

**Centre hospitalier Restigouche du Nouveau-Brunswick et  
Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins  
complexes**

**Rapport du consultant externe**

**Le 27 avril 2019**

**Rédigé par G. Weber**



## Table des matières

<b>I</b>	<b>Introduction</b> .....	1
A.	Mandat.....	1
B.	Démarche.....	2
C.	Contexte.....	2
D.	Au sujet du présent rapport .....	2
<b>II</b>	<b>Observations et constatations générales</b> .....	3
A.	Aperçu des principales constatations.....	3
B.	Réalisations importantes et sphères de progrès au CHR .....	4
C.	Difficultés persistantes choisies.....	5
<b>III</b>	<b>Recommandations au ministre de la Santé</b> .....	9
A.	Recommandations qui concernent le Centre hospitalier Restigouche .....	9
B.	Recommandations au sujet du Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins complexes.....	11
<b>IV</b>	<b>Conclusion</b> .....	13
	<b>Annexe A</b> : Rapports et documents examinés .....	14
	<b>Annexe B</b> : Principaux informateurs.....	16

# I Introduction

Vers la fin janvier 2019, les services de Conseil WebX (George Weber) ont été retenus pour examiner l'environnement opérationnel actuel du Centre hospitalier Restigouche (CHR), l'un des onze établissements du Réseau de santé Vitalité (RSV) et du Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins complexes (CE)<sup>1</sup>, et pour remettre au ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick des constatations et recommandations impartiales sur ces deux établissements.

M. Weber a été retenu pour cette étude en raison de sa vaste expérience des plus pertinentes, notamment à titre de président et chef de la direction des Services de santé Royal Ottawa (le Royal). Le Royal est l'un des 23 centres universitaires des sciences de la santé de l'Ontario qui offrent des services bilingues spécialisés en santé mentale et en toxicomanie (niveaux tertiaire et quaternaire) aux adultes (y compris les services judiciaires et correctionnels) et aux jeunes de 16 à 18 ans. Le Royal est principalement au service de l'est de l'Ontario, et certains programmes couvrent l'ensemble de la province, l'ouest du Québec, le Nunavut et le Yukon. Il se compose de deux sites hospitaliers importants, l'un à Ottawa et l'autre à Brockville. Il compte également des bureaux et des centres de traitement à quatre autres endroits qui offrent des services et des activités aux patients hospitalisés et aux patients externes, en plus de services et d'activités communautaires. Le Royal comprend un Institut de recherche en santé mentale (IRSM) ainsi que des établissements et programmes d'enseignement rattachés à l'Université d'Ottawa et à d'autres établissements d'enseignement de la région.

## A. Mandat

Le consultant expert a reçu le mandat particulier suivant :

- fournir au ministre une évaluation de la démarche actuelle du Réseau de santé Vitalité (RSV) et des projets d'amélioration des traitements et des services du Centre hospitalier Restigouche (CHR);
- présenter au ministre (et au RSV s'il y a lieu) des recommandations concernant la qualité et la mise en œuvre des plans actuels du RSV;
- proposer une nouvelle démarche, qui intègre un outil de surveillance pour le contrôle continu des plans d'action du RSV;
- fournir au ministre des mises à jour périodiques sur l'état d'avancement de la mise en œuvre (jusqu'en 2020).

Au cours des deux dernières années, des examens externes approfondis ont été entrepris et des rapports sur le CHR et le CE ont été rédigés. Le mandat du consultant excluait expressément la préparation d'un autre rapport détaillé en faveur d'une évaluation ciblée des plans, du rythme et de l'ampleur des progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations issues dans ces examens.

---

<sup>1</sup> Le Centre provincial de traitement pour les jeunes fait partie du CE.

## **B. Démarche**

L'étude comprenait de multiples démarches de collecte et d'évaluation de données pour l'élaboration des recommandations énoncées plus loin dans le présent rapport, y compris :

- l'examen et la prise en compte par le consultant expert de tous les rapports préparés au sujet du CHR et du CE au cours des deux dernières années (voir l'annexe A);
- les rencontres en personne et par téléphone du consultant expert avec des personnes et des groupes qui ont des liens directs ou indirects avec le CHR et le CE (voir l'annexe B);
- des visites sur place du consultant expert au CHR et à toutes ses unités de soins, y compris de brèves conversations avec des patients et des membres du personnel de l'unité, et à l'Hôpital régional de Campbellton (rattaché au CHR par une passerelle couverte), qui offre certains services au CHR;
- les observations et les perspectives tirées de ce qui précède et de la vaste expérience du consultant expert.

