéder l'étude du fonctionnement des structures actuelles.

L'évaluation devrait être faite à l'aide d'outils ou d'instruments précis et adéquats. Voyons donc comment l'évaluation des bénéficiaires se fait à l'hôpital et de quels outils il dispose.

a) GRILLE DE NEW YORK

C'est une technique d'évaluation proposée à tous les centres hospitaliers par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Cette grille d'analyse est destinée à évaluer les niveaux de soins d'analyse par la clientèle (Mme St-Cyr Perrot, volume 38, pages 133-134). Le docteur Galiana nous explique qu'en utilisant cette grille on se rend compte que quelques trois cents (300) personnes hospitalisées à Rivière-des-Prairies n'auraient pas besoin de vivre à l'intérieur du cadre hospitalier:

"Q. Alors ça veut dire que j'ai au total trois cents (300) patients qui n'auraient pas besoin nécessairement d'un

encadrement hospitalier.

R. Si on trouve les ressources...

Q. Oui.

R. ...si on trouve les bonnes ressources, mais là je pense qu'ils sont là parce que les ressources adéquates ne sont pas présentes."

(cf. volume 45, pages 66-67).

b) PROGRAMME CADRE

Il s'agit d'un programme visant à l'implantation de plans de services individualisés (cf. Asselin, volume 42, page 85) pour tous les bénéficiaires de l'hôpital. À partir d'une bonne évaluation des forces et besoins de la clientèle.

Les plans de services individualisés exigent préalablement à leur implantation une évaluation des bénéficiaires, l'établissement d'objectifs et le façon de les atteindre (Blanchet, volume 78, pages 14-15). Le programme cadre, d'autre part semble être constamment repoussé dans son application (Lacasse, volume 71, page 29). En effet, ce programme est en place depuis quatre ou cinq ans.

"Programme cadre, ça fait déjà, je sais pas, quatre (4) ou cinq (5) ans qu'il y a eu des comités qui ont travaillé pour développer."

(cf. Mme St-Cyr Perrot, volume 39 A, page 130)

et seulement 10 à 12 plans de services individualisés existaient en mai 1985:

"Il y avait environ dix (10) à douze (12), ... en mai quatre-vingt-cinq ('85), P.S.I., à l'interne."

(cf. Blanchet, volume 77, page 85)

c) DISCUSSIONS DE CAS

Les discussions de cas consistent en des réunions d'employés à l'occasion desquelles on fait vraiment le tour du cas d'un patient (Leriché, volume 7A page 47) et il y en a une par année. Il y en a d'autres, pour des cas difficiles qui mobilisent une grosse équipe aux quinze (15) jours.

Selon le docteur Galiana, des notes d'évaluations doivent être portées aux dossiers deux fois par année, mais ne vont pas sans une discussion de cas (cf. volume 46, page 101).

170

Nous apprenons encore qu'il n'y a pas de participation systématique des psychiatres aux discussions de cas (cf. Nérée, volume 60, page 50).

La fréquence des discussions de cas dépend des patients, (cf. Ferrot, volume 4 B, page 10) de l'intensité de leurs problèmes:

"les discussions de cas sont au besoin, dans certains cas il y a des clients, je peux dire que moi dans mon atelier j'ai six (6) internes, deux (2) externes, j'ai participé très souvent à ma demande avec toutes les difficultés des fois que ça l'exige il faut avoir des bonnes raisons pour avoir une discussion de cas hein, si par exemple client manifeste un trouble de comportement important"

(cf. Morin, volume 9 A, page 67)

Et le fait que chaque patient ait le nombre de discussions requis n'est contrôlé que par la révision périodique de tous les dossiers, (Galiana, volume 45 A, pages 91-92).

d) MANQUE D'EVALUATION

Suzanne Turmel, a affirmé qu'un des clients n'avait pas été évalué une seule fois en dix (10) ans (cf. Turmel, volume 9 A, page 148). Le curateur public a admis qu'un de ses administrés n'avait été pas évalué depuis plus d'un an et un autre depuis quatre (4) ans (cf. volume 50, page 6).

2- CLIENTELE

On peut faire ressortir des témoignages un tableau général des types de handicaps et de pathologies présentés par les bénéficiaires.

a) DEFICIENCE ET MALADIE MENTALE

Il y a une différence fondamentale entre les déficients et les malades mentaux (Blanchet, volume 76, pages 84 à 86) (Mackay, volume 1, page 26).

Madame Suzanne Turmel nous décrit ainsi la différence:

"il y a une grosse différence avec quelqu'un qui a une maladie psychiatrique, quelqu'un qui a un retard mental..."

"...Il n'a pas besoin d'être traité comme un malade parce qu'il n'est pas malade."

(cf. volume 10 A, page 27)

Cependant on n'a pas encore obtenu de répartition précise des bénéficiaires à l'intérieur de l'un ou de l'autre groupe: Selon le docteur Galiana la majorité des bénéficiaires ont un diagnostic principal de déficience mentale (Galiana, volume 2 A, page 145) et de l'avis de Brigitte Asselin, quatre-vingt (80 %) pourcent sont déficients (cf. Asselin, volume 5, page 82).

b) SYNDROME INSTITUTIONNEL

Il semble que la vie en institution ait une influence sur le comportement des personnes atteintes de déficience:

R. Bien, ça, c'a été démontré que la vie en institution peut susciter des problèmes de comportement, parce que...

Q. Comme?

R. ...parce que vous savez que le déficient mental c'est un... c'est une... c'est une personne qui imite, alors si le déficient a devant lui un autre qui a un comportement aberrant, il est porté à imiter, parce que c'est des gens crédibles, imitateurs; donc c'est dans ce sens-là qu'on pense que la vie en institution peut, à elle seule,

entraîner des problèmes de comportement.

Q. Et ce sont quel genre de problèmes de comportement...
est-ce que le... est-ce que l'agression peut en être
un?

R. L'agression, l'automutilation...

Q. L'automutilation...

R. ... la fugue...

R. ...le vol, le mensonge et des affaires comme ça.

Q. Maintenant, quel pourcentage de la clientèle, à
l'hôpital, peuvent avoir des problèmes reliés à
des...

R. A l'institution...

Q. ...reliés à la vie en institution?

R. Ca c'est... je ne peux pas répondre, je ne sais pas,
mais je sais que c'est possible...

(cf. Dr. Néré, volume 61, pages 88-89)

Suzanne Turmel nous dit:

"Q. Est-ce qu'on peut qualifier troubles de comportement comme une maladie mentale?

R. Non. Selon moi, non. Troubles de comportement c'est souvent...c'est souvent un réflexe psychologique qui est dû à une situation "X" de stress ou de...de privation en fait, d'affection soit dans la cellule familiale ou soit dans l'environnement où vit le client comme dans une institution, c'est une des raisons pourquoi on retrouve beaucoup de clients qui ont des troubles de comportement dus au manque de stimulation affective."

(cf. Turmel, volume 10 A, page 29).

Le docteur Galiana nous parle aussi du milieu institutionnel:

"Alors la situation de l'hôpital elle-même, c'est toujours anormalisant et puis dans ce sens-là, ce n'est pas une chose souhaitable."

(cf. Galiana, volume 3, page 36)

Il faut donc éliminer les troubles de comportement engendrés par le syndrome institutionnel (cf. Blanchet, volume 55, pages 40 à 42). La vie en institution cause un manque de stimulations qui engendre aussi des problèmes (cf. Turmel, volume 9 A, page 147)

Nous comprenons, de ces témoignages qu'il y a des clients déficients et des clients malades: ces deux catégories ne sont pas mutuellement exclusives. La promiscuité des deux est de nature à engendrer des problèmes pour les déficients.

Docteur Nérée, psychiatre, volume 61, page 93(a):

"G. Sur leur comportement? ...Est-ce que j'ai raison de dire que depuis 82 la direction est au courant qu'il y a vingt-cinq pour cent (25%) de la population qui est en train de détériorer au niveau de leur comportement parce qu'ils sont mélangés avec des patients qui leur donnent un exemple négatif?

R. Je pense que oui, puisque la ... quand je suis arrivé à l'hôpital, c'était dans le cadre d'une réorganisation ...parce que, avant, l'hôpital c'était un hôpital pédo-psychiatrique et c'est quand on est arrivés, docteur Blanchet et moi, que l'Hôpital a de...

a eu une section de psychiatrie adulte et si je ne me trompe pas, c'était dans ce but que le docteur Blanchet a été embauché...c'était dans le but de faire de la réadaptation... alors c'est parce qu'ils étaient conscients de ça."

3- POTENTIEL - BESOINS

a) POTENTIEL:

Pièce E-20: Colloque sur la continuité thérapeutique, page

8:

"nuisance du modèle médical quand 60% de la population a besoin de réadaptation."

Voici les opinions d'une partie des personnes impliquées à Rivière-des-Prairies, sur le potentiel de réadaptation des déficients mentaux.

Michel Roberge, psychologue:

"Il faudrait mettre des nuances à tout ça. Je crois que la très grande majorité, sinon la majorité de la clientèle qui est hospitalisée à l'Hôpital peut faire des progrès, y compris les clients les plus handicapés."

(...)

Cependant je pense qu'il faut concevoir à l'égard de chacun des clients, que chacun a des besoins et qu'il y a une capacité de développement pour chacun de ces clients-là et qu'avec des soins appropriés il est possible de réaliser ou tout au moins d'approcher le potentiel du client."

