



Remarques de la commissaire lors de la publication du rapport d'enquête

31 juillet 2019

Woodstock, Ontario

A. INTRODUCTION

Good afternoon – bonjour mesdames et messieurs. Je m'appelle Eileen Gillese. Cela a été un honneur et un privilège d'agir comme commissaire dans le cadre de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée.

Hier, j'ai remis mon rapport final en quatre volumes et mes recommandations au gouvernement de l'Ontario. Je publie maintenant le rapport et les recommandations à l'intention de la population de l'Ontario. Le rapport est le résultat du travail intensif réalisé ces deux dernières années par une équipe dévouée, ainsi que de la contribution et de l'assistance de nombreuses personnes, beaucoup trop nombreuses pour être nommées aujourd'hui. Je vous invite à consulter les remerciements au début du volume 2 dans lesquels je reconnais et remercie les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué aux travaux de l'Enquête.

Une copie de ces remarques et du rapport complet sera accessible sur le site Web de l'Enquête, en français et en anglais, peu après la fin de ces remarques.

Je prévois que mes remarques prendront environ une demi-heure. Je me concentrerai sur les recommandations du rapport final. Avant de discuter des recommandations, je décrirai brièvement les trois fondements sur lesquels elles reposent.

B. LES FONDEMENTS DES RECOMMANDATIONS

1. Le processus de l'Enquête

Pour élaborer des recommandations efficaces sur la manière d'éviter de telles tragédies, j'avais besoin de deux choses.

Premièrement, j'avais besoin d'une compréhension factuelle complète des Infractions et des circonstances dans lesquelles elles ont été commises; du système de soins de longue durée; et des rôles joués par les principales parties prenantes de ce système. La partie 1 du processus de l'Enquête m'a fourni cela. Dans la partie 1, les avocats de la Commission ont mené des enquêtes approfondies sur les Infractions à l'échelle du système. Les résultats de ces enquêtes ont été rendus publics et soumis à des tests rigoureux lors des audiences publiques de l'été dernier. Pour gagner du temps, je ne parlerai plus des enquêtes. Les chapitres 3 à 14 du volume 2 du rapport résument ces dernières.

Deuxièmement, j'avais besoin de recherches, de l'avis d'experts et de consultations approfondies avec ceux qui travaillent dans le système de soins de longue durée. La partie 2 du processus de l'Enquête m'a fourni cela. Le volume 4 du rapport décrit le processus de l'Enquête, y compris celui relatif à la partie 2.

2. Dissiper les mythes

L'examen réfléchi de ce rapport et de ses recommandations repose sur des faits et non sur des mythes. Je souhaite aborder quatre mythes qui ont été évoqués à maintes reprises au cours de l'Enquête. Ces mythes déforment sérieusement la nature du problème que représentent les Infractions de Wettlaufer et doivent être dissipés.

a. MYTHE : Les Infractions étaient des meurtres par compassion. FAUX.

Les victimes jouissaient encore de leur vie lorsque Wettlaufer a commis les Infractions, et leurs proches appréciaient encore le temps passé avec elles. Blesser ou tuer ces personnes n'était PAS une preuve de compassion. En effet, Wettlaufer elle-même n'a pas laissé entendre qu'elle avait tué par compassion. Elle a dit qu'elle avait commis les

Infractions parce qu'elle était en colère au sujet de sa carrière, de ses responsabilités et de sa vie, et qu'après avoir tué ou blessé quelqu'un, elle avait un sentiment de libération, d'« euphorie ».

Wettlaufer est une tueuse en série. Comme d'autres tueurs en série, elle a commis les Infractions pour sa propre satisfaction, et pour aucune autre raison.

b. MYTHE : Les problèmes de soins de longue durée sont un problème causé par les baby-boomers. FAUX.

Il est vrai que la population de l'Ontario vieillit et l'une des raisons qui expliquent ce vieillissement est la génération des baby-boomers (nés entre 1946 et 1965). Il n'est PAS vrai que les défis auxquels est confronté le système de soins de longue durée prendront fin avec le décès des baby-boomers. Pourquoi? Parce que la redistribution de la population de l'Ontario (une proportion accrue de personnes âgées) est également due : (1) aux faibles taux de natalité remontant aux années 1970 et (2) à l'espérance de vie croissante de la population ontarienne. Par conséquent, la proportion de personnes âgées dans l'ensemble de la population ontarienne se maintiendra longtemps après le décès des personnes appartenant à la génération du baby-boom.