## **C. Contexte**

Le CHR fait actuellement partie du RSV. Il a ouvert ses portes comme hôpital psychiatrique provincial dans les années 1950, et avait une démarche et un mandat semblables à ceux de nombreux autres établissements au Canada à l'époque. En 2010, le CHR comptait 174 lits pour patients hospitalisés, soit une réduction importante par rapport aux plus de 700 lits à son sommet. Le CHR a été reconstruit et rouvert en 2015 avec 140 lits pour patients hospitalisés, répartis dans sept unités de 20 lits chacune, dont trois unités pour les services médico-légaux.

Aujourd'hui, il s'agit d'un établissement de santé mentale moderne, bien entretenu et bien équipé, offrant une vaste gamme de services. Sa mission principale (en plus de son mandat médico-légal provincial) est d'offrir un traitement tertiaire en santé mentale aux patients adultes admis atteints d'une maladie mentale grave. L'établissement utilise également l'une de ses unités de façon temporaire pour offrir des services spécialisés semblables conçus précisément pour les enfants et les jeunes (âgés de 12 à 18 ans).

## **D. Au sujet du présent rapport**

En plus des constatations et recommandations verbales présentées au ministre de la Santé à sa demande (mi-avril 2019), ce rapport présente au ministre les principales constatations de l'examen de G. Weber (Conseil WebX Ltée) et les recommandations concernant le Centre hospitalier Restigouche et le Centre d'excellence pour enfants et jeunes à besoins complexes (CE). Bien que les deux établissements partagent un contexte important et certains liens mutuels (par exemple surveillance commune, services non cliniques partagés), les recommandations sont présentées séparément pour chacun, car elles proposent des mesures distinctes de la part de chaque établissement.

## II Observations et constatations générales

D'après l'examen des documents, les visites sur place, les entrevues, les discussions et les observations, un certain nombre de constatations sont évidentes et fournissent un contexte et une justification importants pour les recommandations du consultant expert.

### A. Aperçu des principales constatations

#### ***Sur la bonne voie : d'un modèle de garde à un modèle de rétablissement***

- L'orientation stratégique globale adoptée par le RSV (c.-à-d. le modèle de rétablissement) est une pratique exemplaire; ainsi, l'orientation adoptée par le RSV est positive, puisqu'elle s'écarte d'un modèle de garde et s'oriente vers une démarche de soins axée sur un modèle de rétablissement.

#### ***Le rythme du changement était lent au début et a pris de l'ampleur dans les six derniers mois***

- Le RSV (et la direction du CHR sur place) fait des progrès constants, quoique lents, en ce qui concerne la plupart des recommandations formulées dans les rapports externes de 2017 et les plans d'action qui ont suivi.
- Plus précisément, bien qu'initialement lente, la mise en œuvre des recommandations de 2017 et des plans d'action connexes s'est accélérée depuis l'automne 2018 et comprend l'adoption de nouveaux outils, procédures et méthodes, comme recommandé. Dans un premier temps, et à juste titre, le RSV a dû aborder les questions urgentes de qualité des soins soulevées dans le rapport du D<sup>r</sup> Lapierre (rapport de mars 2017) et préparer la visite de l'équipe d'Agrément Canada (juin 2017) et ses suites (jusqu'en juin 2018). Depuis l'automne 2018, le rythme s'est considérablement accéléré à mesure que des éléments fondamentaux (comme les politiques, les procédures et la formation sur des questions précises) ont été mis en place.

#### ***Le mandat du CHR, qui consiste à fournir des soins de santé mentale de niveau tertiaire, est un facteur critique dans le passage à un modèle de rétablissement***

- Le CHR est un établissement de soins de santé mentale de niveau tertiaire doté de programmes médico-légaux, où les patients peuvent être transférés directement des établissements correctionnels. Ainsi, et pour les patients dont la durée moyenne de séjour est nettement plus longue que celle d'un hôpital de soins aigus, le CHR exige un environnement opérationnel très différent de celui d'un hôpital communautaire ou régional (p. ex. des outils et une formation du personnel appropriés pour gérer les séjours plus longs et une gamme de risques plus étendue). Les séjours prolongés peuvent avoir des conséquences positives et négatives. D'une part, le personnel apprend à mieux connaître les patients que dans les établissements de soins aigus. D'autre part, il y a un risque que le personnel relâche sa vigilance et ne soit pas préparé aux comportements imprévisibles des patients (comme l'agression, les voies de fait et l'automutilation) découlant de leur maladie mentale sous-jacente.

De plus, la relation entre le personnel et les patients n'est pas la même au CHR qu'aux établissements offrant des soins aigus et sans programmes médico-légaux. Cette distinction importante doit être comprise par toutes les personnes qui participent directement aux activités du CHR, doit être réitérée par la direction de l'établissement et est un facteur important pour accélérer la mise en place des changements nécessaires à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins dans l'établissement.