(cf. volume 25, page 55)

Joanne Marois, ergothérapeute:

"Q. Vous affirmez que si il y avait des services disponibles de spécialistes comme vous, ergothérapeute, presque tous les...les patients adultes peut en bénéficier de ces services?

R. La grande majorité, oui."

(cf. volume 11, pages 133-131)

Hélène Fréchette, ergothérapeute:

"...on demande très peu de consultations dans le but de faire de la réadaptation, on reçoit très peu de demandes.

Q. Est-ce que la clientèle qui est au groupe 3.3 bénéficierait de tels services?

R. Oui, comme tout bénéficiaire à l'hôpital."

(cf. volume 5 B, page 15)

Dr. Mackay, (directeur général):

"C'est clair qu'ils ont pas le potentiel pour devenir des universitaires mais c'était pas le but qu'on s'était donné non plus. mais une qualité de vie accrue, une autonomie accrue et il y a des surprises qui ont dépassé nos espérances. Des gens par exemple, dont on aurait jamais cru qu'ils pouvaient travailler, qu'ils ont une job."

(cf. volume 2, page 25)

b) BESOINS

Les malades mentaux sévères ont besoin d'hospitalisation dans certains cas, mais pas les déficients (Dr. Blanchet, volume 7B, pages 40 à 42). Plusieurs facteurs font que pour certains cas l'hôpital reste encore requis. (Dr. Mackay, volume 2 A, page 17). Cependant. Les enfants n'ont pas tous des programmes de

réhabilitation ou de thérapie directe. Chez les adultes, un seul psychiatre est responsable de l'ensemble des patients.

Le besoin de réadaptation n'est pas réservé à ceux qui sont déficients: les malades peuvent en profiter aussi (Asselin, volume 4 B, page 56), par exemple s'ils ont développé des troubles de comportement suite au manque de stimulation découplant de l'institution (Blanchet, volume 76, page 86).

Les déficients ont des besoins de réadaptation et n'ont probablement que ces besoins. Nous avons constaté le consensus sur leur potentiel de réadaptation. Le docteur Galiana nous dit:

"R. Bien, c'est des patients hospitalisés qui souffrent d'une aliénation mentale sévère ou profonde, qui ont besoin plutôt de la réadaptation plutôt que d'un traitement psychiatrique. Ça veut pas dire qu'ils ont pas besoin d'être vus par un psychiatre deux (2) fois par année ou une (1) fois par mois, peu importe le ratio, mais qui n'a pas besoin de rester dans un hôpital psychiatrique."

(cf. volume 45, page 62).

Malgré que les autorités soient conscientes des besoins de réadaptation, on constate qu'il n'y a pas de direction de la réadaptation à l'hôpital, même si ce genre de direction existe

ailleurs (Frechette, volume 5, page 20). Les autorités sont au courant de ce besoin depuis cinq (5) ou six (6) ans.

B PROGRAMMES ACTUELS:

Nous allons étudier les programmes et services qui sont en place et leur valeur.

1- MODULES

Quelques modules sont créés suite à l'initiative de gens qui ont des idées:

"mais des gens qui ont de l'initiative et de l'enthousiasme et une certaine constance, disons dans leur... dans leur travail, ils avaient la possibilité de développer à leurs frais et selon leur énergie, etc., des initiatives:"

(cf. Blanchet, volume 59, page 13)

François Dumesnil a proposé un module psychodynamique et après quelques rencontres avec la direction, on a accepté l'idée qu'il coordonne le travail de cette unité (Dumesnil, volume 63, page 63).

Ninon Charest nous parle de son projet L'envol qu'elle a commencé

et qu'on lui a permis de faire évoluer (Charest, volume 18 A page 88).

La direction ne semble pas avoir l'initiative de démarrer des programmes:

"comment ça se passait dans l'hôpital c'est un peu de la façon suivante: c'est que les gens qui avaient de l'initiative... O.k., on a pas de plan directeur, on a des souhaits de la part de la direction"

(cf. Blanchet, volume 59, page 13)

2- PÉDAGOGIE, ATELIERS:

a) PÉDAGOGIE

La pédagogie est destinée aux jeunes enfants, (Galiana, volume 3, page 4) et ne relève pas de l'hôpital, mais de la C.E.C.M.

(Galiana, volume 3, pages 8 à 10). Il y a 90% des enfants qui la fréquentent. (cf. St-Cyr Ferrot volume 4, page 32) Cependant la pédagogie est fermée l'été (Morin, volume 8 A, page 46).

b) ATELIERS

Le docteur Galiana nous décrit le but des ateliers et

identifie la clientèle qui les fréquentent:

"Les ateliers sont adressés plutôt à la population adulte, les jeunes adultes, ça commence à environ seize (16) ans. Alors, là-dedans, c'est un système dans lequel on essaie de...faire l'initiation au travail à l'apprentissage, aux méthodes très élémentaires du travail dans le but évident, premièrement de les tenir occupés pendant le temps qu'ils sont à l'hôpital si possible mais surtout dans le but qu'ils apprennent quelque chose qui pourrait leur permettre de s'intégrer de façon plus normalisante"

(cf. Dr. Galiana, volume 3 A, page 4)

Les ateliers visent une sorte de réadaptation. Les ateliers fonctionnent au ralenti durant l'été, (Morin, volume 8, page 46) et la fin de semaine (Galiana, volume 8 A, page 44).

Il y a cent cinquante-neuf (159) bénéficiaires externes et cent trente-sept (137) internes qui fréquentent les ateliers (Labbé, volume 53, page 9).

Les horaires des ateliers sont les suivants:

"Règle générale, c'est de jour, de huit heures et

quart (08h15) à quatre heures (16h00).

Q. Bon monsieur Morin, si je comprends bien, la clientèle arrive à neuf heures et quinze (09h15) le matin pis le...

R. Entre neuf heures (09h00) et neuf heures et quinze (09h15).

...retournent euh...dans leur groupe sur l'heure du midi?

Q. A...à quelle heure?

R. Midi moins quart (11h45).

Q. Pis ils vont retourner euh...

R. Ils partent à une heure (13h00) pour être aux ateliers entre une heure (13h00) une heure et quart (13h15).

(cf. Morin, volume 8 B, pages 121 à 124)

Et l'activité se termine à 15h00 (Labbé, volume 53, page 42) plutôt qu'à 17h00 parce que le transport se fait en même temps que celui des bénéficiaires qui vont à la pédagogie.

La raison essentielle pour laquelle il y si peu d'adultes aux ateliers est le manque de place, malgré que: "au moins une centaine de personnes de plus auraient pu en profiter." (Labbé, volume 53, page 25).

D'après Monsieur Morin, étant donné le problème d'espace et de budget limité, ce ne sont pas tous les bénéficiaires qui sont capables de fréquenter les ateliers qui en profitent. Y-a-t-il une liste d'attente?:

"D. ...Vous nous avez dit qu'il y avait, environ, là, deux cent trente-sept (237) clients qui fréquentaient les ateliers. Est-ce que vous pouvez nous dire si il existe une liste d'attente aux ateliers?

R. Formellement, je pourrais pas vous dire si il y a une liste d'attente. Officieusement, il y en a une. Il y a plusieurs groupes, il y a des intervenants des groupes qui nous répètent, régulièrement, qu'ils comprennent pas pourquoi un tel de leurs clients est aux ateliers puis un tel autre est pas aux ateliers ayant tous les deux (2)... je veux dire, de façon évidente, les mêmes aptitudes de...de venir aux ateliers. "

(Morin, volume 5, page 123)

2- PROGRAMMES PROFESSIONNELS:

a) EXISTENCE

Les interventions des services professionnels (ergothérapie, physiothérapie etc.) doivent être précédées d'une demande écrite et signée par un médecin. On considère ces services comme des consultations (volume 4 B, page 107). Les ergothérapeutes font participer les intervenants à l'application des traitements (Lacasse, volume 8 A, page 84), et leur donnent une formation en vue de cette participation (Marois, volume 11 A, page 8)

b) PROBLEMES

Manque de continuité, de suivi thérapeutique (Asselin, volume 5 page 61) (Marois, volume 11 A page 9) ce qui découle en un continuél recommencement:

"...l'absence de continuité, c'est peut-être le...
une des raisons fondamentales des éternels recommen-
cements de septembre. C'est-à-dire que bon, une équipe
se mobilise, organise quelque chose, fait un certain suivi
puis ça perd de la continuité en cours d'année, les
vacances arrivent et en septembre, tout le monde se retourne
pour...pour discuter de ce qu'il va arriver dans la

prochaine année, dans le prochain semestre et là, ça recommence là ; l'appel du temps à l'arrêt parce qu'on a perdu le fil des interventions avec l'incohérence qui est insupportable au moment de la communication et tout le reste (incompréhensible)." (cf. Lamy, volume 10 A, page 44).

Manque d'intervenants pour appliquer les programmes: - S'ils sont deux en présence de onze (11) ou douze (12) patients il est difficile de prendre un bénéficiaire à part (Fréchette, volume 5 B, page 16). De toute façon ils n'ont pas le temps d'appliquer les programmes qui demandent beaucoup de temps. (Lacasse, volume 8 B, page 87)..