Il est également important de comprendre que le système de soins de longue durée de l'Ontario fait face à de sérieux défis, non seulement à cause du grand nombre d'Ontariens âgés. Les défis accrus sont également fonction de l'acuité croissante (niveau de soins requis) des Ontariens âgés. Les gens vivent plus longtemps et les dernières années sont souvent accompagnées de déficiences cognitives et physiques. Que les personnes vivent à la maison lorsqu'elles vieillissent, ou qu'elles résident dans des foyers de soins de longue durée, la charge de travail de ceux qui fournissent des soins et du soutien à une population vieillissante augmente avec l'acuité.

c. MYTHE : Wettlaufer est en prison, alors la menace qu'elle pose est passée. FAUX.

Wettlaufer est une tueuse en série en milieu de soins de santé. De plus en plus de recherches et de publications montrent que le phénomène des meurtres en série dans

le système de santé, tout en étant rare, est universel, et qu'il existe depuis longtemps, les cas documentés remontant au XIX^e siècle. À la lumière du phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé, nous ne pouvons pas supposer que, Wettlaufer étant derrière les barreaux, la menace pour la sécurité des personnes recevant des soins dans le système de soins de longue durée a disparu.

Les témoignages d'experts présentés dans le cadre des audiences publiques montrent que depuis 1970, 90 tueurs en série en milieu de soins de santé ont été condamnés notamment aux États-Unis, en Grande-Bretagne et dans les pays de l'Europe occidentale. À cause de Wettlaufer, désormais, le Canada figure également sur la liste des pays dans lesquels des tueurs en série en milieu de soins de santé ont été condamnés. Il est à noter que, pendant l'Enquête, les médias ont rapporté l'arrestation de deux autres présumés tueuses en série en milieu de soins de santé, l'une en Angleterre et l'autre au Japon, et que les enquêtes de la police sur le tueur en série allemand Niels Hogel ont révélé qu'il avait tué au moins une centaine de patients de plus que ceux pour lesquels il avait déjà été condamné.

Et le fait que les meurtres en série en milieu de soins de santé soient rares ne signifie pas que nous pouvons ignorer leur existence. En effet, bien que le nombre connu de tueurs en série en milieu de soins de santé soit peu élevé, le nombre de leurs victimes ne l'est pas. Les 90 tueurs en série en milieu de soins de santé condamnés ont été reconnus coupables des meurtres d'au moins 450 patients et de voies de fait ou de lésions corporelles graves infligées à au moins 150 autres. Selon le rapport d'expert de l'Enquête, ces chiffres représentent une sous-estimation considérable du nombre réel de victimes. Sur la base de cette preuve, plus de 2 600 morts suspectes sont attribuées aux 90 tueurs en série en milieu de soins de santé condamnés.

d. MYTHE : Le préjudice causé par les Infractions est limité aux victimes et à leurs proches. FAUX.

Oui, les victimes et leurs proches sont ceux qui ont subi le préjudice le plus direct à la suite des Infractions. L'étendue de leurs souffrances est profonde et continue à ce jour.

Cependant, le préjudice causé par les Infractions ne se limite pas aux victimes et à leurs proches.

En raison de ces Infractions, les résidents des établissements de soins de longue durée craignaient pour leur sécurité et leur famille partageait cette crainte. Ceux qui travaillent dans les établissements de soins de longue durée ont également souffert. Ils ont honte qu'un prestataire de soins de santé puisse faire une telle chose et se sentent coupables d'avoir été incapables de l'en empêcher. De plus, les Infractions ont injustement entaché les nombreuses personnes de qualité qui travaillent dans les établissements de soins de longue durée et qui sont dévouées aux résidents auxquels elles fournissent des soins.

Les Infractions ont également choqué et horrifié les membres des communautés dans lesquelles elles se sont déroulées.

De plus, les Infractions ont choqué la société ontarienne dans son ensemble. Les médias ont largement rapporté que les Infractions avaient ébranlé la confiance du public envers le système de soins de longue durée de l'Ontario. Les gens se demandent maintenant si ce système peut fournir des soins en toute sécurité aux personnes qui leur sont chères et à eux-mêmes à mesure qu'ils vieillissent. Le manque généralisé de confiance et d'inquiétude est une forme importante de préjudice.

Oui, les Infractions sont des tragédies personnelles pour les victimes et leurs proches. Cependant, suggérer que le préjudice causé par les Infractions se limite à ces personnes revient à se méprendre fondamentalement à la fois sur les Infractions et sur l'étendue du préjudice qu'elles ont causé. Les Infractions sont des tragédies d'intérêt public majeur et exigent une réponse collective si nous voulons éviter qu'elles se produisent à l'avenir.