De plus, elle exige une mise à jour continue, et non une solution ponctuelle, pour tenir compte des nouvelles connaissances et des meilleures pratiques qui se présentent perpétuellement et que les gestionnaires et les cliniciens du CHR doivent suivre de près. Elle exige également une façon de faire différente et soutenue.

- Il semble que le rythme de progression du CHR vers un modèle de rétablissement soit en partie limité par l'absence d'un continuum provincial de soins de santé mentale pour adultes bien développé et bien compris (c.-à-d. un système dont l'intensité du traitement peut être augmentée ou diminuée selon les besoins). Ce type de cadre systémique verrait les soins évoluer dans un spectre, en commençant par des outils de prévention et d'autosoins (p. ex. pour les maladies mentales légères ou modérées), puis en passant par divers jalons (des services communautaires aux unités de soins psychiatriques aigus dans les hôpitaux) et, pour ceux qui ont les maladies mentales les plus complexes et graves qui ne peuvent être stabilisées dans ces milieux, au CHR.

Il est à noter que, dans certaines provinces, les patients ne sont généralement transférés dans des établissements de soins de santé mentale de niveau tertiaire (comme le CHR) que s'ils ne peuvent être stabilisés dans les 14 à 18 jours environ dans les établissements psychiatriques de soins aigus.

- Toujours en ce qui concerne le cheminement et les voies de traitement des patients, il est évident qu'au CHR certains patients qui ont été transférés au programme médico-légal et classés comme non criminellement responsables (NCR) pour cause de maladie mentale n'auraient pas dû être classés ainsi et aiguillés en vue d'un traitement. Les constatations font ressortir un problème de contrôle de la qualité provincial dans le traitement des évaluations de cas NCR.

## **B. Réalisations importantes et sphères de progrès au CHR**

Certaines constatations clés font état de réalisations importantes pour le CHR. Il a notamment :

- ⊕ traité correctement les problèmes de qualité des soins liés à certains cliniciens et mis en place des lignes directrices de responsabilisation plus claires pour les psychiatres praticiens qui travaillent à l'établissement;
- ⊕ donné le congé à 63 patients qui n'avaient plus besoin de soins tertiaires, ce qui lui a permis de fermer temporairement deux unités de 20 lits et de redéployer le personnel à d'autres unités;

- ❖ créé des postes de gestionnaires hiérarchiques non syndiqués (anciens cliniciens) et les a placés à la tête de toutes les unités, ce qui constitue une étape vers l'adoption d'un modèle en dyade de co-chefs d'unité (c.-à-d. gestionnaire/psychiatre), une pratique exemplaire actuelle;
- ❖ commencé à mener des « caucus de sécurité » réguliers dans toutes les unités, ce qui pourrait réduire le nombre de codes blancs (voir l'encadré, page 8);
- ❖ réduit la durée moyenne des évaluations médico-légales de 25 jours à 16 jours;
- ❖ pour sa part, le RSV a mis en place un programme de résidence psychiatrique affiliée à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke;
- ❖ embauché le D<sup>r</sup> Simon Racine (qui a rédigé l'une des grandes évaluations du CHR en 2017) pour continuer à aider le CHR à mettre en œuvre ses recommandations et d'autres recommandations utiles.

### **C. Difficultés persistantes choisies**

Bien que les progrès soient évidents, les équipes de gestion du RSV et du CHR continuent de faire face à un certain nombre de grandes difficultés dans les efforts qu'ils déploient pour améliorer la sécurité des patients et du personnel et la qualité des soins, notamment :

#### ***Problèmes de ressources humaines***

Le CHR fait partie d'un système provincial de soins de santé, lui-même confronté à la problématique d'embaucher et de retenir en poste un nombre suffisant de travailleurs de la santé qualifiés, en particulier des psychiatres et des infirmières. Cette difficulté est courante dans de nombreuses régions du Canada et dans le monde entier. Certaines des difficultés en matière de ressources humaines auxquels font face le RSV et le CHR nécessitent l'aide du ministère de la Santé et d'autres partenaires. (À titre de comparaison, en 2018, le Royal [Ottawa] et d'autres hôpitaux de l'Est de l'Ontario ont dû [et doivent encore] recruter jusqu'à 30 psychiatres pour combler les écarts).