Mentalité des intervenants face aux programmes:

Des intervenants font des demandes de matériel et quand il arrive, ils refusent de l'utiliser, ou ils changent d'idée. (Fréchette, volume 5, page 28) Il y a trop peu de demandes, malgré les possibilités de profits que les programmes représentent pour les bénéficiaires (Fréchette, volume 5 B, page 15). Souvent les intervenants ne veulent pas changer leur façon de travailler:

"...quand je retourne des fois pis je dis euh...

bon ben écoute pourquoi ça fonctionne encore de même,

ah ben parce que moi j'ai toujours fait de même pis
ça a toujours marché t'sais bon. Ben ouais mais il
suffit qu'un jour il s'étouffe pis c'est fini t'sais
euh... bon alors c'est des réponses du genre"

(cf. Marois, Volume 11, page 125)

La mentalité tend plus vers la satisfaction des besoins
immédiats que vers l'acquisition de l'indépendance.

"R. En ayant essayé d'introduire dans mes groupes des
principes de réadaptation, des programmes de
réadaptation. j'ai trouvé ça très difficile parce que
je ne sentais pas qu'il y avait une mentalité là
d'amener le patient vers un état où il est plus
fonctionnel, où il peut être plus indépendant. J'ai
plus eu l'impression que c'est de ... l'esprit est de
répondre aux besoins immédiats du bénéficiaire, des
besoins très concrets là, être nourri, être lavé, être
propre.

Q. Dois-je comprendre que si on se préoccupe d'être
propre, lavé et nourri, on reste là pendant des années?

R. Si on ne tend pas vers l'indépendance.

D. Et c'est seulement en tendant vers l'indépendance qu'on a l'espoir de sortir?

R. Oui."

(cf. Fréchette volume 5 B. page 64)

En effet, semble-t-il: "un plus grand effort à court terme éviterait un moindre effort à long terme". (Lacasse volume 8 B. page 55).

Dans un cas précis, des ergothérapeutes avaient préparé un programme d'auto-alimentation pour une patiente qui avait des problèmes de mastication. On prévoyait une nette amélioration en quelques mois mais le programme a été abandonné et la patiente mange des purées et du hachis. (cf. Lacasse, volume 8 B. pages 28 à 36)

Malgré l'existence de tous ces programmes, un pourcentage important des bénéficiaires n'en profite aucunement, et ne reçoit pas les services nécessaires et potentiellement existants, pour lesquels ils ont des besoins.

C ACTIVITES DES PATIENTS QUI NE PROFITENT PAS DES PROGRAMMES ACTUELS:

1- JOURNEE-TYPE:

Monsieur Morin nous a décrit l'horaire d'une journée-type si deux employés accompagnent un groupe (la moyenne est de 2,5 employés par groupe)

7H30 à 9H00:	Lever...déjeuner	2 employés
9H00 à 10H15:	Ménage, lavage, bains	2 employés
10H15 à 10H30:	Pause d'un employé	1 employé
10H30 à 10H45:	Pause de l'autre	1 employé
10H45 à 11H00:		2 employés
11H00 à 12H00:	Dîner d'un employé	1 employé
12H00 à 12H30:	Dîner des patients	2 employés
12H30 à 13H30:	Dîner de l'autre	1 employé (sieste)
13H30 à 15H30:	Activités	2 employés

(cf. Morin, volume 8, pages 19 à 29)

2- FINS DE SEMAINES, ETE

Pendant les fins de semaines, il y a moins d'employés en fonction (cf. St-Cyr Ferrot, volume 4 A, page 117), bien qu'il y ait plus de patients dans les groupes (cf. Galiana, volume 3, pages 14 à 17) et de plus le taux d'activité est diminué (Galiana, id). Le docteur Galiana nous propose une explication

de cet état de faits:

"...comme tous les enfants normaux qui vont à l'école, ils ont deux (2) journées par semaine à plus ou moins s'amuser, rien faire. C'est évident qu'à l'hôpital on peut structurer des choses. Il y a des activités, des loisirs. Les gens de loisirs travaillent la fin de semaine. Mais ça ne paraît pas tellement aberrant que deux (2) jours par semaine, il y a moins d'activités organisées et structurées et malgré que dans certains cas ça pourrait être bénéfique. Mais je ne pense pas que sept (7) jours par semaine, il doit y avoir des activités très structurées et structurantes. C'est un peu comme le principe de la normalisation. C'est-à-dire qu'on doit faire avec nos jeunes patients un peu comme on fait avec nous-mêmes, avec les gens normaux."

(cf. Galiana, volume 3 A, page 16)

De plus, le père d'un bénéficiaire a témoigné:

"...il y a des fois qu'on arrive dans le groupe, surtout les fins de semaine souvent qu'il y a une (1) personne ... dans le groupe.

Q. Une (1) personne, un (1) employé-là?

R. Euh ... oui, un (1) employé dans le groupe pis euh ... je sais pas, tu arrives à n'importe quelle heure dans l'après-midi pis euh ... ils sont tous couchés pis euh ... ils dorment pas mais ils sont couchés parce que il y a une (1) personne, moi j'en déduis c'est parce qu'il y a une (1) personne pis euh ... je sais que la dernière fois la personne était à la table pis elle lisait des papiers pis euh ... toutes sortes de choses-là, je sais pas si c'était les plans de soins ou quelque chose comme ça, mais les enfants étaient couchés pis euh ... à la minute qu'il y en a un qui se lève, ben elle l'envoie se coucher."

(cf. volume 23 B, page 63)

L'été, le personnel est restreint et les patients sortent peu.

(Morin, volume 8 A, page 48)

3- MANQUE D'ACTIVITES

Il n'existe pas de directives formelles sur les activités ou leur planification. En fait, c'est le groupe lui-même qui détermine les possibilités d'activités:

a) EN FONCTION DE L'HORAIRE

(cf. Morin, volume 9 A, page 72)

b) EN FONCTION DU MANQUE DU PERSONNEL:

"R. Non, je pense qu'avec deux (2), comme vous disiez, ils ne peuvent que répondre aux besoins de base qui sont de ...

Q. Les nourrir, les laver, puis ...

R. Oui.

Q. ...les habiller?

R. Les changer quand y mouillent, puis ...

Q. Et les coucher?

R. ... et faire de l'occupationnel, bon, les amener peut-être dehors prendre une marche, mais c'est, y a rien de thérapeutique comme tel, y a pas quelque chose de thérapeutique comme tel.

Q. Et ça c'est jour après jour?

R. Oui."

(cf.Lacasse volume 22 A, page 112)

c) EN FONCTION DE L'IMPLICATION DES INTERVENANTS:

"Euh...au niveau des activités, moi je dirais que bon, il y en a pas. Il y en a dans certains groupes. Je veux dire c'est certain qu'il y a des gens euh ... qui investissent plus que d'autres dans certains groupes qui vont fournir des activités de temps à autres. Par contre c'est pas la majorité, c'est pas la majorité des groupes, ce qui veut dire que beaucoup de clients n'ont absolument rien à faire durant la journée."

(cf. Lacasse, volume 7 B, page 25)

d) EN FONCTION DES GOUTS ET DE L'ETAT DU PERSONNEL:

"...Très rare étaient les groupes qui avaient une programmation, bon, programmation d'activités structurées, où chacun savait où y s'en allait, c'était au jour le jour, les gens décidaient, bon, "Aujourd'hui on fait ça", "On fait-tu pas ça", dépendamment, bon, de, des affinités de chacun, des goûts de chacun, puis de l'état de chacun cette journée-là."

Q. Est-ce que vous pouvez ...

R. Compte tenu aussi, bon, du nombre de gens qui étaient auprès des enfants, de ces enfants-là, à ce moment-là, je pense que deux (2) personnes pour dix

(10) enfants, c'est pas comme quatre (4) pour dix (10) aussi. y a. je pense qu'il fallait tenir compte de ça aussi."

(cf. Marquis, volume 22 A, page 39)

e) EN FONCTION DE L'INSECURITE DU PERSONNEL:

Due au manque de présences (Morin, volume 3 A, page 33).

A cause aussi des plans de traitements (Leriché, volume 6 A, page 54) et de plusieurs autres facteurs.

CONCLUSION

Suite à ce manque de structure pour les activités, on se retrouve devant les constatations suivantes:

"Q. A l'hôpital même, qu'est-ce que les patients font à la journée longue? Il y a un certain nombre qui va à l'école mais quand ils ne sont pas à l'école, qu'est-ce qu'ils font?

R. Moi, ce que je constate le plus souvent c'est que ils font rien. Ils sont assis. Ils se bercent. Ils se branlent. Je dis bien que je constate, habituellement, que c'est ça qui se passe. A certains moments, en pédo-psychiatrie, bon, effectivement, qu'il

y a des périodes où soit qu'il y a des prises en charge pour des thérapies ou qu'il y a des activités ou on les promène dehors ou...bon, il y a l'éducation physique, là, où qu'il y a des périodes à consacrer à chaque groupe mais en dehors de ça, non). Je les vois assis dans le groupe". (Asselin, volume 5 A, page 58)

"D. D'accord. Au niveau des activités, quand vous allez dans le groupe où est votre enfant est-ce que vous savez ...

(...)