3. Mes constatations principales

a. Aucune connaissance des Infractions sans les aveux de Wettlaufer

Les Infractions n'auraient pas été découvertes si Wettlaufer n'avait pas avoué et ne s'était pas livrée à la police. En ce qui a trait aux faits, cette constatation est évidente.

Wettlaufer a commis les Infractions sur une période de neuf ans allant de 2007 à 2016. En septembre 2016, lorsque Wettlaufer a avoué avoir blessé et tué des résidents auxquels elle prodiguait des soins infirmiers, ni elle ni aucun des incidents impliquant les victimes des Infractions ne faisait l'objet d'aucun soupçon ou enquête. Les éléments de preuve soumis dans la présente Enquête ne montrent rien qui aurait pu déclencher une enquête sur Wettlaufer ni sur les incidents sous-jacents aux Infractions. Ainsi, il est manifeste que les Infractions n'auraient pas été découvertes sans les aveux de Wettlaufer. Une description des éléments de preuve à l'appui de cette constatation figure au chapitre 1 du volume 2.

Cette constatation est importante, car elle nous indique que, pour éviter de telles tragédies, nous ne pouvons continuer à faire la même chose de la même manière dans le système de soins de longue durée. Des changements fondamentaux doivent être apportés – des changements visant à prévenir et détecter les actes répréhensibles du genre de ceux que Wettlaufer a commis et dissuader les personnes d'en commettre.

b. Aucune conclusion d'inconduite individuelle

En tant que commissaire, j'ai le pouvoir de tirer des conclusions d'inconduite. Comme vous le verrez dans le rapport, je ne tire pas de telles conclusions. C'est parce que les Infractions résultaient de vulnérabilités systémiques dans le système de soins de longue durée, et non des défaillances d'un individu ou d'une organisation en son sein. Il semble que personne dans le système de soins de longue durée n'ait envisagé la possibilité qu'un prestataire de soins de santé puisse intentionnellement faire du mal aux personnes qu'il soigne et que, par conséquent, personne n'a fait de recherche à ce sujet ou n'a pris de mesures pour s'en protéger.

Étant donné que ce sont des vulnérabilités systémiques – et non des manquements individuels – qui ont créé les circonstances permettant la perpétration des Infractions, il serait injuste de conclure à une inconduite individuelle, ce qui donnerait à penser que ces personnes ou organisations sont en faute. Il serait également contre-productif de

conclure à l'existence d'une inconduite, car le fait de blâmer des personnes ne remédierait pas aux problèmes systémiques, ne préviendrait pas des tragédies semblables et n'encouragerait pas les intervenants du système de soins de longue durée à apporter les changements demandés dans le rapport.

Cette constatation est importante, car elle nous indique qu'il n'y a pas de solution simple pour éviter des tragédies similaires à l'avenir. Les problèmes systémiques exigent des réponses systémiques. Les réponses systémiques exigent de la collaboration, de la coopération et de la communication dans tout le système.

J'ajouterai que j'ai reçu de nombreuses suggestions qui semblaient être de simples « solutions », mais une enquête plus poussée a montré que ce n'était pas le cas. Par exemple, beaucoup ont suggéré que lorsqu'un résident d'un établissement de soins de longue durée décède, un échantillon de sang devrait être prélevé et testé pour vérifier s'il contient un taux élevé d'insuline. Comme je l'explique au chapitre 19 du volume 3, cela ne peut être fait, et même si c'était possible, la preuve d'expert indique que ce serait d'une utilité minime, voire nulle, pour déterminer s'il y avait eu administration intentionnelle d'une surdose d'insuline.

c. Le système de soins de longue durée est sous pression, mais n'est pas cassé

Les foyers de soins de longue durée constituent le secteur de la santé le plus réglementé en Ontario. Malgré des ressources limitées, le personnel de ces foyers doit respecter les exigences réglementaires et fournir des soins aux résidents dont l'acuité est sans cesse croissante. Cependant, même si le système de soins de soins de longue durée est sous pression, il n'est pas cassé. Le régime réglementaire qui régit le système de soins de longue durée, ainsi que ceux qui y travaillent, constitue une base solide pour résoudre les problèmes systémiques décelés dans l'Enquête.