Même si au CHR il y aura toujours un besoin soutenu de recruter continuellement du personnel clinique et d'autres membres du personnel, dont des psychiatres, ce besoin s'apparente à celui qu'éprouvent la plupart des hôpitaux du Canada, compte tenu des allées et venues du personnel professionnel. Il s'agit d'un marché de vendeurs. Un examen des modèles de dotation des unités du CHR montre que l'établissement est actuellement en mesure d'assurer un effectif minimal et, pour certaines unités, un effectif optimal. Cette capacité a été facilitée par la fermeture temporaire de deux unités de soins et, par conséquent, par le redéploiement d'environ 25 équivalents temps plein dont cinq infirmières immatriculées et deux infirmières auxiliaires autorisées. L'établissement est également en mesure de pourvoir les postes vacants pour cause de congés de maladie, de vacances ou de départs grâce à une liste de 52 membres du personnel temporaires. Bien que cette dernière solution ne soit pas idéale (ces personnes ne connaissent pas toujours les patients aussi bien que le personnel régulier), il s'agit d'une pratique utilisée dans presque tous les établissements au Canada. La difficulté ici, c'est d'être capable d'obtenir la bonne combinaison de compétences au bon moment.

### ***Problèmes d'offre de psychiatres***

Le CHR compte actuellement six psychiatres qui travaillent dans les unités : deux sont à temps plein et les quatre autres passent du temps dans la collectivité. Depuis l'hiver 2019, les quatre psychiatres qui travaillent dans la collectivité sont tenus de passer au moins 20 heures par semaine dans les unités d'hospitalisation qui leur sont assignées à l'établissement. Deux autres psychiatres se préparent à travailler à temps partiel au CHR, ce qui laisse encore un manque à combler de six ou sept psychiatres dans l'établissement et la collectivité pour atteindre un plein effectif. Comme nous l'avons déjà mentionné, le RSV aura besoin du soutien et de l'aide du ministère de la Santé et d'autres partenaires pour recruter et retenir en poste plus de psychiatres.

### ***Problèmes traditionnels***

Il y avait un roulement constant des postes de direction au RSV avant 2015 et de ceux au CHR avant 2016. En 2013, le CHR a mis en place un processus de gestion du changement (pour passer à un modèle de rétablissement) qui a suscité une forte résistance chez le personnel. Bien que le milieu opérationnel se soit grandement amélioré depuis, il subsiste une certaine négativité résiduelle, à laquelle les dirigeants du CHR doivent continuer de s'attaquer pour permettre des progrès rapides et harmonieux dans un nouveau milieu opérationnel (plus positif).

### ***Problèmes liés à la réputation***

La publicité négative qui circule dans la province au sujet du CHR continue de contribuer à stigmatiser les personnes atteintes de maladies mentales et a découragé le personnel qualifié de présenter une demande d'emploi au CHR pour les postes à doter. Cette réputation pourrait persister, si on ne parvient pas à prendre des décisions claires quant à l'avenir du CHR et si tous les partenaires ne s'engagent pas à soutenir les progrès réalisés jusqu'à présent et à continuer à miser sur ces derniers.

### ***Questions de direction***

Il ressort clairement des interactions que le consultant expert a eues avec les membres du conseil d'administration du RSV et de son comité stratégique sur la qualité et la sécurité que tous les membres du conseil sont bien conscients de la situation du CHR et du CE et de l'importance de la priorité de mettre en œuvre les plans et d'améliorer (maximiser) la sécurité du personnel et la qualité des soins aux patients. Les membres du conseil d'administration continuent d'être informés de la transformation du CHR pour s'assurer que la direction progresse dans l'exécution de ses plans d'action.



L'équipe du RSV chargée de superviser et de soutenir la mise en œuvre des plans d'action du CHR et l'équipe de gestion hiérarchique du CHR ont toutes deux fourni (au consultant expert) des indicateurs et des preuves des progrès réalisés dans la mise en œuvre des plans d'action détaillés du CHR et précisé les questions en suspens. Ces deux équipes continuent de se rencontrer régulièrement. Leurs plans détaillés fourniront des outils utiles pour surveiller les progrès futurs, ainsi qu'un nouvel outil de surveillance générale qui a été élaboré en fonction d'indicateurs précis que le consultant expert et le ministère de la Santé suivront.