R. C'est une autre chose qui me tient à coeur puis que je déplore énormément, c'est que les enfants sont toujours assis: on les lève le matin, on les lave, on leur donne à déjeuner, on leur fait regarder la télévision. On leur donne à dîner, on leur fait faire la sieste même s'ils ont rien fait et puis après, bien on leur donne à souper, on les sort un petit peu faire une marche autour de l'Hôpital ou faire du libertinage, comme ils appellent..." (témoin, volume 22(b), page 67)

La télévision est ouverte à longueur de journée, pour donner une "impression" d'activité (Morin, volume 8(a), page 28). Mais ce sont les intervenants qui la regardent (Leriche, volume 6(a), page 28). De toute façon, très peu de clients peuvent en

profiter (Lacasse, volume 7(b), page 26).

En fait, les patients qui dérangent ont des programmes tandis que les patients plus apathiques sont laissés de côté.

R. Pour ceux qui dérangent, oui, on essaie toujours de faire en sorte qu'ils ne dérangent plus.

Q. Comment?

R. Pour ceux qui ont des problèmes, je parle de ceux qui ont des problèmes de ... d'agressivité euh ... des fugues, de gros problèmes de comportement, ceux qui s'automutilent euh...c'est certain qu'on essaie de faire en sorte de régler ces problèmes-là. Mais pour euh... la quantité de gens qui sont ... que leur déficience amène une apathie plus que d'autres choses, eux n'ont pas d'autres services d'offerts en général, parce qu'on est jamais consulté pour les gens naturellement qui... qui n'ont pas vraiment de problèmes flagrants euh ... parce que si ils ne dérangent pas euh ... sont vite habillés euh ... vite nourris, et pis euh ... sans problème."

(cf. Lacasse, volume B B, pages 58-59)

D CADRE MEDICO NURSING

1- PHILOSOPHIE:

Parce que Rivière-des-Frairies fonctionne selon une structure hospitalière, 25% des intervenants dans chaque unité de vie sont des infirmières, indépendamment de l'état des bénéficiaires (malade ou déficient) (Dunn, volume 81, page 40).

Le docteur Nérée nous dit:

"R. Oui, excepté que il y a beaucoup de patients qui ne sont pas psychiatriques, qui sont encore dans les murs de cet hôpital.

Q. Est-ce qu'il y a une raison pourquoi?

R. Parce que ils sont en train ... on est en train de leur préparer graduellement à sortir.

(...)

R. Non, mais il y en a ... il y a un bon quart de patients qui n'ont vraiment pas de problèmes psychiatriques et qui n'ont ... qui ne nécessitent aucune intervention médico-nursing, si vous voulez."

(cf. volume 61, page 39)

"R. Un quart (1.4) au moins.

Q. Au moins vingt-cinq pour cent (25%)...

R. (inaudible)

Q. ...de patients qui ont pas besoin du médico-nursing du tout?

R. Du tout.

Q. Et tout le monde maintenant est régi par un régime de médico-nursing, peu importe les besoins?

R. Parce que c'est un hôpital." (cf. volume 61, page 42)

Le médecin traitant est le "maître-d'oeuvre". il a le pouvoir de décision et il consulte quand il le juge nécessaire (Galiana, volume 46, pages 88, 89 et volume 45, page 114). L'hôpital fournit un médecin traitant à chacun des patients (Galiana, volume 45, page 23) Pour un certain pourcentage de la clientèle déficiente il y a lieu de se demander si le médecin est le professionnel approprié étant donné leurs besoins. D'autre

part, la même équipe soignante pour tous les patients est une conséquence du modèle médical (Galiana, volume 45, pages 57 à 61).

Une infirmière par groupe, c'est la philosophie des soins infirmiers (Ferrot, volume 4(a), page 18): philosophie de soins qu'on essaie de garder pour toutes les différentes équipes (St-Cyr Ferrot, volume 39, page 140)

2- POUVOIR:

L'hôpital fonctionne donc selon un modèle médical: Les infirmières y ont des responsabilités importantes (Galiana, volume 46, pages 44 à 51).

Madame Ghislaine St-Cyr Ferrot nous dit:

"...c'est l'infirmière qui doit évaluer le patient, compte tenu de ses besoins, et à ce moment-là, compte tenu des besoins, bon, établir les priorités qu'elle discute avec l'équipe. Faute faut pas oublier..." (volume 39, page 148)

"...Bien, disons, c'est sa responsabilité à l'infirmière, de déterminer quels sont les besoins..." (volume 39, page 149)

Q. C'est le pivot au niveau de l'intervention...

R. Oui. C'est elle qui est responsable du soin global

...

Q. C'est ça.

R. ...du patient et c'est elle qui est responsable de l'élaboration du plan de soins.

Q. Et ...Oui?

(cf. St-Cyr Perrot, volume 39, page 150)

3- PROBLEMES:

Le cadre médico-nursing ne convient pas pour les déficients:

"...et si la déficience n'est pas quelque chose qu'on peut guérir, mais plutôt quelque chose que on a besoin des apprentissages...

R. Hum... hum.

Q. ...pourquoi toutes ces personnes se trouvent dans

un hôpital, dans un module médical?

R. C'est ça, alors euh ... ça a pas de bon sens.

Absolument d'accord, ça a pas de bon sens."

(cf. Blanchet, volume 58, page 11)

Le docteur Blanchet et Mme Turmel considèrent que les psychiatres, médecins et infirmières ne sont pas formés pour la réadaptation et l'apprentissage (Blanchet, volume 77, page 90 et volume 55, pages 23-24) donc que leur approche n'est pas axée sur la déficience (Turmel, volume 10(a), page 12). Et Jean-Guy Lavoie, éducateur spécialisé pense qu'on n'utilise pas assez la formation des éducateurs parce que l'hôpital ne privilégie pas assez la rééducation (Lavoie, volume 20(b), page 42).

En ce qui concerne la vie sexuelle des patients, aucune politique ou directive n'existe à sa connaissance. Dans le groupe de Christianne Villiard, on permet les relations sexuelles en autant que ce soit en privé et qu'il y ait consentement (volume 24(a), pages 36 à 38). Il semble donc que l'attitude soit en fonction des valeurs de l'équipe soignante, ce qui peut créer de la confusion hors du changement de groupe d'un bénéficiaire.

Chaque unité traitante comprend généralement quatre

intervenant: une infirmière, un éducateur spécialisé et deux éducateurs, et ce, indépendamment de:

1. l'âge des bénéficiaires;
2. leur diagnostic;
3. les dépôts aux ateliers;
4. la lourdeur des handicaps.

Enfin, les besoins d'accompagnement ne sont pas considérés. Il nous semble qu'une évaluation comparative des forces et des besoins des patients ainsi que des employés serait très utile lors de la formation et de l'affectation des équipes soignantes.

Pour terminer, nous laissons la parole à Michel Normand, ex-chef assistant de la psychiatrie adulte:

"Q. Est-ce que vous pouvez nous dire si, de la part de la direction du nursing... si vous aviez une bonne collaboration dans la mise en application de ces programmes-là?

R. Non... du tout.

Q. Comment est-ce que ça s'explique?

R. Bon, écoutez... on répétait... on a répété à

maintes reprises que je prenais... je prenais beaucoup trop de place... au niveau de la programmation, au niveau de la réadaptation et c'est bien certain que c'était... je dirais que j'empiétais sur le terrain du nursing: si la réadaptation gagne du terrain... eux doivent reculer nécessairement et, non, je n'étais pas bienvenu et je n'avais pas de collaboration."

(cf. volume 73, pages 25-26)

R. La direction des soins infirmiers occupe une grosse grosse grosse place à l'hôpital.

Q. Bon, non seulement dans la structure?

R. A l'hôpital... elle occupe une grosse place... Au fond, face à un développement quelconque, il est toujours très important de convaincre la direction des soins, du bien fondé de cette programmation ou de la démarche.

Q. C'est plus difficile de convaincre la D.S.I. que la direction générale et la D.S.P.?

R. Beaucoup plus difficile de convaincre la D.S.I. que la D.S.P., oui.

PAR MONSIEUR LE COMMISSAIRE:

Q. Pourquoi?

R. Parce que si... D.k.... deux (2)... je vois deux (2)... deux (2) raisons: parce que d'abord, face à la programmation, la D.S.F. est à peu près toujours d'accord... tu proposes et tu... tu discutes dix (10) minutes, puis D.k.. va-s-y, essaye-le, on va voir ce que ça va donner... alors qu'à la D.S.I.. c'est bien certain que... il ne faut pas que tu empiètes... sur la chasse... cette chasse... tu es dans un hôpital, donc les soins occupent une grosse place et faut pas que la... que la D.S.I. perde... perde du terrain."

(cf. volume 73, pages 77-78)

E RESSOURCES, REEDUCATION

1- EXISTENCE:

L'hôpital possède entre autre un permis de centre d'accueil (Galiana, volume 45, page 94). Rien ne s'oppose en principe à l'aménagement de ressources de type rééducation, qui existent déjà potentiellement: ressources para-médicales, ergothérapie,

physiothérapie, éducation physique, orthophonie, audiologie, psychologie, pédagogie; il y a déjà un certain nombre de ces postes qui existent (Galliana, volume 2, page 127). Une partie importante de ces services est axés sur l'autonomie fonctionnelle et la réadaptation, comme l'ergothérapie (Asselin, volume 4(b), page 55). Les éducateurs spécialisés sont des spécialistes de l'apprentissage (Lavoie, volume 20 B, pages 28-29). (Leriché, volume 6(a), page 41). Le docteur Blanchet nous explique que le personnel est déjà sensibilisé et que les parents des bénéficiaires de Rivière-des-Frairies sont extrêmement structurés et actifs (Blanchet, volume 58, page 20) et, pour lui, les parents en rééducation ont un rôle très important à jouer (volume 77, pages 27 à 37).