La *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* et ses règlements créent un cadre centré sur le résident qui impose des normes de soins minimales claires pour un large éventail de questions et un régime d'inspection rigoureux pour appliquer ces normes. Et, chose importante, les initiatives prises par divers acteurs du système de

soins de longue durée sont une preuve incontestable de leur dévouement et de leur engagement à l'égard des soins.

Ces initiatives sont de deux types. Les premières ont été prises au cours de l'Enquête en réponse aux problèmes décelés lors des audiences publiques et des consultations. Les parties prenantes n'ont pas attendu la publication de ce rapport pour agir. Lorsqu'elles ont appris que quelque chose pouvait être fait pour améliorer le système de soins de longue durée, si le problème était de leur ressort, elles ont agi immédiatement. Le deuxième groupe d'initiatives était constitué d'innovations conduites par les parties prenantes pour améliorer la qualité de vie des résidents et de ceux qui travaillent auprès d'eux. Ces initiatives montrent qu'il existe un leadership solide dans le système de soins de longue durée, une volonté de collaborer et un engagement envers l'innovation. Le temps ne me permet pas de passer en revue ces initiatives, mais je vous invite à lire le chapitre 15 du rapport où je les décris – c'est incroyablement encourageant.

Ma constatation selon laquelle le système de soins de longue durée n'est pas cassé est importante, car cela signifie qu'il n'est pas nécessaire de se débarrasser du système actuel de réglementation et de recommencer à zéro. Notre réponse doit plutôt comprendre deux volets. Premièrement, nous devons généraliser et partager l'excellence existante dans le système de soins de longue durée. Deuxièmement, nous devons reconnaître les vulnérabilités du système que cette Enquête a mises à jour et y remédier en mettant en œuvre les recommandations du rapport.

C. LES RECOMMANDATIONS

Le rapport contient 91 recommandations. Comment aborder ce nombre de recommandations, en particulier lorsqu'elles ont une vaste envergure et portent sur des sujets très divergents? Comment les recommandations sont-elles reliées, si elles le sont même? Comment savons-nous quelles sont les plus importantes et pourquoi?

La réponse à ces questions est **PSDD – Prévention, sensibilisation, dissuasion et détection**. Ces quatre stratégies – prévention, sensibilisation, dissuasion et détection –

constituent l'outil organisationnel permettant de comprendre les recommandations et leur cohérence.

L'objectif des recommandations est d'éviter de futures tragédies similaires à celles causées par Wettlaufer. Les stratégies à utiliser pour atteindre cet objectif sont la prévention, la sensibilisation, la dissuasion et la détection (**PSDD**). Chaque stratégie fait l'objet d'un chapitre au volume 3. Chaque stratégie aborde une vulnérabilité systémique découverte grâce à cette Enquête. Chaque stratégie nécessite également une réponse systémique. Autrement dit, pour que la stratégie soit efficace, plusieurs parties prenantes du système de soins de longue durée doivent participer à sa mise en œuvre – aucune partie prenante ne peut y arriver seule.

En bref, **PSDD** est le terme abrégé pour les quatre stratégies conçues pour éviter des tragédies similaires. Les stratégies sont la prévention, la sensibilisation, la dissuasion et la détection, et elles sont de nature systémique. Les chapitres 15 à 18 du volume 3 sont consacrés aux problèmes systémiques et aux réponses systémiques demandées. Le chapitre 15 est consacré à la prévention. Le chapitre 16 porte sur la sensibilisation. Le chapitre 17 traite de la dissuasion. Le chapitre 18 concerne la détection.

Alors que les réponses systémiques sous-tendent les recommandations, les recommandations faites pour des parties prenantes précises (voir le volume 2) sont conçues pour fonctionner conjointement avec chaque stratégie **PSDD**.

Je vais maintenant examiner les quatre stratégies **PSDD**.

PRÉVENTION (chapitre 15)

Le meilleur moyen de **prévenir** des tragédies semblables à l'avenir consiste à renforcer le système de soins de longue durée et à favoriser l'excellence des soins dispensés aux résidents.

Recommandations pour faciliter la prévention

1. La recommandation systémique 62 demande au ministère des Soins de longue durée de jouer un rôle de leadership élargi en mettant en place une unité

spécialisée pour réaliser trois objectifs : Premièrement, aider les foyers de soins de longue durée à se conformer à la réglementation et à étendre les pratiques exemplaires. Deuxièmement, proposer des programmes de transition et de formation d'appoint dans les foyers de soins de longue durée afin de renforcer les compétences de ceux qui y travaillent et d'offrir des possibilités d'avancement, renforçant ainsi les capacités en ressources humaines et permettant de résoudre le problème persistant de la pénurie de personnel autorisé. Troisièmement, promouvoir l'innovation et l'utilisation des nouvelles technologies dans le système de soins de longue durée.