### ***Problèmes entourant le risque (code blanc)***

Étant donné la nature de la maladie mentale, il faut accepter qu'il n'existe pas de « risque nul » dans un hôpital de santé mentale. Les patients souffrant d'une maladie mentale grave ne seraient pas dans un établissement s'ils pouvaient vivre en toute sécurité et en toute autonomie dans la collectivité (et beaucoup le font). La difficulté ici, c'est d'anticiper les risques tout en empêchant qu'un incident négatif (c.-à-d. un comportement agressif, des agressions ou d'autres événements semblables) se produise *avant* qu'il ne dégénère et, si ces risques persistent, de les gérer adéquatement. (Voir ci-dessous : Au sujet du code blanc)

#### **Au sujet du code blanc**

Dans la plupart des cas, le facteur le plus important pour prévenir un incident impliquant un patient, c'est la qualité de la relation thérapeutique entre le clinicien en service et le patient. Si le clinicien connaît bien le patient, il peut anticiper ce qui déclenche un épisode négatif et le traiter sur place. Lorsque ce n'est pas le cas, pour diverses raisons, le personnel peut alors déclencher ce qu'on appelle un « **code blanc** » **pour protéger le patient, lui-même, les autres membres du personnel et les autres patients.**

Il est important que le personnel dispose de ce mécanisme pour pouvoir demander de l'aide d'urgence lorsqu'un patient, en raison de sa maladie, devient agressif, agresse quelqu'un ou commence à se faire du mal. Parfois, avec le déclenchement d'un code blanc, le patient agité se calme automatiquement, tandis que, dans d'autres situations, l'équipe d'intervention au code doit parler au patient pour le calmer ou attendre que la crise passe. Dans les cas où ces techniques ne fonctionnent pas, des mesures physiques peuvent être nécessaires en dernier recours. Bien que le nombre de codes blancs soit un indicateur important, il est plus important de comprendre ce qui a déclenché le code et comment il a été géré.

### **III Recommandations au ministre de la Santé**

Les recommandations suivantes comprennent celles qui concernent le Centre hospitalier Restigouche (CHR) (y compris les mesures à prendre par le RSV) et celles qui concernent le Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins complexes (CE).

#### **A. Recommandations qui concernent le Centre hospitalier Restigouche**

À la lumière de l'évaluation des constatations et des observations tirées de l'examen des documents, des entrevues, des visites sur place et des observations sur la situation actuelle du CHR, le consultant externe présente quatre recommandations au ministre de la Santé pour améliorer la sécurité et les services dans cet établissement :

1. Garder le Centre hospitalier Restigouche (CHR) ouvert, pendant que le ministère de la Santé continue d'appuyer le plan d'action stratégique établi par le RSV. Il faudra entre autres collaborer avec le RSV pour élaborer des stratégies de recrutement et de maintien en poste concurrentielles visant des professionnels de la santé particuliers et essentiels.
2. Accélérer l'engagement avec d'autres ministères afin d'aider le CHR à faire en sorte que tous les patients qui n'ont plus besoin de services de soins tertiaires soient placés dans des programmes qui répondent mieux à leurs besoins en matière de soins.
3. Élaborer un cadre ou un continuum de soins de santé mentale et de toxicomanie pour le système provincial de traitement. Ce cadre devrait comprendre des mesures de rendement pour cerner les manques à combler. En partant du cadre à l'état final, un plan provincial de capacité de lits en santé mentale devrait être élaboré et mis en œuvre, et les lits devraient être réattribués en conséquence.
4. Désigner un responsable compétent pour surveiller les évaluations médico-légales et en assurer le contrôle de la qualité au Nouveau-Brunswick.

#### **Autres recommandations au Réseau de santé Vitalité**

Afin d'améliorer encore davantage la sécurité et la qualité des soins au CHR et d'assurer un suivi continu de la mise en œuvre de ses plans d'action, le consultant expert propose six recommandations d'action au Réseau de santé Vitalité (RSV) :

##### **Qualité des soins**

1. Envisager d'embaucher/retenir les services d'un certain nombre d'infirmières et d'éducateurs expérimentés en santé mentale ou l'équivalent pour former le personnel directement dans les unités de soins.
2. Veiller à ce que des fonds suffisants soient affectés à la formation et au perfectionnement dans le cadre de cours appropriés à l'extérieur de la province.
3. Envisager de se joindre à des réseaux nationaux de qualité en santé mentale (p. ex. l'Initiative de qualité en santé mentale et en toxicomanie [IQSMT]).

## **Sécurité**

4. Accélérer le déploiement des caucus de sécurité dans toutes les unités et accréditer davantage de personnel en tant que formateurs Oméga<sup>2</sup>.

## **Ressources humaines**

5. Élaborer un plan de ressources humaines propre au CHR en mettant l'accent sur le recrutement de médecins et d'infirmières, à court terme (un ou deux ans) et à moyen terme (de deux à cinq ans).