2- UTILISATION:

Un témoin nous dit que la formation des éducateurs spécialisés n'est pas reconnue à sa juste valeur (Lavoie, volume 20(b), page 46) ils sont laissés pour compte ce qui cause de la démotivation (volume 20(b), page 45) et des pertes d'acquis (Lavoie, volume 20(b), page 42).

Les éducateurs spécialisés ne sont pas assez écoutés (Côté, volume 20(b), page 72) et il y a une frustration qui découle du manque de ressources et de personnel. Si la formation en cours d'emploi est offerte, on ne vérifie pas si elle est utilisée

(Côté, volume 20 B, page 74).

Quant à l'utilisation de cette ressource que constitue les parents, ils ne sont que peu informés ou consultés. Nous avons l'impression que les personnes les plus près des bénéficiaires ne sont pas assez consultées ou écoutées.

3- INSUFFISANCE DU PERSONNEL:

Le personnel rencontre-t-il les besoins des patients? En considérant cette question, il faut se demander pourquoi les équipes traitantes ont, règle générale, la même composition dans chaque groupe (i.e. une infirmière, un éducateur spécialisé et deux autres éducateurs). De même, faut-il se demander pourquoi les besoins et le nombre de patients sont des facteurs qui entrent si peu en ligne de compte lors de la formation de chaque groupe d'intervenants.

Nous sommes d'avis qu'il faut plus de personnel parce que dans l'état actuel des choses, souvent les employés doivent se contenter d'être des "gardiens".

Il existe une liste de rappel d'employés pour combler les absences et autres besoins de personnel. Il serait souhaitable que ces personnes soient affectées au même groupe le plus souvent

possible. Autrement, ces employés doivent sans cesse s'adapter à de nouveaux groupes ce qui entraîne certains inconvénients.

(Volume 15 A, pages 71 à 78).

Par ailleurs, il n'y a qu'un psychiatre traitant en psychiatrie adulte:

"Q. Donc vous avez un (1) psychiatre pour combien de patients en adultes?

R. Là on a dit quatre cent cinquante (450) environ tout à l'heure, ou quatre cent soixante (460).

(...)

Q. Quatre soixante-neuf (469). Pis vous avez un (1) psychiatre pour quatre cent soixante-neuf (469) personnes.

R. C'est ça.

(cf. Mackay, volume 1, page 95)

Madame Ghislaine St-Cyr Ferrot nous dit que le nombre d'intervenants par rapport aux patients est, en moyenne, de 2.5 pour 12 (St-Cyr Ferrot, volume 4 A, page 16). Etant donné qu'il

n'y a pas de remplacements lorsque deux personnes seulement sont en présence. Il y a un épuisement professionnel qui se produit (Morin, volume 9, page 48). En effet, avec deux intervenants, on risque de ne pouvoir donner que les soins de base:

"Q. Quels sont les services qu'on peut donner à ce groupe de dix (10) très lourds, avec deux (2)

intervenants durant, journée après journée? Quels sont les services que l'Hôpital...

R. Les soins de base, les alimenter, les laver.

Q. Quels sont l'espoir qu'ils fassent du progrès?

R. Bien c'est ça, personne en a de l'espoir, compte tenu de cette situation-là.

Q. Donc....

R. Les employés du groupe en ont pas,...

Q. Dois-je comprendre que dans les groupes des plus lourds, en pédo, y a pas énormément d'espoir qu'ils puissent avancer, vu l'état des choses?

R. Bien si les gens sont à deux (2) toujours, oui, y a

pas d'espoir.

(cf. Marquis, volume 22 A, page 111)

D'après Madame Fréchette, le manque d'intervenants réduit de beaucoup les possibilités de programmes d'intervention en ergothérapie (cf. Fréchette, volume 5 B, page 16). Selon Johanne Marois:

"(...) ce que je vois c'est que il y a deux (2) personnes en place sur l'heure du repas euh... pour euh... voir à l'alimentation de douze (12) personnes. Alors c'est clair que si vous avez une programmation d'autonomie à l'alimentation qui demande donc du un (1) pour un (1) pour un certain temps euh... alors ça devient un peu aberrant de... en tout cas ça crée des problèmes tout au moins. Alors ça, ça vaut autant pour euh... l'alimentation que si il y a un apprentissage à faire mettons au moment du bain, apprendre à quelqu'un à se laver tout seul euh... encore là ça prend du un (1) pour un (1) pour un... un certain temps et ça vaut donc pour euh... tous les... la question des apprentissages. Euh... selon moi, il manque d'effectifs euh... à ce niveau-là. Et le personnel est peut-être euh... pas toujours bien utilisé non plus."

(cf. Marois, volume 11, page 56)

F NECESSITE D'UNE DIVISION

L'hôpital Rivière-des-Frairies a négligé de développer avec toute l'emphase et la cohésion nécessaire, des structures appropriées aux besoins d'une partie de sa clientèle. Monsieur Eddy Dunn, le président du Conseil d'administration dit:

"R. Non, non, je pense que si c'était la réalité que l'hôpital Rivière-des-Frairies comportait une majorité de gens qui n'ont pas besoin de soins psychiatriques, c'est clair qu'il faudrait se poser une question très fondamentale.

Q. Ca serait laquelle?

R. Bien, est-ce que ces gens-là... est-ce que c'est un hôpital psychiatrique que l'on a ou un centre de rééducation? C'est bien entendu mais actuellement ce n'est pas la situation."

(Dunn, volume 81, page 99).

Pour les adultes, il ressort de l'application de la grille de New-York (pièce E-50), que soixante-neuf (69) personnes sont

au niveau de vie en société. cent soixante-huit (168) ont besoin d'un environnement psychiatrique de réadaptation et deux cent vingt-trois (223) d'un centre de traitement psychiatrique intensif.

De plus, le docteur Nérée affirme:

Q. Au moins vingt-cinq pour cent (25%)...

R. (inaudible)...

Q. ...de patients qui ont pas besoin du médico-nursing du tout?

R. Du tout.

Q. Et tout le monde maintenant est régi par un régime de médico-nursing, peu importe les besoins?

R. Parce que c'est un hôpital."

(cf. volume 61, pages 63-64)

La nécessité d'une transformation n'est pas une idée nouvelle, en effet, voici ce que Monsieur Dunn, président du conseil d'administration en dit:

Q. Donc vous prévoyez vous-même, si je comprends bien, une division entre les personnes qui demandent un service d'éducation vis-à-vis des patients, qui demandent un service médical.

R. Les analyses de la planification stratégique nous amènent à cette conclusion.

Q. Donc si je comprends bien votre conclusion vous-même est que l'Hôpital doit diviser entre un côté éducatif et un autre côté soins médicaux.

R. Comme la grille de New-York l'a démontré.

Q. Mais indépendamment la grille de New-York, c'est votre conclusion de votre planification stratégique si je comprends bien.

R. Exactement. Exactement.

Q. Bon.

R. Il y a... il y a des patients pour lesquels on mentionne qu'il devrait se former un centre de rééducation spécialisé.

D. Donc si je résume très brièvement votre suggestion finale ou le fruit de votre travail c'est finalement que l'Hôpital doit être divisé entre un côté éducatif et un côté soin. Et dans le côté éducation, on doit placer des personnes qui sont déficientes ou surtout déficientes et dans le côté soin, on doit placer des personnes qui sont des malades, qui ont besoin des soins médicaux.

R. Effectivement, c'est un peu à ça que les conclusions nous amènent, c'est un peu aussi à ça que les études de la grille de New York... que les études de la grille de New York viennent confirmer (...) laquelle il faudra je pense discuter de la forme qui pourra avoir le centre d'accueil de rééducation, par le fait que il se retrouve que beaucoup de ces bénéficiaires ont aussi assez régulièrement besoin de soins infirmiers.

D. Est-ce que vous êtes d'accord avec moi également que ce côté centre d'accueil serait dirigé pas par un médecin mais par un éducateur (...)

R. Je laisserais au conseil d'administration de ce centre d'accueil le soin de choisir son directeur.

général."

(cf. Dunn, volume 81, pages 44 à 46)

Le docteur Blanchet, évoque la idée d'une transformation:

"D. ...prenant ça comme acquis, est-ce qu'il serait souhaitable que l'institution serait divisée en deux (2) tant que l'institution est nécessaire en attendant si plus de monde serait remis en société, pour que les déficients, avec leurs besoins différents que les malades, soient séparés des malades, avec des besoins différents des déficients et avec des programmations différentes"

R. Oui.

D. Votre réponse est oui. Est-ce que c'était une chose...

R. En attendant."

(cf. Blanchet, volume 78, page 44).

Le docteur Blanchet ajoute que l'essentiel est la stimulation, et que la stimulation venant du milieu environant

permet une évolution plus marquée que des programmes si bien appliqués soient-ils (Blanchet, volume 56, page 27). Il dit aussi que la stimulation se retrouve au niveau de l'Accompagnement (Blanchet, volume 56, page 29).