La recommandation 62 est d'ordre systémique. Vous pourriez dire que ce n'est pas le cas. Après tout, dans ce document, je remets directement la responsabilité entre les mains du Ministère. Mais, comme vous le verrez en la lisant en entier (en particulier la version détaillée à la fin du chapitre 15), la recommandation 62 demande que le travail de la nouvelle unité soit effectué en collaboration avec les parties prenantes de tout le système de soins de longue durée en s'appuyant sur les partenariats existants et en forgeant de nouveaux.

2. Recommandations précises qui vont de pair avec la recommandation systémique pour la prévention

Recommandations destinées aux foyers de soins de longue durée afin qu'ils :

- renforcent leurs exigences en matière de formation et d'éducation (recommandations 3, 4 et 5);
- limitent et améliorent le recours aux infirmiers d'agence (recommandations 11, 12 et 13).

Recommandations destinées au Ministère afin qu'il :

- élargisse les paramètres de financement de l'enveloppe des soins infirmiers et personnels (recommandation 19);
- reconnaisse et récompense les foyers de soins de longue durée qui ont démontré une amélioration du bien-être et de la qualité de vie de leurs résidents (recommandation 20);

- crée une nouvelle enveloppe de financement permanent afin de financer la formation et l'éducation dans les foyers de soins de longue durée (recommandation 21);
- renforce les exigences en matière de formation des directeurs médicaux et des infirmiers praticiens (recommandation 22);
- améliore les résultats des évaluations du rendement du Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée afin d'identifier ceux qui s'efforcent de fournir un environnement sécuritaire à leurs résidents et utilise les données de ce programme lors de l'établissement des priorités d'inspection (recommandations 25 à 27);
- identifie les foyers de soins de longue durée qui tombent au-dessous du niveau 1 pendant deux trimestres consécutifs et prend des mesures pour aider ces foyers à retrouver le statut de niveau 1 (recommandation 28);
- veille à ce que, lorsqu'un titulaire de permis omet de signaler des soupçons raisonnables de négligence et de mauvais traitement comme l'exige le paragraphe 24(1) de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*, la prochaine inspection de la qualité des services aux résidents (IQSR) effectuée dans ce foyer soit l'IQSR intensive, quel que soit le niveau de rendement attribué à ce foyer (recommandation 29).

SENSIBILISATION (chapitre 16)

Il est impossible de prévenir ou de détecter quelque chose à moins d'être conscient de son existence. C'est là un enseignement fondamental tiré de cette Enquête et d'innombrables enquêtes publiques et processus similaires antérieurs. Ainsi, pour éviter des tragédies similaires à l'avenir, il est indispensable de **sensibiliser** l'ensemble du système de soins de santé à la possibilité qu'un fournisseur de soins puisse faire intentionnellement du mal aux personnes dont il s'occupe. Veuillez noter que cette possibilité ne se limite pas aux soins de longue durée : des meurtres en série en milieu de soins de santé ont eu lieu dans l'ensemble du système de soins de santé. Par conséquent, une **sensibilisation** globale s'impose.

Recommandations relatives à la sensibilisation

1. Les recommandations systémiques 64 à 73 fournissent une feuille de route pour construire, développer et maintenir cette sensibilisation de manière positive. Je recommande que le Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario dirige cette initiative, en commençant par la création d'un plan stratégique. Par la suite, il devrait mener des recherches continues pour se tenir au courant du phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé dans d'autres territoires de compétence. Ils devraient également fournir des informations clés normalisées et un soutien aux organisations et établissements qui dispensent de l'éducation et de la formation aux professionnels et aux paraprofessionnels de la santé. Ces recommandations fournissent également de l'orientation aux organisations et institutions pertinentes sur la manière de développer la sensibilisation nécessaire sans créer un climat de peur et de méfiance.