## **Surveillance et contrôle**

6. Mettre en place un système de suivi (tableau de bord) pour mesurer les indicateurs suivants tous les mois (m) ou tous les trimestres (t) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 :
  - a. Utilisation de moyens de contention (y compris physique/manuelle, mécanique, isolement ou utilisation d'un médicament de contrôle aigu). (m)
  - b. Nombre d'incidents graves et mesures prises en conséquence. (m)
  - c. Pourcentage de plans de traitement de patients individuels interdisciplinaires signés pour chaque unité pertinente. S'assurer que le système est configuré de manière à permettre de confirmer que les plans sont respectés. (m)
  - d. Pourcentage de jours d'autres niveaux de soins (ANS) déclarés au cours de la période. (m)
  - e. Durée moyenne d'un séjour par unité. (m)
  - f. Pourcentage d'heures de maladie payées dans la période. (t)
  - g. Temps moyen nécessaire pour doter des postes permanents. (t)

La surveillance et le contrôle refléteront également les résultats des sondages menés auprès des clients du CHR depuis 2017 et les résultats des sondages sur la satisfaction et la sécurité du personnel menés au CHR depuis 2017.

---

<sup>2</sup> Oméga est une pratique exemplaire de gestion de patients agités.

## **B. Recommandations au sujet du Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes**

En plus du contexte décrit précédemment dans le présent rapport, les renseignements supplémentaires présentés ci-dessous fournissent un contexte utile pour l'examen de la recommandation du consultant expert concernant le CE.

Le CE proposé ne faisait pas partie de la mission de base initiale du consultant expert. Étant donné que l'ombudsman du Nouveau-Brunswick a soulevé la question de la dotation dans son rapport de février 2019, le ministre a demandé au consultant expert d'examiner la question dans le cadre de son évaluation globale des plans d'action du RSV. À cette fin, le consultant expert a examiné deux rapports sur cette question : *Maintenir les connexions : Rapport du Groupe de travail sur un centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins complexes* (mars 2011), préparé par un groupe coprésidé par Bernard Richard et Shirley Smallwood, et un rapport ultérieur (novembre 2017) du D<sup>r</sup> Bruce Ferguson intitulé *Report of the External Consultant on the New Brunswick Network of Excellence for Children and Youth with Complex Needs*.

Comme complément à l'examen de ces rapports importants, le consultant expert a visité l'unité temporaire spécialisée actuelle de traitement en santé mentale des enfants et des jeunes (unité C-2 du CHR).

À titre d'information, cette unité a été fermée aux patients adultes en mars 2018 et convertie en unité temporaire de douze lits pour enfants et jeunes, quatre pour les jeunes patients médico-légaux et les huit autres pour les enfants et jeunes ayant de graves problèmes de comportement liés à des maladies mentales potentielles. Cette unité temporaire a été ouverte pendant la construction d'un nouvel établissement de quinze lits (y compris cinq réservés aux jeunes patients médico-légaux). Au moment de la visite du consultant expert, la structure extérieure de la nouvelle construction était achevée, mais l'intérieur n'était pas encore terminé. Il est à noter que l'établissement accueille des jeunes âgés de 12 à 18 ans.

### ***Les plans du Centre provincial de traitement pour les jeunes (qui fait partie du CE) sont sensés***

Le consultant expert a parlé avec des patients et du personnel de l'unité, ainsi qu'avec l'équipe clinique et l'équipe de prise en charge des enfants et des jeunes (y compris le psychiatre principal) afin d'examiner leurs plans pour le CE proposé. Les discussions ont porté sur le mandat des équipes, leurs plans cliniques et de cheminement des patients (p. ex. le processus d'aiguillage), les modalités de traitement, les modèles de dotation actuels et futurs et la combinaison de compétences. Les discussions, de même que les observations directes, ont formé l'opinion du consultant, notamment que l'unité est bien équipée (comme c'est le cas pour les autres unités du CHR) et qu'elle avait (au moment de la visite) un bon ratio personnel/patients.

Le consultant expert est d'avis que les plans du CE sont raisonnables et que les besoins actuels et futurs en dotation sont, à bien des égards, en bonne santé à ce stade.

### ***Il faut s'occuper des jeunes qui sont désormais trop vieux pour les services***

Cela dit, les patients qui sont désormais « trop vieux » pour l'unité (c.-à-d. ceux qui ont plus de 18 ans) et qui ne sont pas assez stables pour réintégrer la collectivité méritent un examen plus approfondi.

L'expérience du consultant expert révèle une population qui affiche les besoins non satisfaits actuels et futurs les plus importants, soit les jeunes en transition âgés de 18 à 25 ans. Il est reconnu que le cerveau n'est pas complètement développé avant l'âge d'environ 25 ans. En ce qui concerne le diagnostic et le traitement, certains patients chevauchent le groupe des jeunes (âgés de 12 à 18 ans) et celui des adultes. Cette population « en transition » peut avoir besoin d'un traitement spécial qui exige de la souplesse entre une unité jeunesse et une unité adulte, ainsi que des protocoles d'interface et une étroite collaboration. Ce serait également le cas des patients médico-légaux dans les années de transition.