Et enfin il lui apparaît clair, du moins en théorie, qu'une division s'impose:

"D. (...) est-ce que c'est un point qui peut être litigieux, que des déficients mentaux et des malades "mentals" doivent être ensemble? Ou est-ce que ce n'est pas clair que ces personnes doivent pas être ensemble?"

R. C'est clair. C'est clair théoriquement. "

(cf. Blanchet, volume 78, page 27).

La direction reconnaît que la déficience et la maladie doivent être approchées différemment. Elle prétend que l'hôpital, par la création de modules distincts a déjà pris les mesures nécessaires pour répondre aux besoins des patients.

"D. Bon. Donc la question que je vous pose. Si cinquante pour cent (50%) de la population n'a pas besoin, d'après cette grille-là, d'être dans un

hôpital...

R. Hum... hum...

Q. ...pourquoi à l'intérieur même de l'hôpital, avec tous les experts que vous avez, vous n'avez jamais fait la division à l'hôpital pour traiter le nombre de personnes qui ont pas besoin de traitements hospitaliers avec emphase sur un certain traitement et traiter ceux qui ont besoin...

R. Ah mais euh...

Q. ...de traitements psychiatriques avec une emphase sur ces traitements-là?

R. Non mais...

Q. Pourquoi tous les patients sont mêlés ensemble avec les mêmes traitements?

R. Non mais ils sont... ils sont... il y a certaines unités comme je vous ai expliqué, on fait ça depuis plusieurs années, c'est évident de le faire de plus en plus avec des modules spécifiques dans lesquels les besoins des patients sont mieux suivis pour... avec un

traitement plus spécifique. On essaie de les regrouper par modules selon leurs besoins."

(Galliana, volume 4b, pages 42-43).

Le syndicat, d'autre part, par la bouche de son président, Serge Morin, considère que la division des bénéficiaires par besoins est plus adéquate:

"R. Nous, on considère qu'il serait plus adéquat que les services, les services sont différents dans les trois (3) types de clientèle, même si il est pas possible de toujours trancher au couteau la frontière entre la maladie mentale pis la déficience, il est très certainement facile pour un grand nombre de tracer une frontière évidente. Mais il y a des frontières qui nous échappent dans les organisations qui ont été faites pis dans les... dans les regroupements. Si dans certains cas, on peut toujours valoriser que c'est plus facile du point de vue institutionnel de regrouper ce type de pathologies-là, on dit O.K. on était peut-être prêt même à dire, à en discuter, ce qu'on nous a jamais demandé d'ailleurs, mais pourquoi retrouve-t-on dans d'autres groupes par contre des clientèles psychotiques, déficients, adultes et jeunes ensemble, qu'on retrouve encore dans la même unité, pourquoi ça?

Ca l'a aucun sens."

(Morin, volume 9 A, page 12).

Le regroupement des déficients avec les malades pose donc des problèmes. Mais cette division n'est pas la seule qui soit nécessaire. En effet, de nombreux témoignages mentionnent que les adultes et les enfants ne doivent pas être ensemble non plus:

"(cf. Morin, volume 9 A, page 13)"

"(cf. Mignot, volume 15 A, page 102)"

Cette transformation, cependant, ne doit pas s'effectuer sans précautions: nous avons vu l'effet que provoquent des réaménagements non planifiés.

Le docteur Blanchet nous parle des étapes nécessaires:

"LE COMMISSAIRE:

Q. Je suis un peu surpris peut-être de votre réponse parce que j'ai cru comprendre de ce que j'ai entendu à date, (...) que les besoins des déficients sont tellement différents que les besoins des malades "mentals".

R. Hm. hm.

Q. Un groupe a besoin d'apprentissage, des éducateurs, des psycho-éducateurs; un autre groupe a besoin des et des traitements.

R. Dépendant de l'état de chronicité, maître Shadley. Ce que je vous ai dit, il y a beaucoup de personnes atteintes de maladies mentales qui ont des besoins d'apprentissage considérables.

(...)

Q. (...) On est en train de dire qu'il sera difficile...

R. Oui.

Q. ... de mettre en pratique une division parce que des cas ne seront ... nous aurons des problèmes de décider dans quelle catégorie untel va tomber. Donc on a des problèmes de mettre ça en fonction.

R. Mais vous savez, on peut avoir l'illusion que par une structure nouvelle, on va répondre aux besoins.

(...) il y a des choses préalables. Je pense, à faire en terme d'unification, en terme d'orientation, en terme d'expertise, et caetera, avant de créer des structures.

Q. Dois-je comprendre que vous êtes en train de me dire qu'on ne doit pas viser une séparation des déficients des malades "mentals" et des programmes et des encadrements différents pour ces deux (2) groupes de personnes?

R. Oui, on doit le viser, dans un laps de temps raisonnable après s'être assuré qu'on a bien identifié les besoins de chaque bénéficiaire et que, deux, on a bien identifié les besoins de formation du personnel. Et ça, actuellement, à ce que je sache, ce n'est pas fait.

Q. Absolument pas. Donc, si je comprends bien, on doit viser ça, mais avant de l'atteindre, on doit décider exactement quels sont les besoins de chaque bénéficiaire et quelles sont les forces de chaque employé?

R. Oui. Et dans ce sens-là, vous avez peut-être besoin d'une phase de transition, avec une équipe qui

permettra de faire, de rétablir le dialogue avec des parents, de rétablir le dialogue avec le personnel et d'identifier encore une fois les besoins des bénéficiaires.

Q. Moi, je commencerais avec: identifier les besoins des bénéficiaires.

R. Vous avez raison. Vous avez raison. Vous avez raison."

(cf. Blanchet, volume 78, pages 31 à 34)

CHAPITRE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- A GENERALITES
- B COMPOSITION DE LA CLIENTELE
- C PLANS DE SERVICES INDIVIDUALISES
- D ISOLEMENT
- E TECHNIQUES AVERSIVES
- F ABSENCE DE DIRECTION DE LA REEDUCATION
- G UNIFORMITE DU MODELE MEDICO-NURSING
- H LE CONSENTEMENT
- I VOCATION PEDO-PSYCHIATRIQUE

CONCLUSION

A GENERALITES

Le conseil d'administration connaissait, à l'exception de quelques nuances, les problèmes soulevés durant l'enquête (Cf. M. Dunn, volume B1, page 20)

B COMPOSITION DE LA CLIENTELE

Le conseil d'administration savait que la clientèle de l'hôpital était en partie composée de personnes déficientes et partiellement de personnes souffrant de maladies mentales sans pour autant avoir d'informations sur la quantité de personnes de chaque groupe.

Le docteur Nérée nous dit qu'au moins vingt-cinq pourcent (25%) des patients n'ont pas besoin du traitement médico-nursing (cf. volume 61, page 42). La grille de New York indique qu'encore plus de bénéficiaires n'en ont pas besoin. (exhibit 50)

Sachant cela, ou du moins ayant accès à des outils d'évaluation adéquats pour obtenir un tableau plus précis de la situation, le conseil d'administration a-t-il pris les mesures nécessaires pour fournir des services qui correspondent aux besoins des bénéficiaires internés? Est-il acceptable de conserver un encadrement de type médico-nursing face aux besoins de la clientèle?

Monsieur Dunn nous dit:

"Non, non, je pense que si c'était la réalité que l'Hôpital Rivière-des-Prairies comportait une majorité de gens qui n'ont pas besoin de soins psychiatriques, c'est clair qu'il faudrait se poser une question très fondamentale.

Q. Ca serait laquelle?

R. Bien, est-ce que ces gens-là... est-ce que c'est un hôpital psychiatrique que l'on a ou un centre de

rééducation. C'est bien entendu mais actuellement ce n'est pas la situation."

(cf. Dunn, volume 81, page 88)

C PLANS DE SERVICES INDIVIDUALISES

Le président du conseil d'administration croyait qu'approximativement 75% de la clientèle avait des plans de services individualisés (volume 81, page 34) alors qu'en réalité, il y a moins de vingt (20) patients qui ont de tels plans.

D ISOLEMENT

Le conseil d'administration ignorait, avant l'enquête, le fait que dans une certaine unité, il y avait des isolements durant plusieurs heures sur une base thérapeutique (volume 81, page 39).

Le conseil d'administration ne reçoit pas de rapports statistiques sur l'usage de l'isolement. Le président du conseil ignore si de telles statistiques existent (volume 81, page 40).

E TECHNIQUES AVERSIVES

Le président du conseil d'administration ignore l'existence

et l'usage de techniques aversives (autres que l'isolement et la contention) à l'hôpital (volume B1, page 41).

F ABSENCE DE DIRECTION DE LA REEDUCATION

Il n'y a pas de raison particulière, sinon l'histoire et la structure hospitalière, qui expliquent l'absence d'une direction de la rééducation ou de la réadaptation pour la clientèle déficiente mentale (volume B1, pages 41-42).

G UNIFORMITE DU MODELE MEDICO-NURSING

On applique une méthode d'intervention uniforme avec des infirmières, même auprès de personnes déficientes, car on est dans une structure hospitalière (volume B1, page 43 et volume B2, pages 47 à 54).

H LE CONSENTEMENT

Le conseil d'administration a négligé d'instaurer ou d'appliquer une pratique adéquate en matière de consentements.

I VOCATION PEDO-PSYCHIATRIQUE

Malgré le fait que les trois quarts de la clientèle est composé d'adultes, l'hôpital se perçoit comme ayant d'abord une

location pécuniaire.