2. Recommandations précises qui vont de pair avec les recommandations systémiques pour renforcer la sensibilisation

Recommandations visant à ce que l'Ordre des infirmières et infirmiers :

- informe son personnel et ses membres de la possibilité qu'un infirmier ou un autre professionnel de la santé porte délibérément atteinte à ceux auxquels il fournit des soins (recommandation 40);
- renforce son processus d'enquête préliminaire, notamment en formant les enquêteurs chargés de l'évaluation préliminaire sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé et sur la manière de mener leurs enquêtes à la lumière de celui-ci (recommandation 41);
- revoie ses politiques et ses procédures et les révisé pour tenir compte de la possibilité qu'un infirmier ou un autre professionnel de la santé cause intentionnellement un préjudice aux personnes auxquelles il fournit des soins (recommandation 42);

- transmette ses recherches sur le phénomène des tueurs en série en milieu de soins de santé à d'autres organismes de réglementation de la santé au Canada, aux États-Unis et dans le monde (recommandation 44);
- revoie ses programmes de sciences infirmières approuvés pour s'assurer qu'ils comprennent l'éducation et la formation adéquates sur la possibilité qu'un professionnel de la santé porte intentionnellement atteinte à des patients ou à des résidents, et collabore avec des établissements d'enseignement postsecondaire proposant des programmes de sciences infirmières approuvés afin de contribuer à mettre en place cette formation (recommandations 44 et 45).

DISSUASION (chapitre 17)

Comme beaucoup de tueurs en série en milieu de soins de santé, Wettlaufer a commis les Infractions en injectant à ses victimes des doses excessives d'insuline détournée de l'usage auquel ce médicament était destiné. Les foyers de soins de longue durée doivent apporter des modifications au système de gestion des médicaments afin de **dissuader** les membres du personnel de détourner les médicaments et d'augmenter la possibilité qu'ils soient pris sur le fait s'ils le font.

Recommandations pour favoriser la dissuasion

1. **Les recommandations systémiques 74 à 85** définissent une approche à trois volets pour dissuader les malfaiteurs de porter intentionnellement préjudice aux résidents en utilisant des médicaments. Premièrement, renforcer le système de gestion des médicaments dans les foyers de soins de longue durée. Deuxièmement, améliorer l'analyse des incidents liés à des médicaments dans les établissements de soins de longue durée, notamment en établissant des stratégies précises pour les incidents liés à des surdoses possibles d'insuline. Troisièmement, augmenter le nombre d'employés autorisés dans les foyers de soins de longue durée.

La recommandation 76 mérite une attention particulière. Elle demande au Ministère de mettre en place un programme de subventions pour financer les foyers de soins de longue durée en vue de modifier l'infrastructure afin d'accroître la visibilité autour des médicaments et des emplacements clés dans les foyers; d'exploiter le potentiel de la technologie pour détecter le détournement de médicaments, améliorer le suivi et la vérification des médicaments et réduire leurs stocks; et de permettre aux pharmaciens et aux techniciens en pharmacie de jouer un rôle élargi dans les foyers de soins de longue durée. Le rôle élargi envisagé pour les pharmaciens et les techniciens en pharmacie entraînera une réduction des stocks de médicaments, une amélioration du bilan comparatif des médicaments, une amélioration de la qualité des soins dispensés aux résidents, une réduction des erreurs de médicament, une meilleure enquête sur les incidents liés à des médicaments, des économies substantielles et de meilleurs résultats pour les résidents.

J'ai recommandé des subventions gouvernementales allant de 50 000 \$ à 200 000 \$ par foyer de soins de longue durée, selon la taille, pour ces mesures.

La recommandation 85 mérite elle aussi une attention particulière. Elle demande au Ministère de mener une étude afin de déterminer les niveaux adéquats de personnel autorisé dans les foyers de soins de longue durée pour chacun des quarts de jour, de soir et de nuit; de déposer l'étude à l'Assemblée législative avant le 31 juillet 2020; et de fournir aux foyers de soins de longue durée un niveau de financement plus élevé pour le personnel si l'étude montre que des effectifs supplémentaires sont nécessaires pour assurer la sécurité des résidents.

2. Recommandations précises qui vont de pair avec les recommandations systémiques pour renforcer la dissuasion

Recommandations destinées aux foyers de soins de longue durée afin qu'ils :

- adoptent un processus d'embauche/de présélection qui comprend la vérification rigoureuse des références et la vérification des antécédents en cas de lacunes dans un curriculum vitae ou si le candidat a été congédié, et assurent une supervision étroite pendant la période probatoire (recommandation 6);
- exigent que le directeur des soins infirmiers effectue des vérifications inopinées des équipes de soir et de nuit, y compris les fins de semaine (recommandation 7);
- prennent des mesures raisonnables pour limiter les réserves d'insuline (recommandation 10);

DÉTECTION (chapitre 18)

Il est nécessaire de prendre des mesures pour renforcer le processus d'investigation sur les décès en Ontario en ce qui concerne les résidents des foyers de soins de longue durée, afin d'être mieux outillés pour **détecter** les décès causés intentionnellement.