Il convient de noter que le travail accompli pour préparer l'ouverture proposée du Centre d'excellence est impressionnant. Le consultant expert prête son soutien au rapport du D<sup>r</sup> Ferguson et à ses recommandations, y compris pour le travail qui doit être fait avant l'ouverture du CE proposé, et sa proposition de qualifier l'ensemble du projet de « réseau d'excellence » (par opposition au Centre). Le réseau proposé comprendrait diverses composantes à différents endroits, y compris un centre provincial de traitement pour les jeunes (CPTJ) spécialisé à Campbellton et un centre de ressources satellite qui appuierait également toutes les composantes du réseau. Le consultant expert est d'avis que la plupart, sinon la totalité, des recommandations du D<sup>r</sup> Ferguson devraient être mises en œuvre (si ce n'est pas déjà fait).

Recommandation particulière au ministre concernant la santé mentale des enfants et des jeunes et le Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins complexes :

1. Accélérer les travaux axés sur l'élaboration d'un cadre et d'un continuum de soins provinciaux pour les enfants et les jeunes à besoins complexes en santé mentale. Élaborer et mettre en œuvre un cadre de traitement provincial pour cette population, y compris les jeunes en transition âgés de 18 à 25 ans. Ce cadre devrait comprendre des mesures du rendement pour cerner les manques à combler.

Pour compléter cette recommandation, établir une entente officielle avec les psychiatres pédiatriques et garder un nombre raisonnable d'autres employés qualifiés en place pour appuyer le CPTJ à Campbellton. Toutes ces mesures devraient être mises en place avant l'ouverture du nouveau CPTJ.

## IV Conclusion

À la lumière d'un examen approfondi de documents, de rapports et de recommandations d'experts récents, ainsi que d'entrevues, de visites sur place, d'observations directes et d'une vaste expérience en santé mentale des adultes et des jeunes, le consultant expert est d'avis que de grands efforts de qualité ont été menés pour évaluer la situation du CHR en 2017, par des consultants externes qualifiés, notamment pour le Centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins complexes.

Les plans d'action du CHR visant à aborder les questions de la sécurité et de la qualité des soins sont détaillés et font l'objet de mesures concrètes. Bien qu'il faille du temps pour mettre en œuvre les plans d'action, ils ont bien progressé. Il est clair qu'il y a maintenant un élan accru pour accélérer la mise en œuvre ainsi que la prise de conscience par toutes les parties concernées *que les solutions simples ne fonctionnent plus*.

- Des efforts soutenus sont essentiels.
- La mise en œuvre est un cheminement et non une activité ponctuelle.
- Le rythme de la mise en œuvre doit être accéléré.
- La mise en œuvre exige la prise d'initiative, une motivation, un dynamisme et du courage.

Dans le cadre du système provincial de soins de santé, le RSV aura besoin du soutien et de l'encouragement continu du ministère de la Santé, d'autres ministères et d'autres partenaires. Avec de la collaboration et une intervention rapide, le Nouveau-Brunswick a l'occasion de bien faire les choses en élaborant et en mettant en œuvre un continuum approprié de soins de santé mentale pour les adultes, les enfants et les jeunes, sous la forme d'un système dont l'intensité du traitement peut être augmentée ou diminuée selon les besoins.

## Annexe A : Rapports et documents examinés

Les documents, rapports et présentations suivants ont été examinés par le consultant expert. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

### Documents reçus du ministère de la Santé

- Présentation PowerPoint sur la gouvernance du système de santé
- *Échec à protéger*, Ombudsman du Nouveau-Brunswick, le 7 février 2019
- Procès-verbal de la réunion du 7 février 2019 du Comité permanent de la procédure, des privilèges et des hauts fonctionnaires de l'Assemblée législative sur la publication du rapport *Échec à protéger* de l'Ombudsman du Nouveau-Brunswick
- Rapport provisoire du Réseau de santé Vitalité/Centre hospitalier Restigouche de janvier 2019
- Rapport sur l'organisation et le fonctionnement – D<sup>r</sup> Simon Racine, mars 2017
- Avis au PDG – D<sup>r</sup> Patrick Lapierre, mars 2017 (*examiné par le RSV pendant la visite de mars*)
- Maintenir les connexions : Rapport du Groupe de travail sur un centre d'excellence pour les enfants et les jeunes à besoins complexes, mars 2011
- Report of the External Consultant on the New Brunswick Network of Excellence for Children and Youth with Complex Needs , novembre 2017
- Document avec extraits des médias à la suite de la publication du document *Échec à protéger*
- Réseau de santé Vitalité; organigrammes actuels
- Réseau de santé Vitalité : liste des administrateurs
- Entente de responsabilité entre le ministre de la Santé et les régies régionales de la santé
- Loi sur la santé mentale du Nouveau-Brunswick
- Délibérations sur Améliorations des services de santé mentale en contexte judiciaire