Il semble que la clientèle soit constituée un héritage avec lequel on doit composer avec difficulté (volume 1, page 137) Dunn (volume 82, pages 23-24). La répartition des psychiatres est d'environ 15 pour le secteur de pédo-psychiatrie (interne et externe) et environ 1.5 pour la clientèle adulte.

L'hôpital a négligé d'adapter sa structure aux besoins d'une partie importante de sa clientèle.

CHAPITRE

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

A CONCLUSIONS

B RECOMMANDATIONS

- 1- DIVISION DE L'HOPITAL
- 2- OMBUDSMAN
- 3- DISCUSSIONS DE CAS
- 4- DOSSIER MEDICAL
- 5- CONSENTEMENTS
- 6- ISOLEMENT
- 7- CONTENTIONS
- 8- TRAITEMENTS AVERSIFS
- 9- CURATEUR PUBLIC
- 10-ASSISTANCE AUX PARENTS
- 11-DIRECTEUR DE LA READAPTATION
- 12-QUANTITE DE PERSONNEL
- 13-PLAN DE READAPTATION
- 14-UNITES DE VIE
- 15-DROITS DE LA PERSONNE
- 16-HORAIRES DE TRAVAIL
- 17-TUTELLE

Il importe de préciser en premier lieu que nous n'avons pas examiné les questions relatives à la pratique médicale à l'hôpital Rivière-des-Franchises, considérant que cette question ne

relevait pas du mandat qui nous a été donné.

Pour le même motif, nous n'avons pas traité en détail de la problématique de la réinsertion sociale. Cependant, quelques témoins (cf. Blanchette, volume 56, pages 8 à 21 et 59 à 65; volume 57, pages 8 à 24 et 42 à 45; volume 78, pages 40 à 42) ont, lors des auditions, abordé cette question. Les notes sténographiques de tous les témoignages sont annexées au présent rapport.

En dépit du fait que certaines parties, dans leur mémoire, ont proposé des recommandations sur la question de la réinsertion sociale, nous n'aurons aucune recommandation à présenter sur ce point. Nous croyons cependant que c'est manifestement le but principal de tout hôpital ou centre d'accueil de viser à retourner leurs bénéficiaires dans la communauté.

B RECOMMANDATIONS

1. DIVISION DE L'HÔPITAL RIVIERE-DES-PRAIRIES

a) Nous recommandons que l'hôpital soit divisé en deux corporations distinctes avec deux conseils d'administration différents. D'une part, un centre d'accueil pour déficients mentaux dirigés par un directeur général spécialisé en

rééducation ou réadaptation avec un personnel principalement composé d'éducateurs: d'autre part, un hôpital psychiatrique pour adultes et enfants. Chacune de ces deux institutions devra séparer les adultes des enfants.

b) Nous recommandons d'assurer l'identification de la clientèle par un examen approfondi des dossiers par des experts afin de pouvoir répartir les bénéficiaires selon leurs forces et besoins vers l'un des groupes suivants:

1. Un centre d'accueil subdivisé entre adultes et enfants dont la vocation première serait de répondre aux besoins de la clientèle nécessitant principalement des services de rééducation ou de réadaptation et,

2. Un centre hospitalier subdivisé entre adultes et enfants dont la vocation première serait de répondre aux besoins de la clientèle qui requiert principalement des services de santé.

c) Nous recommandons que le personnel soit évalué en fonction de ses forces et de ses faiblesses.

2. OMBUDSMAN:

A l'hôpital, il n'y a aucun mécanisme bien établi auprès

duquel le personnel ou les parents peuvent porter plainte sans crainte (réelle ou appréhendée) de refus, ou de recriminations et aucun mécanisme pour protéger suffisamment les droits fondamentaux des bénéficiaires.

Nous recommandons donc la création d'un poste d'Ombudsman. La personne nommée à ce poste serait disponible aux bénéficiaires, parents et employés, et devrait être totalement indépendante et n'avoir à rendre compte que devant l'Assemblée Nationale.

3. DISCUSSION DE CAS

a) Nous recommandons que chaque bénéficiaire fasse l'objet d'une discussion de cas à tous les trois mois, c'est-à-dire qu'il y ait une rencontre entre le médecin traitant, l'équipe disciplinaire et l'équipe de base afin d'examiner chacun des cas.

b) Les parents (le cas échéant) et le curateur public ou privé doivent être informés à l'avance de cette discussion de cas et doivent y être invités.

4. DOSSIER MEDICAL

a) Nous recommandons que l'article 7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux soit amendée pour ajouter, après

les mots: "même aux fins d'une enquête". l'expression: "à moins que le conseil des Ministres en décrétant une enquête en ordonne autrement".

b) Nous recommandons que les parents ou leur représentant puissent avoir accès aux dossiers médicaux de leur enfant. (Sauf si celui-ci s'y objecte) et ce, peu importe le régime de curatelle en vigueur.

5. CONSENTEMENTS

Nous recommandons l'obtention d'un consentement éclairé pour chaque changement majeur au plan de traitement ou au plan de service du bénéficiaire. Sans être limitatif, le sens du mot "majeur" inclura:

1. tout changement de médication important;
2. tout changement de groupe de vie;
3. toute prescription pour l'isolement;
4. toute prescription pour un traitement aversif;
5. tout changement quant à la fréquentation des ateliers;
6. tout changement quant à la fréquentation des écoles;
7. tout changement de médecin traitant.

Le mot "éclairé" devra être interprété comme incluant une

rencontre avec les bénéficiaires dans la mesure du possible ou avec le parent et/ou tuteur pour les mineurs, et une rencontre avec le curateur public ou privé et les parents (s'ils sont impliqués) pour expliquer la raison du changement et pour obtenir leur consentement. Ce consentement doit être obtenu par le médecin traitant ou par l'hôpital, dépendamment du sujet.

L'hôpital doit obtenir à chaque année un renouvellement du consentement général au traitement pour chaque bénéficiaire qui demeure à l'hôpital. Ce consentement général ne couvrira que les traitements mineurs, un consentement spécifique étant requis pour les traitements majeurs. De plus, l'hôpital devra faire parvenir une fois par année un rapport, soit au tuteur, soit au curateur public ou privé, indiquant l'état de santé du bénéficiaire et les changements survenus depuis la dernière année. Advenant la création de deux corporations, ces recommandations s'appliquent également au centre d'accueil (en faisant les adaptations nécessaires).

6 ISOLEMENT

a) UN CENTRE DE CRISES

(i) Nous recommandons qu'un centre de crise soit créé, à l'intérieur duquel une infirmière spécialisée ou un médecin serait en devoir, assurant ainsi une présence continuelle d'un

professionnel auprès du patient. Dans ce centre de crise, le bénéficiaire pourrait au besoin être confiné dans une salle d'isolement faisant partie du centre, ou pourrait tout simplement passer une certaine période de temps avec l'intervenant.

(ii) Nous recommandons l'élimination des salles d'isolement partout à l'hôpital sauf au centre de crises où l'isolement sera contrôlé plus facilement et sa durée déterminée par un nombre très restreint de personnes assurant ainsi une consistance dans l'application de la politique de l'isolement.

b) CONSENTEMENT

Nous recommandons qu'un consentement écrit du bénéficiaire ou du représentant légal de celui-ci soit requis avant de prescrire tout isolement. Evidemment, l'isolement, dans l'hypothèse d'une crise soudaine, ne sera pas sujet à cette exigence. Dans chaque cas où le plan de soin prévoit l'isolement, un consentement doit être exigé.

c) CONTROLE

(i) Nous recommandons que la direction de l'hôpital prenne les moyens nécessaires pour s'assurer que la politique de l'institution relative à la durée de l'isolement soit suivie.

(ii) Nous recommandons que l'hôpital soit tenu de fournir au curateur public ou privé ou au tuteur et/ou aux parents une liste mensuelle des dates et heures et justification d'isolement pour chaque patient.

d) LES LIEUX PHYSIQUES

(i) Nous recommandons que les salles d'isolement, tant qu'elles restent où elles se trouvent, ou dans un centre de crises, soient munies d'un rideau pour couvrir la fenêtre de la porte et assurer ainsi une certaine intimité pour la personne isolée.

(ii) Nous recommandons que ces salles soient insonorisées de façon à éviter de créer une tension chez d'autres bénéficiaires.

(iii) Nous recommandons que la sécurité du bénéficiaire soit assurée par un environnement conçu à cet effet. Aucun objet dangereux ne doit demeurer dans la pièce.

(iv) Nous recommandons que l'éclairage soit propice au repos.

(v) Nous recommandons que ces salles soient capitonnées.

(vi) Nous recommandons que la ventilation et la température puissent pouvoir être ajustées de façon satisfaisante.

(vii) Nous recommandons que les couleurs de la pièce soient reposantes.

7 CONTENTIONS

(i) Nous recommandons de réviser les moyens, méthodes et durée des contentions actuellement utilisées:

(ii) Nous recommandons de s'assurer, advenant le cas où une contention est recommandée, que tous les autres moyens ou alternatives aient été envisagées;

(iii) Nous recommandons que lorsqu'une contention est indispensable, que celle qui est utilisée soit la moins astreignante.

(iv) Nous recommandons qu'à l'exception des situations d'urgence, un consentement éclairé soit donné avant de recourir aux contentions.