Recommandations pour faciliter la détection

1. Les recommandations systémiques 86 à 89 constituent un schéma directeur pour le Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario visant à augmenter considérablement le nombre d'investigations des décès de résidents à l'aide de renseignements tirés d'un Avis de décès de patient en établissement (ADPE) modifié et du modèle d'analyses de données du ministère de la Santé. L'ADPE est le formulaire que les foyers de soins de longue durée doivent remplir et soumettre au Bureau du coroner en chef pour chaque décès de résident.

2. Recommandations précises qui vont de pair avec les recommandations systémiques pour faciliter la détection

Recommandations destinées au Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario afin qu'il :

- modifie l'ADPE pour qu'il repose sur des données probantes; contienne des renseignements plus nombreux et de meilleure qualité sur le décès d'un résident, y compris des renseignements recueillis auprès des membres de la famille et des préposés aux services de soutien à la personne qui prenaient soin du résident; soit examiné par d'autres fournisseurs de soins de santé; et soit rempli par du personnel autorisé connaissant bien le résident et ayant reçu la formation nécessaire pour remplir l'ADPE modifié (recommandations 50, 51 et 54);
- veille à ce que les ADPE modifiés soient soumis par voie électronique de manière à ce que les renseignements qu'ils contiennent puissent être agrégés et utilisés pour rechercher les profils, les pics et les regroupements de décès (recommandation 52);
- exige que si un résident décède à l'hôpital dans les 30 jours suivant son transfert à l'hôpital d'un foyer de soins de longue durée, un ADPE modifié soit soumis au Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario pour ce décès (recommandation 53);
- établisse comme pratique exemplaire qu'à l'étape de la consultation préliminaire, les coroners parlent du décès du résident avec la famille du défunt et l'informent de ce qu'ils peuvent faire si la décision est prise de n'entreprendre aucune investigation sur le décès (recommandation 55);
- prépare des documents sur le processus de déclaration et d'investigation de décès et les fournisse aux foyers de soins de longue durée pour qu'ils soient distribués, au moment approprié, aux familles des résidents (recommandation 56);
- renforce les processus entourant la décision de ne pas mener d'investigation sur un décès; élaborent des protocoles et des politiques sur la participation des médecins légistes au processus d'investigation sur le décès; et élaborent un protocole normalisé pour les autopsies pratiquées sur des personnes âgées (recommandations 57 à 59);

- maintienne et renforce le groupe de coroners spécialement formés qui, entre autres, contribueront à la réalisation de nombre des recommandations ci-dessus (recommandations 60 et 61).

Recommandations destinées au Ministère afin qu'il :

- veille à ce que les inspections impliquant des stupéfiants manquants ou les allégations de mauvais traitements de membres du personnel envers un résident soient précédées d'un examen des rapports d'incidents graves antérieurs impliquant le même membre du personnel (recommandation 30);
- établisse une politique et un processus de communication officiels pour veiller à ce que ses inspecteurs échangent des renseignements pertinents avec l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario sur les membres de l'Ordre susceptibles de causer des préjudices aux résidents (recommandation 31).

Recommandations destinées aux foyers de soins de longue durée afin qu'ils :

- soumettent par voie électronique l'ADPE et l'ADPE modifié, lorsqu'il sera disponible, au Bureau du coroner en chef et Service de médecine légale de l'Ontario (recommandation 9).

Recommandations destinées à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario afin qu'il :

- prenne des mesures précises pour améliorer l'exactitude des rapports des employeurs des foyers de soins de longue durée et des exploitants d'établissements en ce qui a trait à leur obligation de signaler les rapports de licenciement et les rapports d'incompétence et d'incapacité (recommandations 46 à 48);
- institue un programme visant à informer ses membres des obligations de faire rapport sur les mauvais traitements et la négligence soupçonnés des patients et des résidents par les infirmiers (recommandation 49).

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX SERVICES DE SOINS À DOMICILE FINANCÉS PAR L'ÉTAT

Le système de soins de longue durée ne comprend pas uniquement les foyers de soins de longue durée. Il comprend des services de soins à domicile financés par l'État, tels que des soins infirmiers, du soutien personnel, des services de physiothérapie et d'ergothérapie. Ces services aident les Ontariens âgés (entre autres), en leur permettant de rester chez eux le plus longtemps possible. Il est important de garder à l'esprit que Wettlaufer a commis sa dernière infraction en fournissant à la victime des services de soins infirmiers financés par l'État à son propre domicile.