### Documents reçus du Réseau de santé Vitalité (RSV)

- Cartable d'information : « service de l'unité pour jeunes Campbellton » (unité provisoire du centre de traitement provincial pour jeunes)
- Copies des plans d'action détaillés du RSV (divisés en cinq projets distincts, mais interliés)
- Plans de dotation détaillés du CHR pour les cinq unités opérationnelles
- Rapport définitif d'Agrément Canada sur le RSV
- Politiques pertinentes qui concernent les activités du RSV/CHR (par exemple *Cadre de transparence et d'ouverture en matière de communication et de publication des résultats*)



- Présentation PowerPoint sur l'organisation du Centre hospitalier Restigouche et ses activités
- Communiqués de presse pertinents liés aux activités du CHR
- Attentes des membres du service de psychiatrie du RSV (zone 5), dont les règles administratives et les définitions des tâches
- Présentation PowerPoint sur la transformation du Centre hospitalier Restigouche

## **Annexe B : Principaux informateurs**

Le consultant expert a rencontré un large éventail de personnes au Nouveau-Brunswick, soit individuellement soit en groupes, ou a discuté avec elles par téléphone, y compris (mais sans s’y limiter) ce qui suit. Dans de nombreux cas, plus d’une réunion, séance d’information ou visite sur place ont été organisées avec les mêmes personnes.

### **Gouvernement du Nouveau-Brunswick**

#### Ministère de la Santé

- Ministre Flemming
- Sous-ministre Tom Maston
- Claude Allard, sous-ministre délégué
- Gisèle Maillet, directrice générale, TD/SM
- Yvette Doiron, directrice, TD/SM
- Bruce MacFarlane, directeur des communications

#### Ministère du Développement social

- Eric Beaulieu, sous-ministre
- Jean Rioux, sous-ministre adjoint
- Lisa Doucette, sous-ministre adjointe
- Bill Innes, directeur

#### Ministère de la Justice

- Charbel Awad, sous-ministre adjoint
- Joanne Higgins, directrice

#### Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

- Stephane Robichaud, chef de la direction
- Michelina Mancuso, directrice générale à l’évaluation du rendement

#### Bureau de l’ombudsman

- Charles Murray

## Réseau de santé Vitalité

- Conseil d'administration
- Gilles Lanteigne, président-directeur général
- Membres de l'équipe de la haute direction
  - Giselle Beaulieu, vice-présidente à la Performance, la Qualité et aux Services généraux
  - Jacques Duclos, vice-président aux Services communautaires et à la Santé mentale
  - D<sup>re</sup> Nicole LeBlanc, médecin-chef régionale
  - D<sup>re</sup> France DesRosiers, vice-présidente aux Services médicaux, à la Formation et à la Recherche
- Personnel médical
  - D<sup>re</sup> Catherine Benoit, médecin-chef régionale locale
  - D<sup>r</sup> Martin Robichaud, directeur médical
  - D<sup>r</sup> Simon Racine, chef intérimaire, service de psychiatrie
- Ministère des Ressources humaines
  - Réjean Bédard, directeur, Ressources humaines
  - Claire Morin, conseillère en ressources humaines (affectée au CHR)
- Section de la santé mentale, Services de traitement des dépendances et communautaires pour les adultes
  - Rino Lang, directeur, Services de traitement des dépendances et de la santé mentale pour les adultes
  - Équipe de gestion
- Section des communications
  - Jean-René Noël, directeur, Communications et engagement communautaire
- Direction, Centre d'excellence pour les jeunes
  - Carole Gallant, directrice, Services aux jeunes
  - Christine Gallant, directrice du centre
  - D<sup>re</sup> Grant, psychiatre pédiatrique principal

## Centre Hospitalier Restigouche

- Martin Brosseau, directeur intérimaire, Services psychiatriques et médico-légaux tertiaires
- Équipe de gestion, dont les gestionnaires d'unités
- Unité médico-légale (évaluations psychiatriques F1)
  - D<sup>r</sup> Christopher Bryniack, psychiatre médico-légal en chef
  - Jill Doucet, gestionnaire d'unité
- Quelques patients et membres du personnel clinique de l'unité du CHR