(v) Nous recommandons que des mécanismes de contrôles soient implantés quant à l'usage et à la durée d'utilisation des contentions. La justification de l'usage et de la durée d'utilisation de cette technique devra être faite auprès du représentant légal et/ou aux parents. Un compte rendu mensuel devra leur être expédié, faisant état de l'usage qu'on en a fait

durant cette période.

8 TRAITEMENT AVERSIF

a) Nous recommandons qu'une politique soit établie pour contrôler rigoureusement les traitements et les mesures aversives.

b) Nous recommandons qu'un consentement écrit et éclairé soit fourni avant que ces techniques soient appliquées.

A cet effet, nous recommandons que les normes du Ministère de la Santé et des Services Sociaux soient appliquées:

"1- L'usage des thérapies du comportement de type aversif doit toujours faire partie d'un programme thérapeutique complet, comprenant des objectifs spécifiques et mesurables pour chacun des bénéficiaires. Ce programme fait l'objet de révisions périodiques.

2- Les thérapies par aversion sont utilisées en dernier ressort et lorsqu'il y a des indications cliniques très précises.

3- A l'intérieur d'un même programme comportemental.

les renforcements négatifs doivent être accompagnés de renforcements positifs pour encourager les comportements adéquats.

- 4- L'usage des techniques aversives doit être systématiquement soumis à l'approbation du directeur des services professionnels de l'établissement concerné. Ce dernier doit réviser périodiquement les normes d'utilisation des techniques aversives dans son établissement et tenir un registre détaillé de l'utilisation des renforcements négatifs à l'intérieur d'un programme thérapeutique.
- 5- Avant de procéder à ce genre de traitement, il est nécessaire d'obtenir le consentement du bénéficiaire ou des parents ou du tuteur s'il s'agit d'un enfant. Ce consentement peut être annulé à n'importe quel stade du traitement.
- 6- L'utilisation des techniques aversives doit être supervisée par un professionnel compétent en la matière, un psychologue ou un psychiatre. Leur application est faite par un personnel soumis à un programme d'entraînement adéquat."

(cf. exhibit E-58)

9 CURATEUR PUBLIC

Malgré que cette enquête ne porte pas sur le curateur public, nous recommandons que soit examinée sa façon de représenter "la personne" de ses administrés qui vivent présentement à l'hôpital Rivière-des-Prairies.

10 ASSISTANCE AUX PARENTS

Vu qu'un certain nombre de bénéficiaires sort de l'hôpital pour passer soit des fins de semaine soit une période vacances (Noël et/ou été) avec leurs parents:

Nous recommandons que l'hôpital établisse un système offrant aux parents des services afin de les aider à leur domicile si leur enfant choisit de retourner vivre avec eux. Le bénéficiaire peut continuer à utiliser les facilités de l'hôpital (pédagogie, ateliers et loisirs).

11 DIRECTEUR DE READAPTION

Nous recommandons qu'un directeur de réadaptation soit engagé.

Il aura la même autorité et le même pouvoir que les directeurs de

soins infirmiers des services professionnels.

Advenant la division de l'hôpital en deux corporations, cette personne pourrait éventuellement devenir le directeur général de la corporation centre d'accueil.

12 QUANTITE DE PERSONNEL

Nous recommandons que le personnel soit augmenté afin de permettre aux bénéficiaires de recevoir les services requis suivant leurs besoins.

Nous recommandons que cette augmentation soit réalisée par:

- a) l'addition de personnel à temps plein;
- b) une plus grande utilisation de bénévoles;
- c) l'embauche d'étudiants de CEGEP ou d'Université.

Nous recommandons également l'embauche massive d'étudiants durant la période estivale pour les motifs suivants:

1. il manque de personnel durant l'été puisqu'un certain nombre d'employés réguliers prennent leur vacance.
2. la température est favorable et permet aux bénéficiaires de sortir à l'extérieur;
3. l'école est fermée et les ateliers sont moins fréquentés donc

12. Le plus de bénéficiaires dans les unités :

1. Les étudiants peuvent recevoir un entraînement nouveau;
2. Les étudiants peuvent être "libérés" pour les possibilités de travail et de développement.

13. PLAN DE RÉADAPTATION

Nous recommandons que soient installés de véritables plans de réadaptation adaptés aux besoins de la clientèle et appliqués par une équipe multidisciplinaire (soins directs et indirects).

Cette équipe veillerait de plus à ce que tous et chacun aient un programme individualisé et qu'un suivi se fasse par réunions d'équipes et discussions de cas régulières.

14. UNITÉS DE VIE

Nous recommandons que le personnel pour les unités de vie soit choisi en nombre et en spécialité selon les besoins de la clientèle.

Nous considérons qu'affecter une même allocation des ressources (qualité et quantité) dans les unités de vie, indépendamment des besoins de la clientèle constitue une mauvaise utilisation du personnel.

15. DROIT DE LA PERSONNE

Nous recommandons que des efforts soient faits immédiatement pour rendre les conditions de travail plus normales possibles.

incluant mais sans limiter:

1. individualisation des vêtements (bas et sous-vêtements);
2. élimination des toilettes réservées au personnel;
3. respect de la dignité de la personne concernant les bains et les douches.

HORAIRES DE TRAVAIL

Nous recommandons que les horaires de travail soient conçus de manière à prévoir une période de transition de quinze (15) minutes pendant laquelle les quarts de travail se chevaucheraient.

17 TUTELLE

RAISONS DE LA TUTELLE:

Lorsque le conseil d'administration de l'hôpital est mal informé ou pas informé de l'ampleur de certains problèmes à l'hôpital, on tolère une situation qui est susceptible de compromettre la santé et le bien-être des personnes.

Lorsque le D.S.F. de l'hôpital invoque une politique d'isolement, qu'il sait ne pas être respectée, on tolère une situation qui est susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes.

Lorsqu'on permet certaines anomalies concernant l'aménagement physique de la bâtisse qui constituent un danger pour les personnes, on tolère une situation susceptible de compromettre la santé et le bien-être des personnes.

Lorsqu'il y a un manque de communication entre les parents, les syndicats, les professionnels et l'hôpital, on tolère une situation qui est susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes.

Lorsque dans cet établissement la politique de discussion de cas n'est pas respectée, (il y a même des cas pour lesquels il n'y a pas eu de discussions pour une période de plus de douze (12) mois), on tolère une situation qui est susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes.

Lorsque il y a un manque de programmes pour les bénéficiaires et un manque de suivi pour les programmes qui existent, on tolère une situation qui est susceptible de

compromettre la santé et le bien-être des personnes.

Lorsqu'un établissement ne respecte pas l'intégrité des personnes en matière de consentement et n'établit pas des politiques fermes concernant les contraindements, on tolère une situation qui est susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes.

Lorsque dans un centre hospitalier, tel que Rivière-des-prairies, on s'adonne à des traitements aversifs sans qu'il n'existe de contrôles, on tolère une situation qui est susceptible de compromettre la santé ou le bien-être des personnes.

Lorsque, par politique, l'hôpital ne fait jamais intervenir la police pour compléter une enquête ou tenter d'éclaircir une situation, on tolère une situation qui est susceptible de compromettre la santé et le bien-être des personnes.

CONSIDERANT QUE:

L'hôpital et son conseil d'administration ont agi de façon telle que l'article 163, paragraphe C de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux devrait recevoir application.

NOUS RECOMMANDONS:

Que l'hôpital Rivière-des-Prairies soit placé sur administration provisoire (tutelle) par le ministre de la santé et des services sociaux. Qu'un tuteur ou un conseil de tutelle soit désigné pour mettre en application le mandat décrit ci-dessous. Que le conseil de la tutelle ou tuteur tiennent compte de tout ce qui a été mis en lumière lors de l'enquête pour ainsi redresser la situation présente et planifier l'avenir des personnes vivant à Rivière-des-Prairies (i.e. toutes les notes sténographiques et les exhibits et autres documents pertinents à cette enquête).

MANDAT SUGGÈRE POUR LE TUTEUR:

1. Effectuer l'analyse des forces et besoins de chaque bénéficiaires.
2. Elaborer des programmes et des plans de services individualisés adéquats compte tenu des besoins de la clientèle.
3. Examiner et corriger l'inadéquation des services, compte tenu des besoins spécifiques à chacune des problématiques présentes dans l'établissement.
4. Faire une analyse des forces et faiblesses du personnel en fonction des besoins des bénéficiaires. Assurer la formation du

personnel pour répondre aux besoins des bénéficiaires et si nécessaire, engager du personnel supplémentaire.

5. Prendre des mesures pour que la dignité et les droits de chaque bénéficiaire soient respectés.

6. Elaborer une politique visant à s'assurer que des consentements éclairés sont obtenus avant que des traitements soient entrepris.

7. Examiner l'aménagement physique de l'hôpital pour s'assurer qu'il correspond aux besoins des bénéficiaires.

8. Elaborer une politique visant à favoriser la participation des parents quant aux choix cliniques de l'établissement.

9. Elaborer une politique de contrôle en ce qui a trait à tout traitement ou toute technique à caractère aversif.

10. Elaborer une politique de consultation auprès des bénéficiaires, parents et intervenants.

11. Elaborer une politique concernant les discussions de cas.

12. Etablir un système par lequel le consentement général aux traitements sera révisé au moins une fois par année et en