Le milieu des soins à domicile diffère de celui des foyers de soins de longue durée à plusieurs égards. Par conséquent, j'ai formulé différents types de recommandations visant à améliorer la sécurité des personnes recevant des services de soins à domicile.

Les chapitres 8 (recommandations 14 à 18) et 12 (recommandations 32 à 39) du volume 2 contiennent l'essentiel des recommandations visant à améliorer la sécurité dans les établissements de soins à domicile. Les recommandations adressées aux organisations de fournisseurs de services appellent à une formation plus poussée de la direction et du personnel et à un processus amélioré de déclaration des incidents inhabituels. Les recommandations destinées aux RLISS ont pour objectif de clarifier les dispositions en matière de rapport avec les fournisseurs de services et de réaliser des vérifications afin de s'assurer que les fournisseurs de services s'acquittent de leurs obligations en matière d'embauche, de présélection et de formation du personnel ainsi que de signalement des incidents.

Les recommandations figurant aux chapitres 8 et 12 sont appuyées et renforcées par les recommandations 63, 90 et 91. La recommandation 63 demande au Ministère de collaborer avec la Direction des soins à domicile et en milieu communautaire et les RLISS. Les recommandations 90 et 91 conseillent le Bureau du coroner en chef et

Service de médecine légale de l'Ontario sur les mesures à prendre pour aider les proches aidants à savoir quand signaler les décès survenus à leur domicile.

D. CONCLUSION

Je terminerai par quelques remarques finales.

Tout d'abord, merci aux résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario – j'espère que le rapport et les recommandations serviront à mieux assurer votre sécurité. Sachez que lors de l'élaboration des recommandations, nous n'avons jamais perdu de vue le principe fondamental de l'article 1 de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* : s'assurer qu'un foyer de SLD soit avant tout le *vrai* foyer de ses résidents et soit exploité de sorte qu'ils puissent y vivre avec dignité et dans la sécurité et le confort.

Deuxièmement, aux victimes, à leurs familles et à leurs proches : ce rapport vous est dédié. La dédicace se trouve au début des volumes 1 et 2. Elle se lit comme suit :

Ce Rapport est dédié aux victimes et à leurs proches. Votre douleur, votre perte et votre deuil n'auront pas été en vain. Ils serviront de catalyseur à la mise en place d'améliorations réelles et durables aux soins et à la sécurité des résidents dans le système de soins de longue durée de l'Ontario.

Troisièmement, à tous ceux qui travaillent dans le système de soins de longue durée – le volume 3 du rapport s'intitule « Une stratégie pour la sécurité » et vous est dédié. La dédicace du volume 3 se lit comme suit :

Le volume 3 du présent Rapport est dédié aux nombreux infirmiers et autres soignants qui travaillent dans le système de soins de longue durée avec beaucoup de gentillesse et de compétence. Notre Stratégie pour la sécurité ne peut réussir sans leur engagement indéfectible envers les personnes à leur charge. Tout en attirant notre attention sur cette infirmière qui a causé tant de préjudices, nous ne devons pas pour autant oublier le travail de tous ceux qui font honneur à la profession.

Je termine en rappelant les paroles de l'écrivaine Pearl Buck qui a déclaré :

Notre société doit faire en sorte que les personnes [âgées] ne craignent pas les jeunes et ne soient pas abandonnées par eux, car on reconnaît une grande civilisation aux soins qu'elle porte à ses membres [vulnérables].

J'invite le gouvernement de l'Ontario et toutes les parties prenantes du système de soins de longue durée à examiner les recommandations contenues dans le présent rapport et à faire en sorte de les mettre en œuvre. Si l'on doit mesurer l'Ontario, comme l'a expliqué M^{me} Buck, à la manière dont nous prenons soin de nos membres vulnérables, saisissez l'occasion offerte par ce rapport pour devenir les leaders nationaux reconnus en matière de prise en charge des personnes dans le système de soins de longue durée.

Mesdames et Messieurs, merci d'être venus aujourd'hui et de votre aimable attention lors de la publication du rapport final de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée.

Je laisse maintenant la parole à Mark Zigler, co-avocat en chef de l'Enquête, qui répondra aux questions des médias.

Commissaire Eileen E. Gillese
31 juillet 2019
Woodstock, Ontario